

Koordination und Qualität im Gesundheitswesen

SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

Koordination und Qualität im Gesundheitswesen

Gutachten 2005
Kurzfassung

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort	7
2.	Korporative Koordination und Wettbewerb im Gesundheitswesen	9
3.	Sozioökonomischer Status und Verteilung von Mortalität, Morbidität und Risikofaktoren	17
4.	Strategien der Primärprävention	23
5.	Schnittstellen zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung	47
6.	Hilfsmittel und Heilmittel in der GKV	61
7.	Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln	67
	Anhang	91

Verzeichnis der Tabellen

<i>Tabelle 1:</i>	Interventionsebene, Kontextbezug und Beispiele für verhaltenspräventive Interventionen	26
<i>Tabelle 2:</i>	Gegenüberstellung der Organisationsunterschiede der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung	49
<i>Tabelle 3:</i>	Auswirkungen der Dynamisierung und der Umschichtung der Mittel im stationären Bereich bei Einführung im Jahr 2006	53
<i>Tabelle 4:</i>	Häufigkeit der Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegegutachten (in Prozent)	54
<i>Tabelle 5:</i>	Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland (in Prozent)	58
<i>Tabelle 6:</i>	Arzneiverordnungen von Allgemeinmedizinerinnen und Internisten nach Indikationsgruppen (in DDD je Arzt für 2003)	75

Verzeichnis der Abbildungen

<i>Abbildung 1:</i>	Übersicht über empirische Ergebnisse zum statistischen Zusammenhang von SES und Morbidität	19
<i>Abbildung 2:</i>	Primärprävention als Risikoreduktion	28
<i>Abbildung 3:</i>	Hierarchie von Planungsebenen im Setting-Ansatz	38
<i>Abbildung 4:</i>	Public Health Action Cycle	39
<i>Abbildung 5:</i>	Veränderung der GKV-Arzneimittelausgaben je Mitglied gegenüber dem Vorjahr (in Prozent)	69
<i>Abbildung 6:</i>	Varianz der Arzneimittelausgaben nach KV-Regionen, dargestellt am Beispiel einer Ersatzkasse im Jahr 2003	82

1. Vorwort

Der Rat legt hiermit sein Gutachten 2005 mit dem Titel „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ vor. Neben der korporativen Koordination bilden die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit, die Strategien der Primärprävention, die Schnittstellen zwischen der Kranken- und Pflegeversicherung, die Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln in der GKV und die Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln Schwerpunkte der Betrachtung. Damit erfüllt der Rat seinen in § 142 Abs. 2 SGB V formulierten Auftrag, unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und der vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen sowie Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen.

Im Rahmen der Erstellung des Gutachtens hat der Rat zahlreiche Gespräche geführt und wertvolle Anregungen erhalten. Er konnte jederzeit fachkundige Information im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung einholen. Im Einzelnen dankt der Rat: Herrn Prof. Dr. med. Dieter Borgers, Universität Bremen; Herrn Prof. Dr. med. Erland Erdmann, Universität zu Köln; Frau Mag. Andrea Ernst, arte-Redaktion, Köln; Herrn Dr. rer. pol. Raimund Geene, Gesundheit Berlin e. V.; Herrn Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. Thomas Gerlinger, Universität Frankfurt; Herrn Prof. Dr. phil. Siegfried Geyer, Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover; Herrn Andreas Großmann, BKK Bundesverband, Essen; Herrn Dr. rer. nat. Ulrich Hagemann, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn; Herrn Dipl. Politikwiss. Marc-Stephan Hübner, M.A., Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover; Herrn Dipl.-Soz. Holger Kilian, Gesundheit Berlin e. V.; Herrn Prof. Dr. med. Johan P. Mackenbach, Erasmus Universität Rotterdam; Herrn Dr. phil. Andreas Mielck, MPH, GSF-Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen; Herrn Prof. Dr. phil. Martin Moers, Fachhochschule Osnabrück; Herrn Dr. med. Michael de Ridder, Krankenhaus am Urban, Berlin; Frau Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer, Universität Bielefeld; Herrn PD Dr. med. Christian A. Schneider, Universität zu Köln; Frau Dr. rer. soc. Ingrid Schubert, Universität zu Köln; Herrn Prof. Dr. phil. Johannes Siegrist, Universität Düsseldorf; Herrn Prof. Dr. med. Klaus Stegmüller, Fachhochschule Fulda; Herrn Prof. Dr. med. Gerold Stucki, Institut für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften der Ludwig-Maximilians-Universität München; Frau Dipl.-Psych. Susanne Wurm, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin.

Der Rat dankt auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Institutionen der Ratsmitglieder, insbesondere Herrn Dipl.-Volksw. Holger Cischinsky, Universität Mannheim; Frau Dipl.-Pflegepäd. Dagmar Dräger, Freie Universität Berlin; Herrn PD Dr. med. Dr. rer. pol. Afschin Gandjour, MBA, Universität zu Köln; Dr. rer. pol. Markus Lungen, Universität zu Köln; Herrn Apotheker Frank Meyer, Universität Bremen; Frau Dr. med. Elke Scharnetzky, Universität Bremen; Herrn Dr. rer. cur. Maik Winter, Freie Universität Berlin; Herrn Dr. phil. Michael T. Wright, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Für die Erarbeitung und Durchsicht wichtiger Teile und für die Endredaktion des Gutachtens konnte sich der Rat, wie schon in der Vergangenheit, auf die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Zu ihnen gehören Frau Dr. med. Sabine Maria List, MPH, Herr Dipl.-Volksw. Claus Michel, Herr Dr. med. Jan Paehler, M.Sc., Frau Dr. med. Dipl.-Sozialw. Sonja Schlemm, Frau Dr. oec. publ. Dipl.-Volksw. Astrid Selder und als Leiter der Geschäftsstelle Herr Dr. oec. Dipl.-Volksw. Lothar Seyfarth. Für ihr außergewöhnliches Engagement und ihre tatkräftige und sehr sachkundige Unterstützung gebührt ihnen besonderer Dank.

Der Rat dankt außerdem Frau Anette Bender, die mit großer Sorgfalt und Geduld die technische Herstellung der Gutachtenbände bewältigte. Schließlich dankt der Rat Frau Sabine VanDen Berghe und Frau Annette Wessel für die Unterstützung der Arbeit des Rates in der Geschäftsstelle.

Wenn im Gutachten bei der Bezeichnung von Personengruppen, Gesundheitsberufen und anderen Kollektiven die männliche Form verwendet wird, so sind damit selbstverständlich Frauen und Männer gemeint. Die Verwendung der kürzeren männlichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt der Rat die Verantwortung.

Bonn, im Mai 2005

Gisela C. Fischer

Gerd Glaeske

Adelheid Kuhlmeiy

Karl W. Lauterbach

Rolf Rosenbrock

Peter C. Scriba

Eberhard Wille

2. Korporative Koordination und Wettbewerb im Gesundheitswesen

1. Der Korporativismus beruht auf Vereinbarungen, die Organisationen als private Verbände oder Körperschaften des öffentlichen Rechtes schließen. Die korporative Koordination stellt neben dem Markt- und Preismechanismus und der öffentlichen Planung bzw. der staatlich-administrativen Steuerung einen gesamtwirtschaftlichen Allokationsmechanismus dar. Sie spielte als Koordinationsinstrument eine dominante Rolle in der mittelalterlichen Zunftwirtschaft und erlebte nach dem ersten Weltkrieg in mehreren Ländern eine Renaissance.

2. Wie in anderen Wirtschaftsbereichen versuchen auch im Gesundheitswesen zahlreiche Verbände im politischen Prozess ihre partikularen Interessen durchzusetzen und damit spezielle Allokationsentscheidungen zu beeinflussen. Das deutsche Gesundheitswesen beinhaltet mehr als jeder andere Wirtschaftssektor eine Fülle von korporativen Elementen. Die Gemeinsame Selbstverwaltung im Rahmen der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung bildet ein ‚Paradebeispiel‘ einer korporativen Koordination. Die im deutschen Gesundheitswesen feststellbaren Fehlallokationen und die vor allem in den letzten Jahren langwierigen und ergebnisarmen Abstimmungsprozesse im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung ließen Zweifel an der Leistungsfähigkeit der korporativen Koordination und in diesem Kontext auch an der Existenzberechtigung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) aufkommen.

3. Bei einer Beurteilung der korporativen Koordination gilt es in rechtlicher wie in ökonomischer Hinsicht zunächst zu unterscheiden, ob es sich bei den jeweiligen Organisationen um private Verbände oder um Körperschaften des öffentlichen Rechtes handelt. Während private Verbände ihre gruppenspezifischen Interessen gegenüber politischen Entscheidungseinheiten vertreten, erhalten die Körperschaften des öffentlichen Rechtes hoheitliche Rechte zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben übertragen. Obgleich die korporative Koordination gewisse konstitutive Vor- und Nachteile aufweist, legen auch ordnungspolitische Aspekte nahe, zwischen den Schwachstellen eines Verbändestaates und den korporativ bedingten Fehlallokationen im deutschen Gesundheitswesen zu differenzieren.

4. Eine ordnungspolitische Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens besteht darin, dass auf seinen einzelnen Teilmärkten unterschiedliche Allokationsmechanismen vorherrschen. Während im ambulanten Bereich die korporative Koordination und im stationären Sektor die öffentliche Planung bzw. staatliche Administration jeweils als zentrale Steuerungsinstrumente dienen, koordiniert bei den Arznei- und den meisten

Hilfsmitteln im Wesentlichen der Markt- und Preismechanismus die knappen Ressourcen. Dabei kann jedes dieser drei Koordinationsinstrumente auch subsidiär ein anderes ergänzen.

Wettbewerbsprozesse stellen zwar eine notwendige Bedingung für einen funktionsfähigen Markt- und Preismechanismus dar, laufen aber ebenfalls im Rahmen der staatlich-administrativen Steuerung und der korporativen Koordination ab. So konkurrieren z. B. Vertragsärzte innerhalb der KVen um Mandate, die u. a. eine (Mit-)Gestaltung der Vergütungssysteme ermöglichen, und als Leistungserbringer um Patienten. Varianten der korporativen Koordination können insofern auch unter Wettbewerbsaspekten zur Diskussion stehen und damit entsprechende Reformen nahelegen.

Allgemeine Schwachstellen des Korporativismus bestehen darin, dass

- die Vereinbarungen häufig zu Lasten nicht beteiligter Dritter gehen,
- die Organisationen, sofern sie ihre Marktposition durch den technischen Fortschritt gefährdet sehen, nur ein geringes Interesse an Neuerungen besitzen,
- die Verteidigung des Status quo zu Effizienzverlusten und Einbußen bei Wachstum und Beschäftigung führt und
- die Organisationen den vielfach fälschlichen Eindruck erwecken, allfällige Risiken klein halten oder absichern zu können.

5. Das Spektrum der korporativen Organisationen reicht von Ärztekammern und anderen Körperschaften des öffentlichen Rechtes, wie KVen und Krankenkassen, die mit staatlichem Auftrag hoheitliche Aufgaben wahrnehmen, bis zu privaten Verbänden, wie z. B. dem Hartmann Bund, dem Marburger Bund oder Verbänden der pharmazeutischen Industrie. Eine interessante Mittelstellung nehmen hier einige Organisationen des privaten Rechts ein, die zwar keine Zwangsmitgliedschaft aufweisen, aber bei der Erfüllung öffentlich-rechtlicher Funktionen mitwirken. Hierzu gehören u. a. die Bundesärztekammer, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

6. Die Entwicklung korporativer Koordination folgte in den letzten ca. 30 Jahren keinem eindeutigen Trend, vielmehr lösten sich Phasen einer Stärkung und Schwächung ab, und teilweise fand auch gleichzeitig ein Aus- und Abbau korporativer Steuerungselemente statt. Während die korporative Koordination derzeit auf dem Prüfstand steht,

orientierte sich das 2. GKV-Neuordnungsgesetz von 1997 noch an der Devise „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“. Den stärksten Zuwachs an korporativen Steuerungselementen verzeichnete der stationäre Sektor, u. a. mit einer deutlichen Aufwertung der Kompetenzen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Obwohl sie keine Körperschaft des öffentlichen Rechtes darstellt, übernahm der Ausschuss Krankenhaus vergleichbare Aufgaben wie der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen im Rahmen der ambulanten Behandlung. Die DKG spielt auch im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) eine allokativ ähnliche Rolle wie z. B. die KBV. Der GBA bildet quasi eine zentrale korporative ‚Super-Organisation‘ mit erweiterten Vollmachten hinsichtlich der medizinischen Versorgung.

Gegenüber den Tendenzen in Richtung einer zentralisierten korporativen Steuerung nahmen sich die Reformen, die auf eine Substitution korporativer Elemente durch dezentrale Wettbewerbsprozesse zielten, vergleichsweise bescheiden aus. Hierunter fallen vor allem die Intensivierung des Wettbewerbs der Krankenkassen, die Modellvorhaben und Strukturverträge und einige Maßnahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes von 2004, insbesondere die Modifikation der integrierten Versorgung. Es dürfte allerdings noch geraume Zeit dauern, bis die dezentralen Wettbewerbsprozesse einen relevanten Marktanteil erreichen.

7. Im Rahmen der korporativen Koordination verhindern vor allem folgende Inflexibilitäten effizienz- und effektivitäts- bzw. qualitätssteigernde Prozesse:

- Die Krankenkassen verfügen im Leistungs- und Vertragsbereich über zu geringe Gestaltungsmöglichkeiten.
- Die ambulanten Vertragsärzte fungieren nur als Anpasser hinsichtlich Menge oder Qualität der Leistungen, was bei starren Budgets einen ‚circulus vitiosus‘ in Richtung Über- und Fehlversorgung („Hamsterradefekt“) auslöst.
- Die Allokation im stationären Sektor leidet unter der dualen Finanzierung und unter Wettbewerbsverzerrungen infolge unterschiedlicher Finanzierung der jeweiligen Träger.
- Die Arzneimitteldistribution erfolgt mit dem Fremdbesitzverbot und dem sehr eingeschränkten Mehrbesitz immer noch in zunftähnlichen Vertriebsstrukturen.

- Die gemeinsame Selbstverwaltung erzielt zunehmend weniger tragfähige Kompromisse und wälzt die Entscheidungen auf die Schiedsämter bzw. staatliche Ersatzvornahmen ab.
- Die medizinisch wie ökonomisch fragmentierten Behandlungsarten setzen immer noch zu geringe Anreize für eine sektorübergreifende Versorgung und einen zielorientierten Wettbewerb an den Schnittstellen.

Um die Inflexibilitäten aufzubrechen, die der korporativen Koordination anhaften, bietet sich eine Integration von dezentralen Wettbewerbsprozessen in Form von selektiven Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern an. Dabei stellt der Wettbewerb auch im Gesundheitswesen keinen Selbstzweck, sondern ein Instrument dar, das vornehmlich allokativen und distributiven Zielsetzungen dient. Unter geeigneten Rahmenbedingungen vermag der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte bzw. Patienten bei den Leistungserbringern die Effizienz zu steigern und die Suche nach effektiveren, d. h. auch versicherten- und patientengerechteren, Angeboten anzuregen. Dabei setzt eine funktionsgerechte Intensivierung des Wettbewerbs auf der Ebene der Leistungserbringer ein flexibles Vertragsrecht voraus.

8. Im Rahmen dezentraler Wettbewerbsprozesse gründet sich die Tätigkeit der Leistungserbringer nicht mehr auf einmalige Zulassungsakte, sondern auf selektive Verträge mit einzelnen Krankenkassen. Diesen Verträgen setzt mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs das deutsche und europäische Wettbewerbs- und Vergaberecht gewisse Grenzen. Das SGB V schließt zwar in § 69 Abs. 1 die Geltung des deutschen Wettbewerbsrechts für die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern aus, es gilt aber das höherrangige europäische Wettbewerbsrecht. Zudem bindet ihr hoheitlicher Status die Krankenkassen an spezielle Normen des Grundgesetzes, z. B. den allgemeinen Gleichheitssatz und die Berufsfreiheit. Analog zum Kartellrecht zielt das nationale und europäische Vergaberecht auf eine transparente, marktoffene und diskriminierungsfreie Vergabe von öffentlichen Aufträgen. Obwohl es sich bei selektivem Kontrahieren zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zumeist nicht um öffentliche Aufträge handelt, bietet sich hier aus rechtlicher wie ökonomischer Sicht eine öffentliche Ausschreibung an, die transparente, objektivierbare und justiziable Kriterien beinhaltet.

9. Bei selektivem Kontrahieren entstehen in Form eines gestuften Verfahrens zwei Wettbewerbsebenen. Auf der ersten fragen die Krankenkassen nach gewissen Auswahlkriterien für ihr Versorgungsnetz Leistungserbringer nach und auf der zweiten bzw. un-

teren Ebene entscheiden sich dann die Patienten für bestimmte Leistungserbringer. Auf der ersten Ebene, die bei Kollektivverträgen entfällt, stehen Krankenkassen und Leistungserbringer wechselseitig in Konkurrenz um Verträge bzw. Vertragspartner, und auf der nachgelagerten Ebene konkurrieren die Leistungserbringer um Patienten. Um die Effekte der jeweiligen Prozesse abschätzen zu können, bedarf es zunächst einer Abgrenzung des jeweils wettbewerbsrelevanten Gesundheitsmarktes sowohl hinsichtlich des betreffenden Produktes als auch seiner räumlichen Dimension. Dabei hängt die Abgrenzung des Produktmarktes im Wesentlichen von der Substituierbarkeit des Gutes ab, während beim geographischen Markt häufig Nutzer- bzw. Patientenflüsse als Kriterium dienen.

10. Der (partielle) Übergang von Kollektivverträgen zu selektivem Kontrahieren setzt sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringern Anreize zu Zusammenschlüssen bzw. zu einer Intensivierung bereits vorhandener Konzentrationsprozesse. Dabei handelt es sich überwiegend um horizontale Konzentrationsprozesse, die a priori, d. h. ohne Bezug zur jeweiligen Markt- bzw. Wettbewerbskonstellation, weder eine positive noch eine negative gesamtwirtschaftliche Bewertung verdienen. Sie können die Effizienz und Effektivität u. a. durch Senkung der Transaktionskosten, Realisierung von Skalenerträgen, Abbau von Überkapazitäten, Förderung von Spezialisierungen und Risikostreuung erhöhen. Horizontale Zusammenschlüsse bergen andererseits die Gefahr, dass die fusionierten Anbieter ihre Marktmacht zum Schaden von Versicherten und Patienten ausnutzen.

Vertikale Zusammenschlüsse umfassen Anbieter von Leistungen, die auf verschiedenen, aber miteinander verbundenen Produktmärkten agieren, z. B. Krankenkassen, ambulante Ärzte und Krankenhäuser. Ihr Spektrum reicht von Fusionen oder Zukäufen über Exklusiv-, Koppelungs- und Meistbegünstigungsklauseln bis zu Gemeinschaftsprojekten. Vertikale Zusammenschlüsse können im Prinzip wie horizontale die Effizienz und Effektivität steigern, aber auch, vornehmlich auf Gesundheitsmärkten mit Zutrittsschranken, wettbewerbsfeindliche Wirkungen erzeugen. Unbeschadet dieser Gefahren bietet das deutsche Gesundheitswesen noch einen erheblichen Spielraum für dezentrale Wettbewerbsprozesse, die mit gesamtwirtschaftlichen Zielen harmonieren. Bei immer noch etwa 250 Krankenkassen und ca. 21.000 Apotheken sowie Regionen mit einer Überversorgung im stationären Bereich dürften zumindest horizontale Zusammenschlüsse tendenziell zu einer Steigerung der Effizienz und teilweise auch der Qualität führen.

11. Da alle gesamtwirtschaftlichen Koordinationsinstrumente ihre spezifischen Vor- und Nachteile aufweisen, legen Defizite der korporativen Koordination noch nicht zwingend ihren partiellen oder gar vollständigen Ersatz durch alternative Steuerungselemente nahe. Ob sich eine solche Substitution anbietet, hängt im Sinne gesamtwirtschaftlicher Ziele davon ab, inwieweit die alternativen Steuerungssysteme die fiskalischen, allokativen und verteilungspolitischen Funktionen per saldo besser erfüllen. So stehen die KVen auch nur dann zur Disposition, wenn andere Institutionen die entsprechenden Aufgaben effizienter und effektiver wahrnehmen können. In diesem Kontext gilt es auch zu berücksichtigen, dass eine Auflösung der KVen mit einer Stärkung bestehender und Gründung neuer ärztlicher Verbände privaten Rechtes einhergehen dürfte. Es steht zu erwarten, dass solche Verbände, ohne die Verpflichtungen einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes und möglicherweise gewerkschaftlich organisiert, deutlich aggressiver verhandeln als die heutigen KVen. Im Gegensatz zu den KVen, die bei Vergütungsproblemen auch innerärztlich vermitteln, stellen z. B. einzelne fachärztliche Gruppierungen erheblich homogenere und damit durchsetzungsfähigere Einheiten dar.

12. Die Ausgaben der GKV für die vertragsärztliche ambulante Behandlung stiegen deutlich unterproportional zu den gesamten Leistungsausgaben und auch weitaus schwächer als die entsprechenden Aufwendungen für stationäre Behandlung und Arzneimittel an. Unabhängig von der Frage seiner allokativen Berechtigung ließ sich das fiskalische Postulat der Beitragssatzstabilität im Zuge der sektoralen Budgetierung mit Hilfe einer Körperschaft des öffentlichen Rechts vergleichsweise besser realisieren als im Bereich des stationären Sektors und der Arzneimittel durch alternative Steuerungssysteme. Dieser fiskalische Befund geht vor allem auf die Durchgriffsmöglichkeiten zurück, die eine solche Körperschaft im Unterschied zu privaten Verbänden bei der Vergütung gegenüber ihren Mitgliedern besitzt. Hinsichtlich der vertragsärztlichen Vergütungen zeigen sowohl theoretische Überlegungen als auch empirische Studien, dass die KVen keine monopol- oder kartellartigen Positionen einnahmen bzw. einnehmen konnten.

13. Im Rahmen der korporativen Koordination verliefen die Verhandlungsprozesse der beteiligten Organisationen nach innen wie außen in den letzten Jahren zunehmend konfliktreicher, mühsamer und ergebnisärmer. Dabei machte sich die Janusköpfigkeit der KVen, die einen Spagat zwischen Interessenvertretung und Ausübung hoheitlicher Aufgaben in Bezug auf denselben Personenkreis verlangt, vor allem in allokativer Hinsicht negativ bemerkbar. Dagegen fiel bis ungefähr Mitte der neunziger Jahre die Beurteilung

der allokativen Leistungsfähigkeit korporativer Koordination noch deutlich positiver aus.

Der Befund, dass innerhalb von ca. zehn Jahren das Pendel von ‚Vorfahrt für die Selbstverwaltung‘ in die Forderung nach ihrer – teilweisen oder weitergehenden – Suspendierung umschlug, hing auch von exogenen Faktoren ab, die verstärkt oder neuartig auf das System einwirkten. Hierzu gehören u. a. das schwache Wachstum einer budgetierten Gesamtvergütung, die Niederlassungswelle von 1993, die Aufteilung in ein haus- und fachärztliches Budget, die Integration der stark wachsenden Leistungen von psychologischen Psychotherapeuten sowie die Aufgabe der Steuerung von Arznei- und Heilmitteln. Die Effekte, die aus diesen Faktoren resultieren, belasteten sowohl die Konsensprozesse innerhalb der KVen als auch die Verhandlungen zwischen diesen und den Krankenkassen.

14. Die größten allokativen Defizite der korporativen Koordination bestehen derzeit in der schwachen Innovationsfähigkeit und der noch immer unbefriedigenden Qualitätssicherung. Diese Aufgaben können subsidiär dezentrale Wettbewerbsprozesse übernehmen, indem die Krankenkassen, z. B. im Rahmen der integrierten Versorgung, entsprechende finanzielle Anreize setzen. Um den Qualitätswettbewerb zu fördern, sollten auch jene Ärzte und Krankenhäuser teilnehmen können, die derzeit über keine Zulassung verfügen, aber die geforderten Qualitätsnormen erfüllen bzw. durch Zertifizierungen nachweisen. Sofern ein solcher Qualitätswettbewerb im Zuge eines steigenden Anteils integrierter Versorgung einen kleinen Anteil – z. B. 5 % – des ambulanten und stationären Sektors erreicht, dürfte er sich nicht nur für die jeweiligen Versicherten positiv auswirken, sondern auch auf das Gesamtsystem durchschlagen.

15. Für eine völlige Abschaffung der korporativen Koordination und der sie tragenden Organisationen sprechen derzeit weder theoretische Überlegungen noch empirische Fakten. Bei einem flächendeckenden Übergang zu einzelvertraglichen Regelungen drohen in wesentlich stärkerem Maße als im kollektivvertraglichen System Abweichungen im Qualitätsniveau der medizinischen Versorgung sowie höhere Transaktionskosten. Sofern sich kleinere und mittlere Krankenkassen, die den Sicherstellungsauftrag im Rahmen des Sachleistungsprinzips nicht mit vertretbarem Aufwand übernehmen können, zu größeren Gemeinschaften zusammenschließen und mit Ärzteverbänden verhandeln, stehen sich auch wieder kollektive Einheiten gegenüber. Im Zuge solcher Prozesse können sich sowohl auf Krankenkassen- als auch auf Ärzteseite enge Oligopole bilden, die dann zwar nicht auf kollektiv-, sondern auf einzelvertraglicher Grundlage Verhand-

lungen führen. Der völlige oder teilweise Übergang zu selektiven Verträgen kann auch zu einer Zersplitterung der Vertragslandschaft führen, die Patienten und Versicherte verwirrt und Ärzte vor kaum zu bewältigende administrative Probleme stellt. Andererseits sprechen Aspekte der Innovationsfähigkeit und der Qualitätssteigerung dafür, die korporative Koordination um dezentrale Wettbewerbsprozesse zu ergänzen bzw. sie mit diesen zu konfrontieren.

Gesamtwirtschaftliche Aspekte sprechen somit nicht dafür, die korporative Koordination und mit ihr die KVen abzuschaffen, sondern über eine stärkere Gewichtung dezentraler Wettbewerbsprozesse der Tendenz entgegenzuwirken, dass die korporative Koordination bzw. die sie tragenden Organisationen effizienz- und effektivitäts- bzw. qualitätssteigernde innovative Prozesse ver- oder behindern. Hierzu bietet es sich an, dezentrale Wettbewerbsprozesse in einen kollektiv-rechtlichen Rahmen einzubinden. Innerhalb dieses Rahmens können die Krankenkassen mit den Leistungsanbietern dann selektive Verträge schließen, die u. a. andere Versorgungsformen, höhere Qualitätsstandards und auch abweichende Vergütungsformen vorsehen. Den Leistungserbringern steht es zwar frei, im ‚kollektiven Rahmen‘ zu bleiben, was aber auf Dauer mit deutlichen ökonomischen Einbußen einhergehen kann. Die durch dezentrale Wettbewerbsprozesse entstandenen Versorgungsnetze stehen somit sowohl untereinander als auch mit dem übrigen bzw. kollektivvertraglichen System in Konkurrenz. Im Rahmen dieses Wettbewerbsprozesses sollte die Versorgungsqualität darüber entscheiden, ob und wie zügig der Anteil an der Versorgung wächst, den dezentrale Wettbewerbsprozesse einnehmen.

3. Sozioökonomischer Status und Verteilung von Mortalität, Morbidität und Risikofaktoren

16. In epidemiologischen Studien zum Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitszustand wurde dargelegt, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (d. h. mit einer niedrigen Bildung, einem niedrigen beruflichen Status und/oder einem niedrigen Einkommen) überproportional häufig einen beeinträchtigten Gesundheitszustand und eine geringere Lebenserwartung aufweisen als Personen mit höherem sozioökonomischen Status (*socioeconomic status*, SES). Danach haben Männer aus dem untersten Viertel der Einkommensskala eine um zehn Jahre geringere Lebenserwartung als Männer aus dem obersten Viertel (72 gegenüber 82 Jahren); für Frauen beträgt der entsprechende Unterschied fünf Jahre (81 gegenüber 86 Jahren).

17. Der Begriff ‚soziale Ungleichheit‘ bezeichnet Unterschiede im Hinblick auf die Bildung, den beruflichen Status und das Einkommen. Dabei handelt es sich um Merkmale ‚vertikaler‘ sozialer Ungleichheit. Die Bevölkerung lässt sich auch mit Hilfe von Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Nationalität (bzw. Migrationshintergrund) differenzieren. Zwischen diesen Gruppen kann eine ‚horizontale soziale Ungleichheit‘ bestehen. Weiterhin können Merkmale wie der Familienstand, die Zahl der Kinder und Charakteristika des Wohnortes für eine Gruppenbildung verwendet werden.

18. In der soziologischen Diskussion wird oft betont, dass keine klar unterscheidbaren sozialen Schichten mehr feststellbar sind, und dass sich die vielfältigen ‚Lebenslagen‘ nicht mehr mit Hilfe von Kriterien wie Bildung, Berufsstatus und Einkommen in eine konsistente hierarchische Ordnung bringen lassen. Merkmale der vertikalen sozialen Ungleichheit sind für die Gesundheitspolitik aber insofern von Bedeutung, als sie mit empirisch nachgewiesenen Häufigkeiten bzw. Wahrscheinlichkeiten von Morbidität und Mortalität einhergehen.

19. Empirische Studien über statusspezifische Unterschiede in der Mortalität beruhen meist auf einem ‚ökologischen Design‘. Dabei wird ein regionaler Vergleich durchgeführt, d. h. Angaben zur durchschnittlichen Mortalität in einer Region werden mit Angaben zur sozioökonomischen Struktur der Region verglichen. Ergebnisse regionaler Vergleiche sind aber oft schwierig zu interpretieren. Studien, die auf einem Vergleich von Individualdaten basieren und die ohne einen Vergleich zwischen Regionen auskommen, sind in Deutschland dagegen selten.

Studien, für die Individualdaten ausgewertet wurden, deuten auf einen statistischen Zusammenhang zwischen Schulbildung, beruflichem Status und Einkommen auf der einen Seite und Mortalität und Morbidität auf der anderen Seite hin.

20. Über sozioökonomische Unterschiede in der Morbidität ist erheblich mehr bekannt als über Unterschiede in der Mortalität. Die für Deutschland vorliegenden Studienergebnisse beziehen sich auf

- den allgemeinen Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen,
- den allgemeinen Gesundheitszustand bei Erwachsenen,
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
- Diabetes mellitus,
- Krebserkrankungen,
- Zahngesundheit,
- Allergien,
- Atemwegserkrankungen,
- Hauterkrankungen,
- Unfälle,
- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates,
- psychische Morbidität und
- Multimorbidität.

Abbildung 1 enthält eine Übersicht über empirische Ergebnisse zum Zusammenhang von sozialer Schicht bzw. dem sozioökonomischen Status (SES) und der Morbidität.

Abbildung 1: Übersicht über empirische Ergebnisse zum statistischen Zusammenhang von SES und Morbidität

<p>Zusammenhang von SES und Morbidität I: Überproportional hohe Morbidität bei einem niedrigen SES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeiner Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen, - Allgemeiner Gesundheitszustand bei Erwachsenen, - Herz-Kreislauf-Krankheiten, - Diabetes mellitus, - Magen-/Darmkrebs, Lungenkrebs, Nieren-/Blasenkrebs, Leukämie und maligne Lymphome, - Krankheiten des Magens, - Zahngesundheit, - evtl. Bronchitis (bei Erwachsenen), - Bandscheibenschäden, rheumatische Krankheiten, Gicht, - Unfälle (bei Kindern), - psychische Morbidität sowie - Multimorbidität. 	<p>Zusammenhang von SES und Morbidität II: Überproportional hohe Morbidität bei einem hohen SES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allergien (bei Kindern und Erwachsenen) - ‚Pseudokrupp‘ (bei Kindern) - evtl. Bronchitis (bei Kindern) - Einige Hautkrankheiten, z. B. Neurodermitis (bei Kindern), und - eingeschränktes Sehvermögen (Kurz-, Weitsichtigkeit).
<p>Zusammenhang SES und Morbidität III: Höhere Schweregrade bei niedrigem SES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asthma (bei Kindern) - Unfälle (bei Kindern). 	<p>Kein mit Hilfe von Ergebnissen aus Deutschland gesicherter Zusammenhang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei anderen Krankheiten, weil statistische Zusammenhänge mit dem SES nicht untersucht wurden oder nicht existieren.

Quelle: Eigene Darstellung

21. Empirische Ergebnisse über statusspezifische Unterschiede bei Risikofaktoren liegen zu den Themen Rauchen, Übergewicht, Mangel an sportlicher Betätigung und Ernährung vor. Diesen nicht nur kardiovaskulären Risikofaktoren wird in der Public Health-Forschung eine hohe Bedeutung beigemessen.

Relativ viele Studien wurden zum Rauchen publiziert. Die Ergebnisse sind eindeutig. Das Rauchen ist in unteren Statusgruppen sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen überproportional weit verbreitet. Mit höherem Alter nimmt die soziale Ungleichheit beim Rauchen ab, bei Frauen mehr als bei Männern.

Die aus Deutschland vorliegenden Studien über statusspezifische Unterschiede im Alkoholkonsum ergeben kein klares Bild. Einige Studien zeigen, dass der Alkoholkonsum

in der oberen sozialen Schicht höher ist als in der unteren, andere Studien weisen auf einen umgekehrten Zusammenhang hin.

Der Risikofaktor ‚Übergewicht‘ zeigt einen ähnlich klaren Zusammenhang mit dem sozialen Status wie der Risikofaktor ‚Rauchen‘. Die empirischen Ergebnisse stimmen darin überein, dass die Prävalenz des Übergewichts in der unteren Statusgruppe überproportional hoch ist. Auch zwischen der sportlichen Aktivität und dem SES besteht ein Zusammenhang: Die Prävalenz fehlender sportlicher Aktivität steigt mit zunehmendem Alter und abnehmender sozialer Schicht an. Soziale Unterschiede bestehen überdies im Ernährungsverhalten.

22. Im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen können die folgenden ‚Belastungen aus der Arbeitswelt‘ unterschieden werden:

- Umgebungsbelastungen (z.B. Lärm, Dämpfe, Hitze) und Unfallgefahren,
- körperliche Belastungen (schwere Lasten, einseitige Muskelbelastung) und
- psychische und psychosoziale Belastungen (Monotonie, Zeitdruck, Verhalten von Vorgesetzten).

Erforderlich sind empirische Studien, in denen für jede Statusgruppe untersucht wird, wie groß diese Belastungen sind und welchen Beitrag sie zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit leisten. Im Rahmen der Public Health-Forschung sind dazu nur wenige empirische Studien aus Deutschland vorgelegt worden, obwohl die Bedeutung statusspezifischer Unterschiede bei den Arbeitsbedingungen für die Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit immer wieder herausgestellt wird.

In den letzten Jahren ist versucht worden, die psychosozialen Arbeitsbelastungen besser zu verstehen. Der ‚*job strain*‘-Ansatz konzentriert sich auf die Kombination aus hoher Anforderung und geringem Handlungsspielraum. Beim ‚*effort-reward-imbalance*‘-Ansatz steht die Diskrepanz zwischen hoher beruflicher Verausgabung und niedriger Belohnung im Mittelpunkt.

23. In der Diskussion über das Thema ‚Gesundheit und soziale Ungleichheit‘ wird bisher noch zu selten beachtet, dass sich stark belastete Bevölkerungsgruppen häufig in bestimmten Regionen bzw. Stadtteilen konzentrieren. Die Beachtung der regionalen Verteilung von Gesundheitsproblemen bzw. -chancen ist vor allem dann wichtig, wenn Interventionen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit geplant werden. Er-

folg versprechen Maßnahmen, die dort umgesetzt werden, wo besonders belastete Personengruppen wohnen, arbeiten oder ihre Freizeit verbringen.

24. Ohne eine angemessene Berücksichtigung der komplexen Ursachen sozialschichtspezifischer Unterschiede in den Ressourcen und Belastungen, der Morbidität und Mortalität besteht die Gefahr einer Reduktion von Problemlagen auf zu einfache Erklärungsansätze mit der Konsequenz zu eng gefasster Interventionen. Der Zusammenhang zwischen dem SES und dem Gesundheitszustand muss in die Strategieentwicklung auf dem Gebiet der Prävention eingehen. Prinzipiell sollten Zielgruppen im Sinne des *social marketing* unter Berücksichtigung von sozialen Unterschieden präzise definiert und abgegrenzt werden, um die Wirksamkeit von Interventionen zu gewährleisten. Dabei können vertikale Merkmale (Bildung, beruflicher Status, Einkommen) mit horizontalen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Nationalität bzw. Migrationshintergrund) kombiniert werden.

Im Hinblick auf die Datenbasis gesundheits- und sozialpolitischer Entscheidungen lassen sich aus dem Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Verteilung von Mortalität, Morbidität und Risikofaktoren zwei Forderungen ableiten:

1. Berücksichtigung der Ungleichheit von Gesundheitschancen in der Gesundheitsberichterstattung und in der Berichterstattung über Armut und Reichtum bzw. Verknüpfung beider Berichtssysteme.
2. Durchführung weiterer Studien und von Surveys zur Studienlage mit dem Ziel, die Entwicklung der beschriebenen Zusammenhänge im Zeitverlauf zu verfolgen.

4. Strategien der Primärprävention

Ziele und Interventionsformen der Primärprävention

25. Ein beachtlicher Teil der Verbesserung des Gesundheitszustands und der Verlängerung der Lebenserwartung seit dem 19. Jahrhundert geht weniger auf medizinisch-kurative Innovationen als auf wirtschaftliche und soziale Entwicklungen sowie Umwelt-, Ernährungs-, Hygiene- und Bildungsfortschritte zurück. Der Beitrag der medizinisch-kurativen Versorgung zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation beläuft sich, je nach Modellansatz und methodischem Vorgehen und auch in Abhängigkeit vom Geschlecht, auf ca. 10-40 %. Der verbleibende Anteil erklärt sich primär aus Verbesserungen in den Lebensbedingungen bzw. -stilen. Damit haben außer der expliziten, d. h. der als solche bezeichneten und von Gesundheitsministerien verantworteten Gesundheitspolitik, verschiedene andere Politikfelder eine prinzipielle Bedeutung für die Primärprävention:

- Wirtschafts- und Sozialpolitik, darunter Arbeitsmarktpolitik,
- Bildungspolitik, darunter Schulpolitik,
- Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft,
- Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und
- Umweltpolitik.

Eine effektive und nachhaltige Primärprävention setzt unter diesen Voraussetzungen einen gemeinsamen Zielhorizont, Konsens über die Eignung von Strategien sowie eine enge inter- und intrasektorale Kooperation der Akteure in unterschiedlichen Lebensbereichen und Politikfeldern voraus.

26. Die Zielsetzung der Primärprävention lässt sich auf einer allgemeinen Ebene wie folgt näher bestimmen:

- Vermeidung, Abschwächung oder zeitliche Verschiebung von Mortalität und Morbidität und den sich ergebenden Einbußen an Lebensqualität und Einschränkungen der Teilhabe am sozialen Leben („intangible“ Krankheitskosten),

- Vermeidung, Verringerung und/oder zeitliche Verschiebung des Ressourceneinsatzes für Kuration, Rehabilitation und Pflege bzw. von Ausgaben der Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung („direkte“ Krankheitskosten),
- Investition in Gesundheit als einen aufgrund demographischer Trends zunehmend wichtigen Bestandteil des „Humankapitals“ bzw.
- Vermeidung, Verringerung und/oder zeitliche Verschiebung „indirekter“ Krankheitskosten (gesamtgesellschaftliche Produktions- und Wohlfahrtsverluste); Erhalt bzw. Erhöhung des „Produktionspotenzials“, wobei „Produktion“ in einem weiten Sinne jede Form des sozialen Engagements und der aktiven sozialen Teilhabe einschließt.

27. Die Verhältnisprävention zielt auf die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen als Rahmenbedingungen der Gesundheitserhaltung und Krankheitsentstehung. Dabei veränderten sich im Zeitablauf mit den Lebensverhältnissen und dem Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen auch die Schwerpunkte der Prävention. Im ausgehenden 19. Jh. bis in das 20. Jh. hinein standen die Kontrolle von Infektionskrankheiten und in diesem Zusammenhang u. a. die Wohn- und Ernährungsverhältnisse sowie die öffentliche Hygiene im Mittelpunkt von primärpräventiven Interventionen. Mit der Wahrnehmung von potenziell gesundheitsschädlichen Umweltbelastungen gewannen im Verlauf des 20. Jh. umweltpolitische Aspekte an Bedeutung. Andere relevante Politikfelder sind der Verbraucherschutz und die Agrarwirtschaft. Zur Verhältnisprävention sind auch zahlreiche Maßnahmen des „Gesundheitsschutzes“ zu rechnen, u. a. in den Bereichen:

- gesundheitlicher Verbraucherschutz (Trinkwasserschutz; Sicherheit von Produkten, u. a. von Lebens- und Arzneimitteln),
- Infektionsschutz, z. B. Meldepflicht für Infektionskrankheiten,
- umweltbezogener Gesundheitsschutz (Immissionsschutz, Strahlenschutz, Anlagensicherheit),
- Arbeitsschutz in Betrieben,
- Verkehrssicherheit,
- Sicherheitspolitik (Prävention von „Bioterrorismus“).

Bei den Regelungen mit präventivem Gehalt im deutschen Verwaltungsrecht überwiegt der Anteil der Verhältnisprävention. Die Verhältnisprävention ist daher im Prinzip eine etablierte Interventionsform. Viele Regelungen, Interventionen und Initiativen mit Bedeutung für die Primärprävention bewegen sich allerdings außerhalb des traditionellen Aufgabenspektrums der (expliziten) Gesundheitspolitik bzw. der explizit gesundheitsbezogenen Präventionspolitik, zumindest soweit diese in den Verantwortungsbereich von Gesundheits- und Sozialministerien fällt.

28. Entstehung und Verlauf verschiedener chronischer Krankheiten, die das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen heute weitgehend dominieren, werden maßgeblich durch individuelle Verhaltens- und Konsummuster beeinflusst. Aus diesem Grund fokussieren präventive Interventionen häufig auf Verhaltensweisen (Verhaltensprävention), wobei sich diese Interventionen z. T. aber auch in Informations- und Edukationsmaßnahmen erschöpfen. Dieser Art der Prävention fehlt daher oft der Bezug zu den Entstehungsbedingungen von Verhaltens- bzw. Konsummustern. Die Effektivität zielgruppen- und kontextunabhängiger und auf Risikoinformation bzw. ‚Gesundheitserziehung‘ reduzierter Interventionen ist gering.

29. Während eine ‚reine‘ Verhältnisprävention idealtypisch keine lebensstilbezogenen Entscheidungen voraussetzt, weist eine ‚reine‘ Verhaltensprävention als entgegengesetztes Extrem keinen Bezug zu den Kontext-, Rahmen- und Entstehungsbedingungen von Verhaltensweisen und Lebensstilen auf. Als richtungweisend erscheinen vor allem Zwischenformen jenseits dieser Extreme. Derartige Zwischenformen lassen sich als ‚kontextorientierte Verhaltensprävention‘ bezeichnen. Sie können in umfassenden ‚Mehr-Ebenen‘-Präventionskampagnen zu einzelnen Gesundheitsproblemen (z. B. Anti-Tabak-Kampagne), vor allem aber im Rahmen des ‚Setting-Ansatzes‘ umgesetzt werden. Da Präventionskampagnen eine sehr unterschiedliche Komplexität aufweisen und der Setting-Ansatz ebenfalls unterschiedlich interpretiert wird, lassen sich primärpräventive Interventionen im Hinblick auf ihren Kontextbezug auch wie folgt ordnen:

- ‚Reine‘ Verhaltensprävention ohne expliziten Kontextbezug (z. B. Informationen zu Gesundheitsproblemen, kontextunabhängige Medienkampagnen, Beratungs-, Informations- und Trainingsangebote in Kursen und Gruppen in Einrichtungen der Krankenkassen)

- Kontextorientierte Verhaltensprävention
 - a) Verhaltensprävention mit einem expliziten Kontextbezug, z. B. Interventionen für präzise definierte Zielgruppen unter Verwendung von Konzepten und Instrumenten des *social marketing* sowie Nutzung eines Settings als Zugangsweg für definierte Zielgruppen (,Gesundheitsförderung im Setting‘)
 - b) Integration von Verhältnis- und Verhaltensprävention, z. B. im Rahmen von ,Mehr-Ebenen‘-Kampagnen zu einzelnen Gesundheitsproblemen wie Rauchen oder Bewegungsmangel oder in der Gestaltung von verhaltens- und lebensstilprägenden Settings (,gesundheitsfördernde Settings‘)
- ,Reine‘ Verhältnisprävention ohne die Notwendigkeit individueller Entscheidungen über Verhaltens- und Konsummuster (z. B. durch Normierung im Verbraucher- und Immissionsschutz).

30. Interventionen der Verhaltensprävention lassen sich außer nach dem Kriterium des Verhaltenskontextes nach den Interventionsebenen Individuum, Setting und Bevölkerung klassifizieren (Tabelle 1).

Tabelle 1: Interventionsebene, Kontextbezug und Beispiele für verhaltenspräventive Interventionen

Interventions- ebene	Verhaltensprävention mit Fokus auf Information, Motivation, Bera- tung ohne verhältnispräventive Elemente	Verhaltensprävention mit Kontext- bezug bzw. Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen des Verhal- tens
Individuum (Mikroebene)	Ärztliche Gesundheitsberatung für einen Patienten in der Arztpraxis	,Präventiver Hausbesuch‘ mit Bezug / Beratung zu Lebensbedingungen und Lebensstil
Setting (Mikro- bzw. Mesoebene)	Edukative Angebote in Schulen (,Gesundheitsunterricht‘), Informationsangebote in Betrieben	Gesundheitsförderung in Schulen, Betrieben und Verwaltungen u. a. durch Organisationsentwicklung, ,gesundheitsfördernde Settings‘
Bevölkerung (Makroebene)	Motivationskampagnen ohne Kontextbezug (,Esst mehr Obst‘, ,Rauchen gefährdet die Gesundheit‘), social marketing ohne Beeinflussung von Rahmenbedingungen	Anti-Tabak-Kampagne unter Einschluss verhältnispräventiver Maßnahmen (Abbau von Zigarettenautomaten, Regulierung der Werbung, Tabaksteuer)

Quelle: Modifiziert nach Rosenbrock, R. (2004)

Ein expliziter Kontextbezug stellt sicher, dass das jeweilige Lebensumfeld und damit die Rahmenbedingungen des Verhaltens in die Planung und Durchführung von Interventionen eingehen. Das Ziel ist es, auf diese Weise gesundheitsdienliche Verhaltensentscheidungen und eine Habitualisierung dieser Verhaltensmuster zu erleichtern und die Nachhaltigkeit von Interventionen zu gewährleisten.

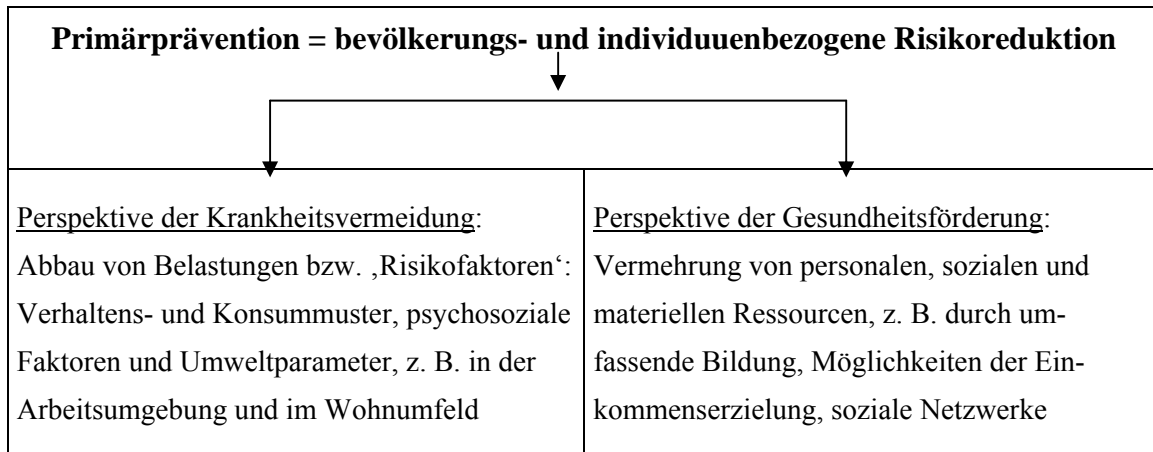
31. Bis heute gilt die Ottawa-Charta der WHO (1986) als ein Grundsatzdokument moderner Gesundheitspolitik. Eine an der Ottawa-Charta orientierte Politik entfaltet auf mehreren Handlungsfeldern Aktivitäten:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die sich nicht auf das klassische Gesundheitsressort (Krankenversicherung und -versorgung, öffentlicher Gesundheitsdienst) beschränkt, sondern andere Lebensbereiche und Politikfelder berücksichtigt,
- Entwicklung gesundheitsfördernder ‚Lebenswelten‘ (Settings),
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste, z. B. Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Alten- und Pflegeheime (Zielgruppen: Mitarbeiter und Nutzer), und
- Entwicklung und Stärkung gesundheitsrelevanter Ressourcen in der Bevölkerung und / oder in bestimmten Zielgruppen.

32. In der wissenschaftlichen Literatur werden zahlreiche für den Erhalt bzw. für die Stärkung der Gesundheit relevante, einer quantitativen Erfassung aber unterschiedlich gut zugängliche Gesundheitsressourcen erwähnt. Dabei lassen sich personale, soziale und materielle Ressourcen unterscheiden. Zu den personalen Ressourcen zählen generelle ‚Lebenskompetenzen‘ (*life skills*) und Bildung. Dazu gehören die formale Ausbildung, die berufsbezogene Bildung und Erfahrung sowie die generelle Persönlichkeitsbildung bzw. das gesamte Repertoire an Strategien zur Lebensgestaltung und zur Bewältigung von widrigen Umständen und Krisen. Soziale Ressourcen ergeben sich aus der Struktur und Qualität sozialer Beziehungen und Netzwerke. Sie umfassen die psychosoziale Unterstützung in einer Partnerschaft bzw. Familie, am Arbeitsplatz und im Rahmen anderer sozialer Netzwerke, aber auch Aspekte gesellschaftsweiter sozialer Kohäsion. Materielle Ressourcen wie Erwerbseinkommen, privates Vermögen und finanzielle Planungssicherheit vermehren die individuellen Optionen einer gesundheitsdienlichen Lebensgestaltung.

33. Primärprävention umfasst sowohl die Senkung von Belastungen als auch die Stärkung von Ressourcen, um individuen- und populationsbezogen das Risiko einer Erkrankung (bzw. eines Unfalls) und die Inzidenzrate zu senken (Abbildung 2).

Abbildung 2: Primärprävention als Risikoreduktion



Quelle: Eigene Darstellung

Eine unterschiedliche Ausstattung mit personalen, sozialen und materiellen Ressourcen, Unterschiede in der Belastung durch Verhaltens- und Konsummuster, Lebens- und Arbeitsbedingungen führen zu Unterschieden in den Gesundheitschancen und im Krankheitsrisiko. Umgekehrt können Interventionen und Entwicklungen auf den verschiedenen Politikfeldern danach bewertet werden, inwiefern sie die Bilanz von Belastungen bzw. Expositionen einerseits und gesundheitsrelevanten Ressourcen andererseits für die Bevölkerung insgesamt sowie für abgrenzbare Bevölkerungsgruppen über verschiedene Zeithorizonte hin beeinflussen.

34. Für Prävention und Gesundheitsförderung werden in Deutschland unterschiedliche Terminologien verwendet. Ein Grund zur Aufrechterhaltung einer Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention kann darin gesehen werden, dass andernfalls der Ansatz der Ressourcenstärkung aus dem Blick geraten könnte.

Verteilung von Gesundheitschancen

35. Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status, gemessen mit Hilfe der Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen, und dem Gesundheitsstatus sind empirisch nachweisbar und für die Primärprävention relevant. Sie wurden bisher aber nicht befriedigend erklärt. Theoretische Erklärungsmuster für die Entstehung sozialschichtspezifischer Unterschiede und für ihre Entwicklung im Zeitverlauf, welche die relative Bedeutung einzelner Einflussfaktoren aufzeigen und die Planung von Interventionen unterstützen, liegen nicht vor bzw. erscheinen als empirisch noch nicht hinreichend gesichert.

36. Aus der Bandbreite der Einflussfaktoren auf den Gesundheitsstatus ergibt sich eine Vielzahl an möglichen Konstellationen aus Belastungsfaktoren und Ressourcenausstattungen. Für die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten ist dabei nicht nur das Verhältnis von Belastungen und Ressourcen zu einem bestimmten Zeitpunkt, sondern vor allem seine Entwicklung im Zeitverlauf von Bedeutung. Die Bilanz von Ressourcen und Belastungsfaktoren variiert aber nicht nur zwischen Individuen mit ihren unterschiedlichen Voraussetzungen und Lebensstilen, sondern weist zugleich auch mit sozioökonomischen Statusdifferenzen assoziierte Verteilungsmuster auf. Angehörige statusniedrigerer sozialer Schichten sind tendenziell mehr Belastungen (z. B. Belastungen in der Arbeitswelt und aus dem Wohnumfeld) ausgesetzt, weisen überproportional häufig der Gesundheit abträgliche Verhaltensweisen auf und verfügen zugleich über weniger Ressourcen bzw. Bewältigungsstrategien als Angehörige statushöherer Sozialschichten. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Reduktion des Problems ‚sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen‘ auf einzelne kausale Ursachen als inadäquat. Realitätsnäher ist die Annahme einer Vielzahl möglicher Wirkungskanäle, die erst in ihrem Zusammenspiel zu der empirisch nachweisbaren Ungleichverteilung von Gesundheitschancen führen.

37. Wesentliche Einflussfaktoren von sozioökonomischen Statusunterschieden liegen außerhalb des Einflussbereiches der (expliziten) Gesundheitspolitik. So sieht eine Expertise des Institute of Medicine in den USA die größten Errungenschaften in der Vergangenheit und das größte Potenzial zur Verringerung von Unterschieden im Gesundheitsstatus sowie für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung insgesamt in der Verbesserung des sozioökonomischen Status der benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Diese Analyse führt zu der Schlussfolgerung, dass dem wirtschaftlichen Wachstum und einer günstigen Entwicklung des Arbeitsmarktes, die eine Verbesserung

der sozioökonomischen Situation dieser Gruppen ermöglichen, auch aus der Perspektive der Primärprävention eine hohe Bedeutung zukommen.

38. Zwischen der Primärprävention und der Wirtschafts-, Sozial- und Bildungspolitik bestehen inhaltliche Verbindungen. Der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus und der Arbeitslosigkeit lässt die gegenwärtige Arbeitslosigkeit, vor allem die Langzeitarbeitslosigkeit, nicht nur als eines der größten ungelösten wirtschafts- und sozialpolitischen Probleme, sondern zugleich auch als ein vorrangiges Public Health-Problem erscheinen.

39. Bei der Erarbeitung umsetzbarer primärpräventiver Strategien und der Planung von Interventionen müssen Unterschiede in der sozialen Lage berücksichtigt werden. Eine realistische Umsetzungsstrategie des §20 SGB V wird sich auf Interventionen zu Gunsten gesundheitlich benachteiligter Gruppen konzentrieren müssen. Als Kriterien zur Bildung von Clustern für eine Interventionsplanung kommen u. a. folgende Merkmale in Betracht:

- Personen mit niedrigem Einkommen und ihre Familienangehörigen und in diesem Kontext vor allem Kinder und Jugendliche als primäre Zielgruppe nationaler Strategien zur Primärprävention,
- Personen mit niedriger Schulbildung und geringen Chancen auf dem Arbeitsmarkt,
- andere überdurchschnittlich belastete Personengruppen wie z. B. Alleinerziehende, kinderreiche Familien, Langzeitarbeitslose, Behinderte, Obdachlose etc.

Dabei ist jeweils zu entscheiden, ob im weiteren Sinne sozialpolitische Interventionen oder unmittelbar gesundheitsbezogene Maßnahmen bzw. Angebote von Einrichtungen des Gesundheitswesens zielführend sind.

40. Über präventive Interventionen zugunsten von Zielgruppen mit einer vergleichsweise ungünstigen Ressourcen-Belastungs-Bilanz hinaus wird auch grundsätzlich eine öffentliche Unterstützung sozial und gesundheitlich benachteiligter Teile der Bevölkerung notwendig sein. Eine weitere Aufgabe der Politik besteht darin, den Präventionsgedanken auch außerhalb des Gesundheitssystems und der ‚expliziten Gesundheitspolitik‘, d. h. noch auf anderen politischen Handlungsfeldern zu verankern (‚implizite Gesundheitspolitik‘). Problematisch sind in diesem Zusammenhang vor allem die eng limitierten und z. T. noch zurückgehenden Handlungsspielräume in den öffentlichen Haushalten, die gesundheits- und sozialpolitische Initiativen erschweren, und das Aus-

bleiben von durchgreifenden Erfolgen auf den wirtschaftspolitischen Handlungsfeldern der Arbeitsmarkt-, Struktur- und Wachstumspolitik.

41. Soweit sich Interventionen allein im Bereich der ‚expliziten‘ Gesundheits- bzw. Präventionspolitik bewegen, kommen vornehmlich in Betracht:

- Appelle zur Änderung von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen durch zielgruppenorientierte Public Relations-Konzepte und *social marketing*, vor allem aber umfassende ‚Mehr-Ebenen‘-Präventionskampagnen zu ausgewählten Themen wie Tabakkonsum, Alkoholabusus, Bewegung und Ernährung, und
- Interventionen nach dem Setting-Ansatz, vor allem in Schulen bzw. generell Bildungseinrichtungen, in privaten und öffentlichen Betrieben und Verwaltungen sowie in den Kommunen, insbesondere an ‚sozialen Brennpunkten‘ in Städten und Gemeinden.

Zur Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen eignet sich der Setting-Ansatz. Er vereint die Vorteile eines vergleichsweise einfach zu organisierenden und weitgehend diskriminierungsfreien Zugangs zu unterschiedlichen Zielgruppen mit der Möglichkeit der Integration von verhältnis- und verhaltenspräventiven Elementen und der Stärkung bzw. Vermehrung von gesundheitsrelevanten Ressourcen. Settings können gezielt, z. B. in Stadtteilen mit einem hohen Anteil sozial benachteiligter Einwohner, für Interventionen ausgewählt werden. Von besonderer Relevanz sind dabei die Settings Schule, Betrieb bzw. Verwaltung, Stadtteil bzw. ‚Quartier‘ sowie Freizeiteinrichtungen.

Gesundheitspsychologische Modelle und Bestimmungsfaktoren des Gesundheitsverhaltens

42. Gesundheits- bzw. sozialpsychologische Modelle des Verhaltens und der Verhaltensmodifikation (vor allem Modell der gesundheitlichen Überzeugungen, Theorie des rationalen Handelns, Salutogenese, Modell der Stadien der Veränderung) unterscheiden sich in ihrem Fokus und in den Grenzen ihrer Aussagekraft. Sie setzen sich aus einer limitierten Auswahl an Variablen zusammen und bilden nicht sämtliche Einflussfaktoren auf das gesundheitsrelevante Verhalten ab. So fällt der Einfluss unterschiedlicher Lebenslagen auf das Verhalten mitunter aus der Betrachtung heraus. Die Modelle sind zwar prinzipiell für weitere Einflussfaktoren, z. B. soziostruktureller bzw. sozioökono-

mischer Art, offen, beziehen diese aber oft nicht explizit bzw. in ihrer Komplexität ein, obwohl zwischen risikoerhöhenden Verhaltensmustern und sozioökonomischen Einflussfaktoren ein empirischer Zusammenhang besteht.

43. Unter den gesundheitspsychologischen Theoren und Modellen nimmt das Salutogenese-Modell aufgrund seines umfassenden Ansatzes eine besondere Stellung ein. Im Zentrum steht die Vorstellung, dass individuelle Überzeugungen und Werte dazu beitragen, belastende Lebensereignisse wie Krankheit einordnen und bewältigen zu können. Diese Fähigkeit wird als gesundheitsbildende Ressource verstanden. Das Modell ist mittlerweile empirisch besser fundiert, was die Empfehlung rechtfertigt, seine gesundheitsfördernde Potenz und Eignung für Interventionen durch weitere Forschung genauer zu ermitteln. Ferner sollte der Begriff der Salutogenese präziser als z. T. üblich verwendet werden.

44. Für die Präventionspolitik ergibt sich aus der Bedeutung von Kontextfaktoren und Ressourcen die Schlussfolgerung, dass komplexe Ansätze wie der Setting-Ansatz, der eine Verbindung von spezifischen Interventionen zu bestimmten Belastungsfaktoren mit unspezifischen Interventionen ermöglicht, konzeptionell engeren Ansätzen häufig überlegen sind.

Gesundheitskommunikation, soziales Marketing und Präventionskampagnen

45. „Massenmedien“ informieren über Produkte und Dienstleistungen, deren Konsum den Gesundheitszustand von Konsumenten potenziell beeinflusst. Neben produktbezogenen Informationen, die z. T. werblichen Zwecken dienen, vermitteln Massenmedien Lebensbilder und Rollenmodelle. Daher sollte vermehrt nach Möglichkeiten gesucht werden, in Kooperation mit Kommunikationsexperten und der Film- bzw. Unterhaltungsindustrie Kommunikationsstrategien zu entwickeln, die für bestimmte Zielgruppen attraktive Lebensstile, Rollen- oder Konsummodelle mit aus primärpräventiver Perspektive sinnvollen Verhaltensmustern verbinden.

46. Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit haben in der Vergangenheit zum Erfolg von Präventionsmaßnahmen beigetragen (z. B. Impfkampagnen, Jodprophylaxe). Primärpräventive Interventionen sollten Public Relations-Instrumente allerdings im Rahmen eines Gesamtkonzepts z. B. für eine „Mehr-Ebenen“-Kampagne einsetzen und sich nicht allein auf die Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen beschränken.

47. Seit den 1950er Jahren wurden Instrumente des kommerziellen Marketing auch für nicht-kommerzielle Zwecke eingesetzt (*social marketing*). Die zum Instrumentarium des kommerziellen Marketing zählenden Handlungsfelder *product*, *price*, *promotion* und *place* nehmen bei einer Nutzung für primärpräventive Zwecke aber eine eigene, vom kommerziellen Marketing z. T. abweichende Bedeutung an.

48. Ein zentraler Bestandteil des sozialen Marketing ist eine sorgfältige Zielgruppenbestimmung. Sie erscheint schon deshalb als notwendig, weil die gesundheitsrelevanten Belastungen und -ressourcen zwischen sozialen Schichten und Bevölkerungsgruppen differieren. In diesem Zusammenhang gilt es, auch Einflussfaktoren wie kulturelle Prägnungen bei Einwanderern aus einem anderen Kulturkreis („Migrationshintergrund“), „gender“-Aspekte, unterschiedliche Lebensphasen und weitere die Lebenslage prägende Faktoren zu berücksichtigen.

49. Unter Kampagnen werden in der Praxis der Prävention oft lediglich Informations-, Aufklärungs- und Motivationsaktivitäten verstanden, die auf eine Kommunikation von gesundheitsrelevanten Informationen und auf die Bildung gesundheitsdienlicher Intentionen zielen. Umfassende „Mehr-Ebenen-Kampagnen“ nutzen zwar die Möglichkeiten der Gesundheitskommunikation bzw. des *social marketing*, bedienen sich aber darüber hinaus noch weiterer Instrumente, um einen Kontextbezug herzustellen. Sie setzen demzufolge auf unterschiedlichen Wissens- und Interventionsebenen an:

- individuelle verhaltensbezogene Belastungsfaktoren und Ressourcen (Verhaltensprävention u. a. durch gesundheitsbezogene Kommunikation, soziales Marketing, Bildungsangebote),
- Interventionen nach dem Setting-Ansatz (Gestaltung von „Lebenswelten“), z. B.:
 - a) Setting Stadt und Gemeinde (Interventionen im Lebens- bzw. Wohnumfeld, Entwicklung von Stadtteilen und Quartieren, Abstimmung von Gesundheits- und Sozialpolitik auf kommunaler Ebene),
 - b) Setting Betrieb und Verwaltung (Arbeitsschutz, betriebliche Gesundheitsförderung bzw. betriebliches Gesundheitsmanagement),
 - c) Setting Kindergarten, Kindertagesstätte, Schule und ggf. Hochschule (Interventionen in Bildungseinrichtungen),

- d) Setting Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim (Interventionen in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen) sowie
- sozioökonomische Rahmenbedingungen (vor allem Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Sozial-, Bildungs-, Verbraucher- und Umweltpolitik).

„Mehr-Ebenen-Kampagnen“ zielen darauf ab, der Vielzahl der Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit dadurch Rechnung zu tragen, dass sie Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen miteinander kombinieren und auf diese Weise Synergieeffekte ermöglichen.

50. In Deutschland wurden bisher wenige Präventionskampagnen durchgeführt, u. a. eine erfolgreiche Kampagne zum Sicherheitsgurt in den 1960er Jahren, die „Trimm Dich“-Kampagne seit den 1970er Jahren und die HIV/Aids-Kampagne seit den 1980er Jahren mit Erfolgen vor allem in zentralen Zielgruppen. Über diese Kampagnen hinaus wurden Informations- und Motivationskampagnen ohne expliziten Zielgruppen- und Kontextbezug initiiert, die zwar vergleichsweise einfach zu organisieren sind, deren Effektivität aber zweifelhaft ist.

Betriebliche Gesundheitspolitik

51. In der betrieblichen Gesundheitspolitik lassen sich zwei Perspektiven der Prävention unterscheiden. Die eine fokussiert auf einzelne Gesundheitsprobleme wie Arbeits- und Wegeunfälle, Bewegungsdefizite, Alkohol oder Tabakkonsum. Präventive Interventionen in der Arbeitswelt können populationsbezogene Kampagnen zu diesen Problemen ergänzen bzw. im Rahmen derartiger Kampagnen intensiviert werden. Die andere zielt auf systemische Interventionen, die sich am betrieblichen Kontext, den konkreten Bedarfslagen im einzelnen Betrieb und / oder am Leitbild einer „gesunden Organisation“ orientieren. Unabhängig von der gewählten Perspektive ergibt sich die Bedeutung der Arbeitswelt als Handlungsfeld der Präventionspolitik bereits aus der Größe der Zielgruppe (erwerbstätige Bevölkerung).

52. In den kommenden Jahren und Jahrzehnten ist eine Verschiebung der Altersverteilung der Belegschaften von Betrieben zu erwarten. Dazu tragen die Veränderung der Altersverteilung der Bevölkerung, u. U. aber auch Knappheiten auf dem Arbeitsmarkt bei qualifizierten Arbeitskräften und eine Erhöhung des Renteneintrittsalters bei. Daher steht das betriebliche Gesundheitsmanagement vor der Aufgabe, die Krankheitslast

bzw. die Zahl der aufgrund von Arbeitsunfähigkeit ausgefallenen Arbeitstage (AU-Tage) der Beschäftigten zu reduzieren und generell ihre Einsatzbereitschaft und Produktivität langfristig zu erhalten und zu erhöhen. Ein steigender Stellenwert der Primärprävention im Betrieb bedeutet, dass das betriebliche Gesundheitsmanagement ein integraler Bestandteil der Personalpolitik werden sollte.

53. Ein klassisches Gebiet betriebsbezogener Gesundheitspolitik ist der Arbeitsschutz, für den innerhalb der Sozialversicherung vor allem die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) bzw. deren Träger (Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand) zuständig sind. Die Aufgabe der Primärprävention ist in keinem anderen Zweig der Sozialversicherung ähnlich lange gesetzlich verankert.

Der Arbeitsschutz wurde durch rechtliche sowie durch naturwissenschaftlich-technische Perspektiven geprägt. Er führte zu einer Fülle an Sicherheitsvorschriften. In einer Erweiterung des Präventionsauftrags wurde der GUV 1996 neben der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten auch die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren übertragen.

54. Einen völlig anderen Ausgangspunkt als der Arbeitsschutz nahm die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Anliegen, Begriffe und Strategien der Gesundheitsförderung wurden wesentlich durch Initiativen und Publikationen der WHO, vor allem durch die Ottawa-Charta, geprägt. Die WHO war auch an der Entwicklung des Setting-Ansatzes beteiligt. Das Setting ‚Betrieb‘ wurde, wie das Setting ‚Krankenhaus‘, ‚Schule‘, und ‚Stadt‘, in vielen Ländern zum Ziel von Aktivitäten der Gesundheitsförderung. Die betriebliche Gesundheitsförderung bildet inzwischen auch ein etabliertes Handlungsfeld der Krankenkassen. Ihr Potenzial wird allerdings noch nicht ausgeschöpft, so dass eine breitere Nutzung dieses Präventionsansatzes zu fordern ist. Erfahrungen und Erfolge aus dem ‚Setting Betrieb‘ sollten überdies für Interventionen in nichtbetrieblichen Settings genutzt werden.

55. §20 SGB Abs. 2 SGB V ermöglicht es den Krankenkassen, den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen. Anreize für eine Krankenkasse, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen, bestehen insofern, als ein reduzierter Krankenstand die Ausgaben für Behandlung und Krankengeld senkt und erfolgreiche Interventionen das Image der Krankenkasse im Betrieb verbessern. Um Arbeitgebern einen zusätzlichen Anreiz zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu setzen, können Krankenkassen Bonusmodelle auf der Basis von §65a Abs. 3 SGB V in ihre Satzung aufnehmen. Dabei erhalten sowohl der

Arbeitgeber als auch die an der jeweiligen Maßnahme teilnehmenden Versicherten einen Bonus. Derartige Bonus-Modelle lassen sich damit begründen, dass arbeitsbedingte Krankheiten auch zu Lasten der GKV gehen. Gesundheitsbezogene Kosten, die ihren Ursprung u. a. in der Arbeitswelt haben, werden von Betrieben teilweise externalisiert. Umgekehrt wird die GKV durch eine effektive betriebliche Primärprävention entlastet.

56. Interventionen im betrieblichen Gesundheitsmanagement weisen eine grosse Breite an Zielen, Konzepten und Instrumenten auf und bewegen sich zwischen den Polen des klassischen, z. T. rechtlich erzwungenen, relativ klar strukturierten Arbeitsschutzes und systemischen Interventionen der Organisationsentwicklung. Diese integrieren gesundheitsbezogene Ziele neben anderen Zielen (z. B. Qualitätszielen) in das Leitbild und in Management- und Führungssysteme.

57. Auf spezifische Gesundheitsprobleme wie z. B. Rauchen und Alkoholmissbrauch zielende Maßnahmen lassen sich im Vergleich zu Interventionen der Organisationsentwicklung unaufwändig organisieren. Weiterhin können sie an bevölkerungsbezogene Präventionskampagnen anknüpfen. Interventionen zu Einzelproblemen werden allerdings der Intention des Setting-Ansatzes noch nicht gerecht. Sie ersetzen vor allem kein schlüssiges Gesamtkonzept für das Gesundheitsmanagement in einem Unternehmen oder in einer öffentlichen Verwaltung.

Kommunale Gesundheits- und Sozialpolitik

58. Städte und Gemeinden prägen mit ihrer Politik die Wohn- und Arbeitsumgebung und generell die Lebensbedingungen der gesamten Bevölkerung. Viele Lebensbereiche mit prinzipieller Bedeutung für die Primärprävention werden durch kommunalpolitische Entscheidungsprozesse mitgestaltet. Zum Einflussbereich der Kommunalpolitik zählen u. a. die wirtschaftliche Entwicklung der Stadt bzw. Region und damit Arbeits-, Einkommens- und Karriereperspektiven, die Umwelt- und Verkehrsbelastung, die soziale Infrastruktur, Bildungseinrichtungen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Einige Ansatzpunkte zur Erhaltung bzw. Verbesserung der ‚öffentlichen Gesundheit‘ (Public Health) waren bereits Ende des 19. Jahrhunderts als Handlungsfeld der Kommunalpolitik etabliert.

59. Die kommunale Gesundheitspolitik verfügt über ihre prinzipielle Verantwortung für eine ‚implizite Gesundheitspolitik‘ hinaus über verschiedene Ansatzpunkte, um die Primärprävention gezielt zu stärken:

- Explizite Berücksichtigung von Gesundheitsthemen in allen Lebensbereichen bzw. Feldern der Kommunalpolitik, u. a. in der Sport- und Bildungspolitik (z. B. Kindertagesstätten, Volkshochschulen)
- Kooperation im Netzwerk ‚gesunder Städte‘,
- primärpräventive Interventionen im Setting bzw. Gestaltung ‚gesundheitsfördernder Settings‘ unterhalb der Ebene ‚Stadt und Gemeinde‘,
- Stadtteilentwicklung, z. B. durch ein ‚Quartiersmanagement‘,
- Integration von Gesundheits- und Sozialpolitik sowie der diesbezüglichen Berichterstattung,
- Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes, z. B. schulärztlicher Dienst, Diagnostik und Beratung bei Infektionskrankheiten, Impfungen, sowie
- krankheitsbezogene Konzepte, z. B. zu Herz-Kreislauf-Krankheiten.

60. Eine Aufgabe der Präventionspolitik besteht in der intersektoralen und mehrere staatliche Handlungsebenen übergreifenden Zusammenarbeit. So haben z. B. für die Prävention der Gesundheitsprobleme Übergewicht und Adipositas neben der Ernährungspolitik die Sport- und Verkehrspolitik des Bundes, der Länder und Kommunen eine Bedeutung. Die Prävention möglicher Gesundheitsfolgen von Armut, z. B. bei Kindern und Jugendlichen, setzt ebenfalls eine Vernetzung von Initiativen und Akteuren etwa in der Bildungs-, Sozial- und Gesundheitspolitik voraus.

61. Für eine Orientierung der Kommunalpolitik am Ziel der ‚gesunden Stadt‘ bieten sich neben der Berücksichtigung von ‚Gesundheit‘ als Querschnittsthema in allen kommunalpolitischen Bereichen vor allem Konzepte an, die auf eine Gestaltung von Settings unterhalb der Handlungsebene der gesamten Stadt setzen. Auf diese Weise ergibt sich eine Hierarchie von Planungsebenen im ‚Setting Stadt‘:

Abbildung 3: Hierarchie von Planungsebenen im Setting-Ansatz

Setting Stadt					
Bezirk / Stadtteil / Quartier A			Bezirk / Stadtteil / Quartier B		
Betriebe und Verwaltungen		Bildungseinrichtungen		Einrichtungen des Gesundheitswesens	
Private Unternehmen bzw. Betriebe	Öffentliche Betriebe und Verwaltung	Schulen (der div. Schultypen)	Sonstige Bildungseinrichtungen	ÖGD/Gesundheitsamt	Krankenhäuser, Senioren- und Pflegeheime

Quelle: Eigene Darstellung

62. Aktivitäten im Setting sollten mit anderen präventiven Angeboten und Programmen abgestimmt werden. So können Schulen den Schulsport durch die Kooperation mit Sportvereinen stärken, um auch auf diese Weise ein attraktives Angebot zu erstellen und Kinder bzw. Jugendliche für sportliche Aktivitäten und einen aktiven Lebensstil zu gewinnen. Für Erwachsene können entsprechende Angebote u. a. im Rahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik konzipiert werden. Eine Vernetzung kommunaler Aktivitäten mit bevölkerungsbezogenen Kampagnen bietet höhere Erfolgsaussichten.

Evaluation und Qualitätssicherung

63. Für primärpräventive Interventionen, die aus Beitragsmitteln der GKV finanziert werden, gilt ebenso wie für kurative und rehabilitative Leistungen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§12 SGB V). Prinzipiell ist ein Nachweis der Effektivität und der Effizienz entsprechender Angebote und Initiativen zu fordern. Ein Qualitätskriterium ist dabei die Nachhaltigkeit von Interventionen.

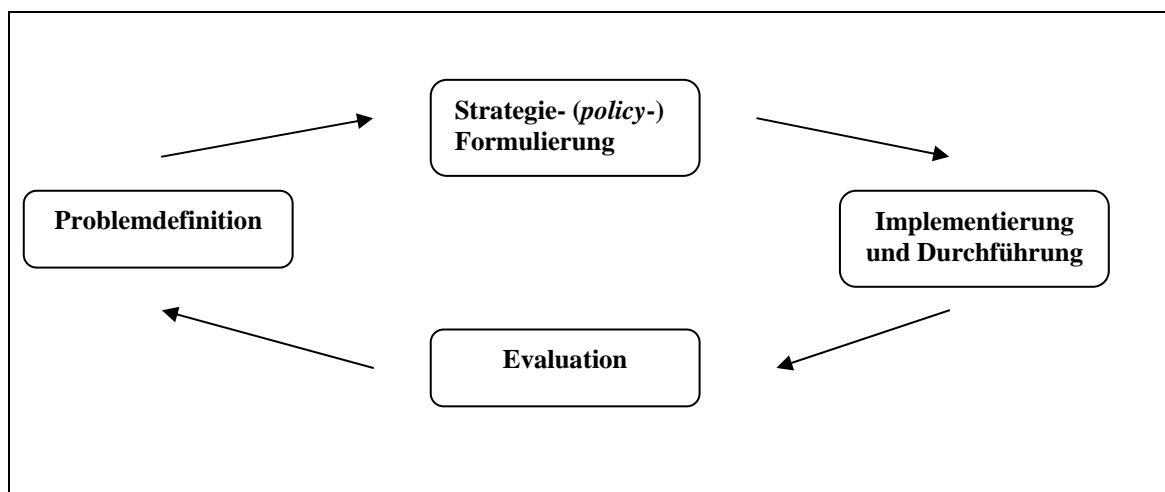
Soweit die GKV primärpräventive Interventionen auf der Basis von § 20 SGB V durchführt, muss die verfügbare Evidenz in die Interventionsplanung eingehen. Darüber hinaus sollten Krankenkassen aber komplexe und schwierig evaluierbare Interventionen selbst bei fehlendem Wirksamkeitsnachweis fördern, wenn

- für analoge Interventionen ein Wirksamkeitsnachweis vorliegt,
- die Wirksamkeit plausibel erscheint und
- eine professionelle Qualitätssicherung der Intervention gewährleistet ist,

ohne dabei prinzipiell auf einen Wirksamkeitsnachweis zu verzichten. Zur Erfahrungs- und Wissensakkumulation ist eine sorgfältige Dokumentation von Interventionen und Ergebnissen erforderlich. Um die Transparenz der aus Beitragsmitteln finanzierten Aktivitäten zu erhöhen, sollten Dokumentationen zeitnah in das Internet eingestellt werden.

64. Als Ausgangspunkt einer Systematisierung der Qualitätssicherung primärpräventiver Interventionen kann der *Public Health Action Cycle* dienen.

Abbildung 4: Public Health Action Cycle



Quelle: Eigene Darstellung

Die einzelnen Phasen dieses Zyklus lassen sich nicht immer trennscharf voneinander abgrenzen. Zu Überlappungen kommt es z. B. dann, wenn die mit der Evaluation beauftragten Experten in einer ‚entwicklungsorientierten‘ Evaluation bereits die Strategieformulierung und / oder die Implementation beeinflussen.

65. Es besteht kein Mangel an geeigneten Konzepten und Instrumenten zur Qualitätssicherung. Engpässe existieren eher in der Bereitschaft und Motivation der Akteure, diese Instrumente an die Bedingungen der jeweiligen Intervention anzupassen, u. U. auch in der Verfügbarkeit von Ressourcen. Eine ausreichende Motivation der Akteure zur Qualitätssicherung setzt aber voraus, dass Anforderungen nicht nur von außen an die Träger der Intervention herangetragen werden. Sie sollten vielmehr deren Anliegen und Problemwahrnehmung reflektieren und von ihnen mitgestaltet werden. Anderen-

falls können Anforderungsprofile dysfunktionale Prozesse wie die lediglich formale Abarbeitung von Prüfkriterien provozieren und ggf. sogar zur Qualitätsminderung führen. Die verfügbaren und noch zu entwickelnde Methoden der partizipativen Qualitätssicherung können dieser Gefahr entgegenwirken.

Ökonomische Anreize in der Primärprävention

66. Anreizstrukturen können die Umsetzung des Präventionsgedankens sowohl unterstützen als auch konterkarieren. Insofern sollten die Auswirkungen bzw. der Einsatz von ökonomischen Anreizstrukturen gerade in einem Bereich, der nach verbreiteter Einschätzung lange vernachlässigt wurde, überprüft und weiterentwickelt werden. Dieser Denkansatz stimmt mit dem Ziel einer *healthy public policy* überein, welche die Anliegen der Primärprävention in allen Lebensbereichen und Politikfeldern verankert.

67. Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen dem Preis und dem Konsum von Zigaretten führten zu dem Ergebnis, dass eine Erhöhung des Preises den Konsum tendenziell senkt. Die Studienlage spricht dafür, dass insbesondere Jugendliche und Angehörige sozial schwächerer Schichten ihren Zigarettenkonsum in Folge einer Preiserhöhung reduzieren. Eine Erhöhung der Tabaksteuer, die durch eine Preiserhöhung ganz oder anteilig auf die Konsumenten überwältigt wird, dient u. a. als ein Instrument der Primärprävention. Die im September 2005 anstehende weitere Erhöhung der Steuer auf Zigaretten entspricht daher präventiven Zielsetzungen. Die Nutzung des Instruments ‚Tabaksteuer‘ sollte allerdings im Rahmen einer Anti-Tabak-Kampagne durch komplementäre Maßnahmen, die vor allem auf die Werbung sowie die Distribution von Zigaretten und den Schwarzhandel zielen, ergänzt werden.

68. Das Preisniveau von Alkohol beeinflusst den Pro-Kopf-Verbrauch an Alkoholika und die mit dem Alkoholkonsum verbundenen Gesundheitsfolgen. Daher erscheint die Schlussfolgerung möglich, dass die Besteuerung alkoholischer Getränke zur Reduktion des Alkoholkonsums beiträgt und dass sich Alkoholsteuern positiv auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung auswirken.

Im Zuge von weiteren Überlegungen zur Besteuerung alkoholhaltiger Produkte sollte auch geprüft werden, ob die z. Zt. uneinheitliche Besteuerung des Alkoholkonsums durch eine einheitliche Alkoholsteuer substituiert werden kann. Ihre Bemessung könnte sich, unabhängig von der Art des Produkts, ausschließlich an der absoluten Alkohol-

menge je verkaufter Einheit (Flasche, Packung) orientieren. Auf diese Weise würden bisher nicht besteuerte Produkte wie Wein in die Besteuerung einbezogen und Anreize für Ausweichreaktionen bei der Kreation von Mischgetränken verringert. Die Abschaffung mehrerer Verbrauchssteuern auf Alkohol leistet zugleich ein Beitrag zur Vereinfachung des Steuersystems. Allerdings kann eine differenzierte Besteuerung aus einer präventionspolitischen Perspektive auch Vorteile bieten, z. B. wenn relativ hohe Steuersätze zum Rückgang des Konsums in bestimmten Zielgruppen, etwa bei Jugendlichen, führen.

69. Gesetzliche Krankenkassen haben Bonus-Modelle für ein ‚gesundheitsbewusstes Verhalten‘ auf der Basis von §65a SGB V konzipiert und umgesetzt. Eine fundierte Bewertung der laufenden Programme setzt noch zu erstellende Evaluationen voraus. Nach geltender Rechtslage müssen Aufwendungen für Boni mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden. Krankenkassen haben gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens aber alle drei Jahre, Rechenschaft über diese Einsparungen abzulegen. Zukünftige Überlegungen zum Einsatz von Boni, die der Rat auch in früheren Gutachten befürwortet hat, sollten an den in einigen Jahren vorliegenden Erfahrungswerten und Evaluationsergebnissen anknüpfen.

70. Ein gemeinsames Vorgehen von Krankenkassen auch unterschiedlicher Kassenarten erleichtert in vielen Fällen die Durchführung von Setting-Projekten. Den Krankenkassen stehen noch relativ wenige Wettbewerbsparameter zur Verfügung. Insofern besteht ein Anreiz, primärpräventive Interventionen in erster Linie unter dem Gesichtspunkt der Öffentlichkeitswirkung zu bewerten, in der Regie einzelner Krankenkassen durchzuführen und primär auf die Zielgruppe ‚guter Risiken‘ im Sinne eines für die Krankenkasse günstigen Verhältnisses von Einnahmen und Ausgaben zu fokussieren. Dies kann zur Bevorzugung von Settings führen, die sich nicht zum Erreichen des Ziels einer Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen eignen.

Anreize für Anbieter im Gesundheitssystem

71. Krankenhäuser bilden Zentren von regionalen Versorgungssystemen und nehmen für das Gesundheitswesen bedeutende Funktionen wahr, u. a. in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen. Aus diesem Grund, und um das Gesundheitsmanagement in diesen vergleichsweise komplexen Betrieben weiter zu verbessern, sollte die Primärprävention nach dem Setting-Ansatz insbesondere auch in Krankenhäusern gestärkt werden.

Anreize zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus ließen sich u. a. durch eine Berücksichtigung gesundheitsfördernder Aktivitäten in Pflegesatzvereinbarungen zwischen den Krankenhausträgern und Verbänden der Krankenkassen setzen. Ein mögliches Problem besteht aber in der Zuweisung von Kompetenz und Verantwortung zu unterschiedlichen Entscheidungsträgern bei den Krankenkassen - für betriebliche Gesundheitsförderung zum einen und für Krankenhausversorgung und Pflegesatzverhandlungen zum anderen.

72. Defizite in der Primärprävention bestehen auch im Impfverhalten. Neben Informations- und Motivationsdefiziten wurde eine zu geringe Honorierung der Impfleistung als ein möglicher Grund genannt, obwohl Impfleistungen z. T. extrabudgetär vergütet werden. Daher sollten neben der Bereitstellung von Informationen auch zusätzliche bzw. andere finanzielle Anreize erwogen werden, um bessere Durchimpfungsraten zu erzielen.

Prädiktive genetische Diagnostik

73. Die Verfügbarkeit von Tests in der modernen prädiktiven Gendiagnostik wird voraussichtlich durch die DNA-Chip-Technologie erhöht, die es erlaubt, zahlreiche Tests in automatisierten Arbeitsschritten durchzuführen. Gentests können unter diesen Umständen bei einer ausreichenden Zahl an Untersuchungen auch bei geringer Vergütung durch gesetzliche Krankenkassen bzw. private Versicherungsunternehmen angeboten werden. Bei einer derartigen Entwicklung können sich noch nicht befriedigend gelöste ethische und rechtliche Probleme der Qualitätssicherung in Gendiagnostik und humangenetischer Beratung ggf. weiter verschärfen.

74. Für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz sind vor allem multifaktorielle Krankheitsprozesse von Bedeutung, für deren Abklärung es noch keine Gentests gibt. Vorbehalte gegenüber präventiven Gentests in der Arbeitsmedizin und im Arbeitsschutz sind durch

das grundsätzliche Risiko einer Diskriminierung sowie insbesondere durch die Möglichkeit begründet, dass Maßnahmen des Arbeitsschutzes durch eine Auswahl bestimmter Arbeitnehmer mit ‚geeigneter‘ genetischer Disposition substituiert werden. Regelungsbedarf kann im Hinblick auf das Fragerecht des Arbeitgebers, Mitteilungspflichten des Arbeitnehmers, den Einsatz von Gentests in Einstellungsuntersuchungen und den Umgang mit personenbezogenen Daten entstehen.

75. Obwohl eine verbesserte Kenntnis der genetischen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit im Prinzip neue Chancen der Prävention und Kuration eröffnen kann, sind der praktischen Nutzung der prädiktiven genetischen Diagnostik für die primäre Prävention doch auf mehrfache Weise Grenzen gesetzt:

- Zahlreiche Krankheiten sind multifaktoriell verursacht. Den Lebens- und Arbeitsbedingungen, den jeweiligen Belastungsfaktoren und Ressourcen kommt eine hohe Bedeutung für die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten zu. Insofern erscheint es als zielführend, die genetische Konstitution als ein Element der Bilanz von Belastungen und Ressourcen zu verstehen, welche die Gesundheitschancen bestimmt. Die Konstellation von Ressourcen und Belastungen lässt sich durch unterschiedliche primärpräventive Interventionen sowie durch sozial- und wirtschaftspolitische Initiativen und Entwicklungen beeinflussen.
- Selbst wenn genetische Tests im Zusammenhang mit weiteren Einflussvariablen Wahrscheinlichkeitsaussagen ermöglichen, stehen vielfach keine geeigneten bzw. keine anderen als die bereits bekannten Interventionen zur Verfügung.
- Die Verwendung der genetischen Diagnostik kann nicht allein aus der Perspektive der Präventionspolitik bewertet werden. Sie berührt auch andere Aspekte der Gesundheits- und Sozialpolitik, z. B. ordnungspolitische Voraussetzungen der Krankenversicherung (Kontraktionszwang, Prämiengestaltung), und weitere Lebensbereiche und Politikfelder.

Primärprävention als gesellschaftliche Chance und Aufgabe

76. ‚Gesundheit‘ ist ein gesellschaftliches Leitthema mit zunehmender politischer und wirtschaftlicher Bedeutung. Die Entwicklung einer zeitgemäßen und nachhaltigen Primärprävention zur Stärkung und zum Erhalt von ‚Gesundheit‘, ohne dass sekundär-

bzw. tertiärpräventive oder kurative Interventionen notwendig werden, ist eine zentrale Entwicklungsaufgabe der gesamten Gesellschaft.

77. Gesundheitswissenschaftliche Forschung und Praxis haben in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten deutliche Fortschritte gemacht. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die Erklärung von Wirkungsketten zwischen der sozialen Umwelt, Lebensstilen, gesundheitsrelevantem Verhalten und Erkrankung als auch bei der Entwicklung von Interventionen zum Belastungsabbau bzw. zur Ressourcenstärkung. Nach wie vor besteht aber Forschungsbedarf zur Entstehung und zum Abbau von Gesundheitsrisiken. Die Wissenslücken sind umso größer, je mehr es um Einflüsse und Interventionen geht, die weniger das einzelne Individuum als vielmehr soziale Umwelten und ihre Bedeutung für die Prävention betreffen.

Insoweit sich Prävention auf die Minderung der Eintrittswahrscheinlichkeit definierter Krankheiten bezieht, fußt Präventionsforschung vor allem auf medizinischen bzw. epidemiologischen Erkenntnissen. Die Konzeption, Erprobung und Qualitätssicherung von Interventionen erfordert aber sozialwissenschaftliche Kompetenz und zumeist auch interdisziplinäre Zusammenarbeit. Weil das Fach Gesundheitswissenschaften/Public Health erst seit den 1990er Jahren wieder an deutschen Universitäten verankert wurde, besteht noch ein erheblicher Bedarf an Wissens- und Erfahrungstransfers aus anderen Ländern.

78. Trotz der Wissens- und Forschungslücken ist festzustellen, dass die Praxis der Prävention noch hinter dem verfügbaren Wissen zurückbleibt. Dies zeigt sich in der Verwendung von Methoden und Instrumenten der Risikoinformation und –aufklärung, deren geringe Wirksamkeit bekannt ist, und in dem noch zu seltenen Einsatz kontextbezogener Ansätze, die – etwa im Rahmen eines Settings – auf die Wechselbeziehung zwischen Lebens- (und Arbeits-)bedingungen und gesundheitsrelevanten Einstellungen bzw. Verhaltensweisen abstellen und die sich der Unterstützung der Zielgruppen durch deren aktive Einbeziehung versichern.

79. Nachhaltige Primärprävention setzt voraus, dass die Akteure in der Politik, in zuständigen Ministerien, in der Sozialversicherung und vor allem in den Interventionsbereichen (z. B. öffentliche Verwaltungen, private Unternehmen, Bildungseinrichtungen wie Schulen und andere Lebensbereiche) erkennen, dass Gesundheitschancen und Erkrankungswahrscheinlichkeiten von zahllosen Entscheidungen abhängen, mit denen sie für sich und andere die Voraussetzungen für bzw. die Möglichkeit von Gesundheit beeinflussen. Eine Aufgabe der Gesundheitspolitik besteht darin, durch Kooperation und

Kommunikation die Voraussetzungen dafür zu verbessern, dass gesundheitsrelevante Entscheidungen in den verschiedenen Lebensbereichen und auf allen Ebenen verantwortungsbewusst getroffen werden.

5. Schnittstellen zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung

80. In den vergangenen Jahren wurden im deutschen Pflegewesen erkennbare Entwicklungsfortschritte erreicht. Dazu zählen der quantitative Ausbau ambulanter pflegerischer Angebote ebenso wie Erfolge bei der Pflegequalitätssicherung, u. a. durch neue gesetzliche Vorgaben (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz) oder die Erarbeitung nationaler Expertenstandards für zentrale Pflegeleistungen (u. a. Standard zur Dekubitus- und Sturzprophylaxe). Die eingeleiteten Ausbildungsreformen sowie die Verankerung der Disziplin Pflege im Hochschulwesen führten zum Abbau von Qualifizierungsdefiziten und steigerten die Attraktivität des Berufsbildes. Veränderte Ausbildungsinhalte, -formen und -qualitätsstandards sowie das gewachsene wissenschaftliche Potenzial sind unverkennbare Indizien für eine fortschreitende Professionalisierung in Teilbereichen der Pflege.

Andererseits ist die Pflegerealität immer noch und immer wieder neu von ausgeprägten Defiziten gekennzeichnet. Diese umfassen inakzeptable Mängel in elementaren Bereichen wie der Grundpflege, Ernährung und Mobilität als auch Versorgungslücken etwa bei der Betreuung Demenzkranker, psychisch Kranker, Sterbender oder Schwerstkranker mit Bedarf an Medizintechnik. Hinzu kommen Probleme in den Bereichen, in denen sich medizinische und pflegerische Versorgung überschneiden. Von einer Umsetzung wirklich innovativer Konzepte in die Pflegepraxis (*„primary nursing“*, *„home care“*, Beteiligung an Modellen der integrierten Versorgung) kann heute ebenso wenig gesprochen werden wie von einer flächendeckenden flexiblen und an Nutzerbedürfnissen orientierten Pflegeversorgung.

81. Pflege ist eines der zentralen gesellschaftlichen Handlungsfelder der Zukunft. Für ihre Entwicklung ist es notwendig, die Nachhaltigkeit des begonnenen Modernisierungsprozesses zu gewährleisten und gleichzeitig strukturelle Defizite abzubauen. Eine Herausforderung besteht darin, junge Menschen für die Pflegeberufe zu gewinnen und ihre Ausbildung sowie ihren Einsatz mit Blick auf die spezifischen Bedarfslagen Pflegebedürftiger zu optimieren. Jede Reform des Pflegeversicherungsgesetzes, die diese Zusammenhänge nicht berücksichtigt, greift zu kurz.

82. Die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit durch eine Sozialversicherung war in der alternden Gesellschaft Deutschlands ein wichtiger gesundheits- und sozialpolitischer Schritt. Er führte zu zahlreichen Entwicklungsimpulsen für die Pflege und verbesserte die Versorgung vor allem alter und chronisch kranker Menschen. Unabhängig von dieser Einschätzung ist der Reformbedarf in der Pflegeversicherung heute evi-

dent. Abgesehen von der Finanzierungsgrundlage der Versicherung und der Entwicklung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Pflege, stehen insbesondere Fragen der Qualität und der Abbau von Unterversorgung z. B. bei Demenzkranken, behinderten Menschen, Schwerkranken nach vorzeitiger Krankenhausentlassung oder Sterbenden im Vordergrund.

Die demographische Entwicklung führt dabei zu zwei Konsequenzen: zum einen wird die vorhandene Versorgungslandschaft der prognostizierten Zunahme an Pflegebedarf in den kommenden Jahrzehnten nicht Stand halten können und zum anderen wird der Mehrbedarf an Pflege mit steigenden Ausgaben verbunden sein, die entweder höhere Beitragssätze in der Versicherung nach sich ziehen und/oder mit dem Sinken des Leistungsniveaus einhergehen. Diese Entwicklung wird auch dann nicht wesentlich abgemildert, wenn eine weitere Verbesserung der Gesundheit nachrückender Generationen erreicht werden kann. Eine Reform der Pflegeversicherung muss zu einer nutzerorientierten und ausdifferenzierten Pflegeversorgung führen, die sich nicht länger an einem nur somatisch angelegten Pflegeverständnis orientiert. Sie sollte in einem Gesamtkonzept von Maßnahmen für eine älter werdende Gesellschaft stehen.

83. In Zukunft bedarf sowohl das Risiko, pflegebedürftig zu werden, als auch die Prävention von Pflegebedürftigkeit verstärkter gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Aufmerksamkeit. Dabei wird die selbst organisierte und finanzierte Vorsorge voraussichtlich mehr als bislang die solidarische Absicherung ergänzen müssen. Dabei geht es nicht allein um eine finanzielle Absicherung des Risikos Pflegeabhängigkeit, sondern ebenso um die Entwicklung eines Bewusstseins dafür, dass Pflegebedürftigkeit kein unabwendbarer Zustand ist, der sich z. B. durch Lebensstil oder Anpassung des Wohnumfeldes verhindern oder zumindest in seiner Schwere verringern bzw. verzögern lässt. Politisch muss die Debatte zu Umverteilungsprozessen in die Langzeitpflege und Betreuung chronisch Kranker aufgenommen werden und neue Akzente der gesundheitlichen Versorgung in der altersgewandelten Gesellschaft setzen (vgl. hierzu auch Gutachten 2000/2001, Bd. III.1, Abs. 7.4.1).

84. Alle Reformvorschläge sollten auf Generationengerechtigkeit geprüft werden. Die Postulate der Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit verlangen, dass zukünftige Generationen bei vergleichbarer Abgabenlast vergleichbare Leistungen von der Versichertengemeinschaft erhalten wie die heutige Generation. Im Sinne einer Geschlechtergerechtigkeit sollte mit den künftigen gesetzlichen Rahmenbedingungen auch angestrebt werden, die Aufgaben der Pflege solidarischer zwischen den Geschlechtern zu teilen. Heute tragen

vor allem Frauen (Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter) die – oft sehr hohen – Belastungen der häuslichen Pflege Familienangehöriger.

Umgestaltung des Versicherungszweiges

85. In der Kranken- und Pflegeversicherung werden vergleichbare Lebensrisiken versichert. Die organisatorische Trennung der teilweise wettbewerblich ausgerichteten GKV von der nichtwettbewerblich organisierten sozialen Pflegeversicherung (SPV) bringt erhebliche Nachteile für die Nutzer. Sie ermöglicht Verschiebungen der Kosten zwischen beiden Versicherungszweigen und führt in vielen Fällen zu unklaren Zuständigkeiten, die die Versorgung des Pflegebedürftigen erheblich erschweren können.

Table 2: Gegenüberstellung der Organisationsunterschiede der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung

Gesetzliche Krankenversicherung	Soziale Pflegeversicherung
,Vollkasko'-Versicherung	,Teilkasko'-Versicherung
Risikostrukturausgleich	ausgabenorientierter Finanzausgleich
wettbewerbliches System	nichtwettbewerbliches System
Festlegung des Beitragssatzes durch die jeweilige Krankenkasse (bei gleicher Beitragsbemessungsgrenze)	Festlegung des Beitragssatzes durch den Gesetzgeber (bei gleicher Beitragsbemessungsgrenze)
Leistungen nach dem Bedarfsprinzip	Leistungen nach dem Budgetprinzip
Heterogenität in der Ausgestaltung der Vertragsverantwortlichkeiten (unterschiedliche Vertragsausgestaltung auf Landesebene, Modellprojekte usw.)	gemeinsames und einheitliches Vorgehen in der Ausgestaltung der Vertragsverantwortlichkeiten (die einzelne Pflegekasse verfügt nicht über eigene Entscheidungsspielräume)
in der Regel Leistungsgewährung bei Inanspruchnahme (implizite Leistungsgewährung)	Leistungsgewährung nach Antrag und Begutachtung (explizite Leistungsgewährung)
sektorale Budgetierung	Gesamtbudget
geringe Wahlmöglichkeiten bei den Leistungen	größere Wahlmöglichkeiten bei den Leistungen (Sach- oder Geldleistungen in der ambulanten Versorgung, ambulante oder stationäre Versorgung)

Quelle: Eigene Darstellung

86. Durch den kassenübergreifenden Finanzausgleich müssen Pflegekassen nicht auf die Effizienz der erbrachten Maßnahmen achten. Ein effizienzfördernder Wettbewerb über die Beitragssätze wird durch die Festsetzung eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes ausgeschlossen. Pflegekassen besitzen nicht nur keine Anreize, wirtschaftlich zu handeln, sie verfügen auch im Vertragsbereich über keine Entscheidungsmöglichkeiten. Bei der Weiterentwicklung der SPV sollten die Potenziale des Wettbewerbs angemessen genutzt werden. Die gesetzlich festgeschriebenen Wirtschaftlichkeitsgebote reichen zur notwendigen Effizienz- und Qualitätssteigerung nicht aus. Es besteht aus Sicht der Kassen ein Interesse, Ausgaben in die Pflegeversicherung zu verschieben. Folgende Gesichtspunkte sprechen mittelfristig für eine engere Verzahnung von GKV und SPV:

- das Nebeneinander der GKV und der SPV ist nicht effektiv, da strukturell ähnlich gelagerte Risiken abgesichert werden,
- bei älteren Versicherten kommt es oft zu Überschneidungen der Ansprüche aus beiden Versicherungszweigen,
- Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit werden aufgrund verschiedener ökonomischer Anreizstrukturen unzureichend ergriffen,
- Chancen für die Etablierung von Modellen der integrierten Versorgung werden kaum genutzt und
- die anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen erleiden erhebliche Nachteile, wenn Leistungen von der GKV in die budgetierte SPV verschoben werden.

87. Diese gewichtigen Schnittstellenprobleme legen langfristig eine Integration von GKV und SPV nahe. Die Integration der SPV in ein wettbewerbliches Versicherungssystem setzt allerdings einen funktionsfähigen, morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) voraus. Bei seiner Konstruktion können die Erfahrungen mit dem RSA in der GKV als nützliche Informationsgrundlage dienen. Die Integration dieser beiden sozialen Versicherungszweige löst zwar insofern nicht alle Schnittstellenprobleme, als der Interessenkonflikt zwischen den Versicherten und den Krankenkassen wegen des ‚Teilkaskocharakters‘ der SPV in vielen Fällen bestehen bleiben wird. Die Versicherten verfügen jedoch in einem wettbewerblichen System über die Möglichkeit, auf die Entscheidungen der Krankenkassen Einfluss zu nehmen, d. h. mit einem Kassenwechsel zu drohen bzw. zu reagieren. Sofern die GKV über einen Wegfall der Versicherungs-

pflichtgrenze zu einer sog. Bürgerversicherung erweitert würde – wofür ein Teil des Rates plädiert –, bietet sich im Falle der Integration dieser beiden Versicherungszweige auch eine entsprechende Ausgestaltung der SPV an. Analog hierzu würde der Übergang zu kassenspezifischen Gesundheitspauschalen in der GKV auch – was ein anderer Teil des Rates befürwortet – eine entsprechende Finanzierung der SPV nahe legen.

Auch unabhängig von einer Integration dieser beiden Versicherungszweige, d. h. bei Fortbestehen einer eigenständigen SPV im derzeitigen Ordnungsrahmen, sprechen Effizienzaspekte für eine wettbewerbliche SPV mit einem Risikostruktur- statt eines Finanzausgleichs. Ein Teil des Rates plädiert auch in diesem Fall für die Einführung einer Bürgerversicherung, ein anderer Teil für eine Gesundheitspauschale.

88. Wie schon vom Rat im Rahmen der Finanzierung der GKV empfohlen, sollten die Versichertenbeiträge auf alle Einkunftsarten ausgeweitet, der Beitrag des Arbeitseinkommens jedoch weiter paritätisch finanziert werden. Die Familienmitversicherung – auch vor dem Hintergrund des Bundesverfassungsgerichtsurteils – als sinnvoll erachtet. Empfohlen wird das Splitting des gemeinsamen Arbeitsentgeltes bzw. Einkommens mit anschließender Anwendung des hälftigen Beitragssatzes auf beide Entgeltteile. Dieses Verfahren führt bei einem Einkommen des berufstätigen Partners bzw. bei zwei Einkommen nach Splitting unter der Beitragsbemessungsgrenze zu keiner zusätzlichen Belastung. Das Splittingverfahren belastet im Vergleich zur geltenden Regelung nur solche Familien stärker, bei denen das Arbeitsentgelt des erwerbstätigen Partners die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt, und solche, bei denen das Arbeitsentgelt des einen Partners über und das des anderen Partners unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt (vgl. Gutachten 2003, Bd. I, Kapitel 2).

89. Die Zahlungen der Pflegeversicherung belaufen sich pro Monat im Rahmen der Pflegestufe I für stationäre Pflege mit 1.023 € auf mehr als das Doppelte im Vergleich zu ambulanten Sachleistungen mit 384 € und auf das Fünffache im Vergleich zum Pflegegeld mit 205 €. Diese erheblichen Finanzierungsunterschiede setzen starke Anreize zur stationären Pflege, was weder fiskalischen noch pflegerischen Zielsetzungen entspricht. Um hier stärkere Anreize zur ambulanten Pflege zu setzen, bieten sich prima vista zwei extreme Lösungen an, die jedoch jeweils mit bestimmten (unterschiedlichen) Zielen in Konflikt stehen. Eine radikale Kürzung der Zahlungen für die stationäre Pflege auf das derzeitige Niveau für ambulante Pflege würde wieder mehr Pflegebedürftige von der Sozialhilfe abhängig machen. Eine solche Entwicklung liefe einem zentralen Ziel der Einführung der Pflegeversicherung zuwider. Umgekehrt scheitert eine

Anhebung der Leistungen für ambulante Pflege auf das derzeitige Niveau für stationäre Pflege an fiskalischen Restriktionen. Ein sinnvoller (Mittel-)Weg zur Lösung der Anreizproblematik, die sich vor allem auf der ersten Pflegestufe stellt, besteht darin, hier die Sätze im ambulanten Bereich etwas anzuheben und im stationären etwas abzusenken.

90. Im stationären Bereich verbleibt den Pflegebedürftigen ein zu finanzierender Eigenanteil, der sich als Differenz aus den Preisen des Pflegeheims und den jeweiligen Leistungen der Pflegeversicherung ergibt. Dieser Eigenanteil der Pflegebedürftigen nimmt in den alten Bundesländern von der Pflegestufe I mit ca. 1.100 € über die Pflegestufe II mit ca. 1.280 € bis zur Pflegestufe III mit ca. 1.580 € spürbar zu. Diese von der Höhe der Pflegestufe abhängige Zunahme des Eigenanteils der Pflegebedürftigen lässt sich verteilungspolitisch nicht begründen, denn Betroffene verfügen unabhängig von ihrer Einstufung in eine bestimmte Pflegestufe über jeweils gleich bleibende persönliche Einkünfte. Sowohl dieser verteilungspolitische Effekt eines in den Pflegestufen annähernd gleichen Eigenanteils der Pflegebedürftigen als auch die allokativen Anreizprobleme zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich sprechen für eine aufkommensneutrale Umschichtung der Mittel im stationären Bereich, d. h. für eine spürbare Anhebung der Leistungen in Pflegestufe III und eine moderate Absenkung in Pflegestufe I. Die vorgeschlagene Erhöhung des Leistungsumfangs um 200 € in der Pflegestufe III erfordert bei Aufkommensneutralität in der Pflegestufe I nur eine Absenkung um 50,43 €, da diese Pflegestufe eine erheblich höhere Besetzung aufweist.

91. Die seit Einführung der Pflegeversicherung konstanten nominalen Beträge unterliegen einem permanent sinkenden Realwert. Dies gilt im Pflegebereich umso mehr, als hier der spezifische Preisindex, vornehmlich wegen der eingeschränkten Möglichkeiten einer Kapitalintensivierung, die allgemeine Inflationsrate übersteigt. Die Sicherung eines konstanten Realwerts der nominalen Beträge erfordert daher deren Dynamisierung mit einem speziellen Preisindex für Pflegeleistungen, der um etwa einen Prozentpunkt über der allgemeinen Inflationsrate liegt. Bei den stationären Sätzen sollte diese Dynamisierung mit der Gültigkeit der entsprechenden Reform in Kraft treten, bei den ambulanten Sätzen in der Pflegestufe I rückwirkend ab dem Einführungsjahr der Pflegeversicherung erfolgen. Die stärkere Anhebung der Sätze in der Pflegestufe I im ambulanten Bereich setzt weitere Anreize zur Versorgung der Pflegebedürftigen im privaten Umfeld bzw. schwächt die derzeitigen Anreize ab, die in die umgekehrte Richtung wirken. Zusammen mit der leichten Absenkung der stationären Leistungen in Pflegestufe I reduziert die weitergehende Dynamisierung der ambulanten Leistungen hier das bisherige

Missverhältnis von 1.023 € zu 384 € bzw. 205 € auf 972 € zu 439 € bzw. 234 € (siehe Tabelle 3). Die weitergehende Dynamisierung der ambulanten Leistungen, die sich nicht aufkommensneutral finanzieren lässt, verursacht einen finanziellen Mehrbedarf von ca. 708 Mio. €, was ca. 0,1 (genau: 0,074) Beitragssatzpunkten entspricht. Diese geringfügige Steigerung des Beitragssatzes erscheint gerechtfertigt, wenn es darum geht die SPV funktionsfähig zu erhalten.

Tabelle 3: Auswirkungen der Dynamisierung und der Umschichtung der Mittel im stationären Bereich bei Einführung im Jahr 2006

	Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III	
	Derzeit	Ab 2006	Derzeit	Ab 2006	Derzeit	Ab 2006
Leistungen bei häuslicher Pflege (Pflegegeld)	205 €	234 €	410 €	469 €	665 €	760 €
Leistungen bei häuslicher Pflege (Pflegetaschengeld)	384 €	439 €	921 €	1.053 €	1.432 €	1.638 €
Leistungen bei stationärer Pflege	1.023 €	972 €	1.279 €	1.279 €	1.432 €	1.632 €

Quelle: Eigene Berechnungen

92. Im bisher nichtwettbewerblichen System der Pflegeversicherung könnten Wettbewerbselemente den Pflegebedürftigen zu Gute kommen. Wenn Pflegekassen mit einzelnen Pflegeheimen oder Pflegeheimketten für ihre Versicherten besondere Tarife aushandeln, verringern sie den Eigenanteil der Versicherten. Jeder Versicherte erhält jedoch die Möglichkeit, sich auch für einen anderen Anbieter zu entscheiden, muss dann allerdings einen höheren Eigenanteil in Kauf nehmen.

93. Die Pflegeheime könnten ihrerseits in Zukunft flexiblere Pflegeangebote vorhalten, die es gestatten, Betreuungsleistungen von Angehörigen in die Heimpflege zu integrieren oder Betreuungspakete von außen mit der Heimbetreuung zu vernetzen. So könnte eine differenzierte Leistungs- und Preisstruktur entstehen und gleichzeitig die strenge Trennung von ambulanter und stationärer sowie häuslich familialer Betreuung aufgehoben werden.

94. Bei der Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils zur Entlastung der Erziehenden im Beitragssystem der Pflegeversicherung ist der generative Beitrag der Eltern zu honorieren. Erziehende sollten nicht generell und einheitlich, sondern in Zusammenhang mit der Anzahl der Kinder entlastet werden. Der alleinige Ausgleich im System der Pflegeversicherung wirft eine Reihe von Fragen auf und verursacht administrative Kosten. Für einen partiellen Ausgleich der finanziellen Belastungen bietet sich das Steuersystem an. Zudem trug das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber auf, alle Sozialversicherungszweige auf Verwerfung durch die Last der Kindererziehung zu überprüfen.

Rehabilitation vor Pflege

95. Das übergeordnete Ziel, pflegebedürftigen Menschen ein Leben in ihrer vertrauten Umgebung mit Chancen auf Selbstbestimmung und möglichst weitreichende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, ist im Rahmen der Pflegeversicherung bisher nur in beschränktem Umfang umgesetzt worden. Dieses Ziel sollte vor allem durch den Vorrang von Rehabilitationsmaßnahmen vor den Leistungen der Pflege sowie den Vorrang ambulanten vor stationärer Pflege erreicht werden. Doch gerade bei älteren Menschen wird das Präventions- und Rehabilitationspotenzial bisher unzureichend berücksichtigt (vgl. Gutachten 2000/2001, Kap. 2; 2003, Kap. 5) (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Häufigkeit der Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegegutachten (in Prozent)

	Personen aller Altersgruppen	Personen ab 60 Jahren
Krankengymnastik	11,5 bis 15,3	6,6
Ergotherapie	2,1 bis 3,2	0,7
Logotherapie	1,2 bis 2,3	0,8
sonstige Rehabilitationsmaßnahmen	4,7 bis 5,4	keine Angaben

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Plute, G. (2002)

96. Die Chance, durch Prävention und Rehabilitation Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu mindern oder hinauszuzögern, wird bislang unzureichend genutzt. Die aktuelle

Ausgestaltung des Versicherungssystems schränkt die bestehenden präventiven und rehabilitativen Möglichkeiten, der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, ungewollt ein. Für Krankenkassen besteht der Anreiz, Leistungen auf die Pflegeversicherung zu verlagern. Sie selbst besitzen nur dann ein Interesse an präventiven und rehabilitativen Maßnahmen, wenn sich deren Erfolge in der GKV und nicht als externe Effekte in der SPV niederschlagen. Sie handeln rational, wenn sie sich an der Schnittstelle für ineffiziente Lösungen entscheiden, die auch den Interessen der Versicherten zuwiderlaufen. Rehabilitation sollte von dem Träger finanziert werden, der auch den Nutzen für den Erfolg der Maßnahme trägt. Nur so geht die Last der Finanzierung mit einem Interesse an einem potenziellen Präventions- bzw. Rehabilitationserfolg einher. Daraus folgt die Forderung nach der Anerkennung der Pflegekassen als Rehabilitationsträger. Eine solche Entscheidung hebt die Trennung von Finanzierungslast und Erfolgsinteresse bei der geriatrischen Rehabilitation auf und überträgt die Verantwortung für die geriatrische Rehabilitation den Pflegekassen.

97. Dieses Schnittstellenproblem zwischen Kranken- und Pflegekassen bei Rehabilitation lässt sich auch durch die Bildung eines übergreifenden Budgets für Pflegebedürftige lösen. Dieses Budget ist bei den Pflegekassen anzusiedeln, und seine Mittel sind nach den gutachterlichen Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zu bewilligen. Bei jeder zukünftigen Einstufungsbegutachtung sollte das rehabilitative Potenzial der Pflegebedürftigen in die Begutachtung eingehen. Durch den Pflegebescheid sollten die Rehabilitationsempfehlungen dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen sowie dem Hausarzt mitgeteilt werden. Der Hausarzt kann dann zusammen mit dem Anspruchsberechtigten einen Antrag auf Rehabilitation stellen.

98. Auch auf Seite der Pflegebedürftigen sind die Anreize für Prävention und Rehabilitation falsch gesetzt. Ausgeschöpfte Rehabilitationspotenziale können für die Betroffenen zwar mit einer gesundheitlichen und funktionellen Verbesserung und damit mit einer Steigerung an Lebensqualität einhergehen, führen aber, wenn es zu einer anderen (verbesserten) Einstufung der Pflegebedürftigkeit kommt, zwangsläufig zu Leistungskürzungen. Dieser Umstand kann die Motivation der Pflegebedürftigen, Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, einschränken. Es erscheint daher zielführend, die Bereitschaft zur Rehabilitation bei Erfolg materiell zu fördern, indem z. B. die Pflegestufe bei einer Zustandsverbesserung frühestens nach sechs Monaten korrigiert oder die Differenz zwischen den Pflegestufen dem Pflegebedürftigen in einem Betrag ausgezahlt wird.

99. Die Pflege selbst konnte, z. B. durch bestehende Ausbildungsmängel, die Reformansätze ‚Reha vor Pflege‘ nicht adäquat umsetzen. Darüber hinaus folgt der einseitige Vorrang von Rehabilitation vor Pflege einem sequenziellen Verständnis eines Krankheitsverlaufs, der den Zuständen chronisch Kranker und Pflegebedürftiger nicht gerecht wird (vgl. Gutachten 2003, Kapitel 5). Rehabilitation und Prävention müssen zukünftig als integrale Bestandteile pflegerischer Arbeit implementiert werden. Dies ermöglicht, die Ressourcen Pflegebedürftiger mit Hilfe der Rehabilitation zu fördern und zu erhalten und die professionell vorhandenen rehabilitativen Potenziale der Pflege zu nutzen.

100. Modellprojekte zu trägerübergreifenden persönlichen Budgets, wie sie das Gesetz jetzt ermöglicht, bieten die Chance, einen noch flexibleren persönlichen Umgang mit den Leistungen der Pflegeversicherung zu erproben. Die Pflegebedürftigen sollten das Case Management nicht - wie jetzt vorgesehen - selbst finanzieren müssen.

101. Für die Prävention der Pflegeabhängigkeit sind auch die Kommunen und Länder mitverantwortlich. Ihnen fällt die Aufgabe zu, die notwendige Infrastruktur zu schaffen und zu erhalten. Dies umfasst die Wohngebäudeausgestaltung, die Bereitstellung gemeindenaher Dienste für Hilfeleistungen, die nicht Gegenstand der Pflege oder der Pflegeversicherung sein können, aber auch die Stärkung und Unterstützung ehrenamtlichen Engagements.

Qualitätssicherung in der Pflege

102. Die Pflege hat, wie auch andere Gesundheitsberufe, in den letzten Jahren ihre Bemühungen im Bereich der Qualitätssicherung ausgebaut und Erfolge erzielen können. Dennoch besteht eine erhebliche Varianz zwischen Einrichtungen und Regionen. Entscheidende Maßstäbe für Pflegequalität sind die Erhaltung der Selbstbestimmung pflegeabhängiger Menschen und ihre Teilhabe am Leben der Gesellschaft. Die Qualitätsentwicklung dient aus diesem Grund der verbesserten Versorgung Pflegebedürftiger. Es mangelt aber bisher an nutzerdefinierten Qualitätskriterien. Erst der Aufbau eines entsprechenden empirischen Basiswissens würde es ermöglichen, Qualitätskriterien aus der Nutzerperspektive zu entwickeln. Dieser Aufgabe sollte sich insbesondere der ‚Runde Tisch Pflege‘ widmen, denn mit der Einrichtung dieser Initiative durch die Bundesministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie für Gesundheit und Soziale Sicherung verbindet sich die Aufgabe, die Qualität der Pflege in Deutschland offensiv zu verbessern.

103. Qualitätsentwicklung zielt aber auch darauf ab, die Professionalität der Leistungserbringer zu erhöhen. Es besteht in dieser Hinsicht ein erheblicher Bedarf, die Rahmenbedingungen für die Arbeit im Pflegebereich attraktiver zu gestalten. Dazu gehören neben finanziellen Anreizen für die Aufnahme einer Arbeit im Pflegebereich u. a. die Integration von Prävention und Rehabilitation in die Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Pflegekräfte, Förderung physikalischer Therapie und Ergotherapie, nachvollziehbare Systeme zur Bestimmung von Pflegezeiten oder des Pflegepersonalbedarfs sowie die Entwicklung von evidenzbasierten Expertenstandards für die Pflege. Die gesellschaftliche Aufwertung der Pflegeberufe und die Schaffung von besseren Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung würden diese Berufe für eine größere Personengruppe attraktiv machen.

104. Die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Pflegeberatungseinsätze im häuslichen Bereich dienen dazu, den Qualitätsstandard der familialen Pflege zu überprüfen. Problematisch ist dabei das immer wieder entstehende Spannungsverhältnis zwischen Beratung und Kontrolle und die Reduktion der Beratungsaufgabe auf verwaltungsbezogene Fragen und finanzielle Leistungen. Dabei könnte eine gezielte Hilfestellung und Beratung sowohl einer Überforderung der Angehörigen entgegenwirken als auch eine mögliche Unterversorgung des Pflegebedürftigen abwenden helfen.

Der Qualitätsprüfung der stationären Langzeitpflege dienen neben dem internen Qualitätsmanagement auch externe Verfahren (Heimaufsicht und MDK). Neben der weiteren Intensivierung der externen Prüfung (Ausbau der unangemeldeten Besuche in den Einrichtungen) sollte die Qualitätsentwicklung in der stationären Langzeitbetreuung Pflegeabhängiger aber auch über den größeren Einfluss von Betroffenen bzw. über die Pflicht zu einer offensiven und nutzerfreundlichen Informationspolitik der Einrichtungen und Träger erreicht werden.

105. Es mangelt an verlässlichen Forschungsergebnissen zum Pflegebedarf, auf deren Basis die Planung der zukünftigen Pflege erfolgen kann. Der Pflegemarkt wird in den nächsten Jahrzehnten stark anwachsen. Um den Anforderungen gerecht zu werden und in diesem Sektor längerfristig planen zu können, bilden belastbare Untersuchungen zur voraussichtlichen Entwicklung der Ausgaben, der Beitragsätze und des Arbeitskräftebedarfs eine notwendige Voraussetzung.

Versorgungsverbesserungen für besondere Problemlagen

106. Nach Einführung der Pflegeversicherung entstand zunächst eine relativ uniforme Leistungslandschaft, in der u. a. chronisch Kranke in Spätphasen ihres Krankheitsverlaufs oder sterbende Menschen nicht bedarfsgerecht versorgt werden können. Diese Einschätzung trifft insbesondere auch auf die pflegerische Versorgung demenziell Erkrankter zu.

Bei steigender Lebenserwartung werden die Demenzerkrankungen in den kommenden Jahren an gesamtgesellschaftlicher Bedeutung gewinnen (siehe Tabelle 5). Um diesen Herausforderungen begegnen zu können, müssen neue Betreuungs- und Beratungsstrukturen geschaffen werden.

Tabelle 5: Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland (in Prozent)

Alter in Jahren	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Anteil in Prozent	1,2	2,8	6,0	13,3	23,9	34,6

Quelle: Bickel, H. (1999)

107. Die zunehmende Zahl Demenzkranker, eine vorhandene Unterversorgung und die Varianz in der Behandlung Betroffener sprechen dafür, diese Erkrankung im Rahmen integrierter Strukturen zu versorgen. Die medizinische und pflegerische Versorgung Demenzkranker sollte anfangs mit dem Ziel einer besseren Behandlung durch integrierte Konzepte sektoren- und versicherungsübergreifend erfolgen. Im Rahmen solcher Programme könnte es gelingen, mangelnde Kenntnisse über diese Erkrankung bei betreuenden Ärzten abzubauen und Pflegekräfte für die besonderen Anforderungen einer zunehmenden Zahl demenziell Erkrankter weiterzubilden.

Bei Erkrankungen wie der Demenz, die im hohen Lebensalter auftreten und von anderen Erkrankungen begleitet werden, eignen sich Case Management-Angebote zur bedarfsangepassten Betreuung. Die Betroffenen und ihre Angehörigen können die Behandlung und Betreuung oft nur schwer organisieren, sobald Ansprüche an verschie-

dene Bereiche bestehen. Eine zentrale Organisation könnte die Behandlung verbessern und die Angehörigen vor Überforderung schützen.

108. Insbesondere Angehörige, die Demenzkranke pflegen, sind stark durch die Betreuung belastet und leiden vielfach selbst an Gesundheitsproblemen. Trotz erreichter Fortschritte berücksichtigt die Pflegeversicherung diesen besonderen Hilfebedarf nicht hinreichend. Dies gilt nicht nur für finanzielle Zuwendungen, sondern auch für solche Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Pflege, die informelle Pflegesysteme entlasten und einen Teil der Arbeit in den professionellen Sektor überführen. Pflegenden Angehörige benötigen mehr Entlastungsmöglichkeiten als bisher, und der Pflegesektor muss Anreize zum Aufbau unterstützender Hilfestrukturen unterschiedlicher Art erhalten.

109. Bei der Suche nach neuen Wohnformen, gerade für an Demenz Erkrankte, lassen sich die gemachten Erfahrungen nutzen. Durch die weitere Unterstützung und Ausweitung der Modellprojekte in Deutschland könnten sich neue Impulse für eine Versorgungsvielfalt ergeben. Im Rahmen solcher Angebote und Modellprojekte könnte es gelingen, das ehrenamtliche Engagement noch mehr als bislang in die Betreuung kranker – vor allem alter – Menschen zu integrieren.

110. Es besteht ein erheblicher Forschungsbedarf zur Demenz, ihren Versorgungsproblemen und zur Pflege. Neben den rein physiopathologischen Erkenntnissen zur Entstehung und Verlangsamung der Progredienz stehen die Effekte der verfügbaren medikamentösen Therapie und ihre Nachhaltigkeit zur Diskussion. Der Nutzen der derzeitigen medikamentösen Therapie ist nicht unumstritten, Nutzen-Kosten-Analysen im Versorgungsalltag, die die Kosten medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapien den Einsparungen, z. B. durch einen verringerten Betreuungsaufwand, gegenüberstellen, versprechen hier eine Verbesserung der Entscheidungsgrundlage. In solche Analysen wären auch die Urteile der Erkrankten selbst und ihrer Angehörigen einzubeziehen.

Es bedarf weitergehender Analysen und Forschung, um die Anteile, die die Versorgung von Demenzkranken am Gesamtvolumen der Pflegeversicherung einnimmt, zu identifizieren und um zu ermitteln, wie sich die Kosten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung sowie dem Erkrankten selbst verteilen.

6. Hilfsmittel und Heilmittel in der GKV

111. Gesundheitspolitik und -berichterstattung sollten sich der Versorgungssegmente ‚Hilfsmittel‘ und ‚Heilmittel‘ vermehrt mit dem Ziel annehmen, die Transparenz, Effizienz und Effektivität der Versorgung zu verbessern. Dafür spricht u. a., dass Hilfsmittel und Heilmittel integrale Bestandteile der Rehabilitation behinderter, chronisch kranker, älterer und hochbetagter Menschen sind, deren Zahl aufgrund demographischer Trends steigt.

112. Bei dem Angebot an Hilfsmitteln als Ausschnitt aus dem Markt für Medizinprodukte und den Heilmitteln als persönlich zu erbringenden Dienstleistungen handelt es sich um verschiedene Versorgungssegmente mit jeweils eigenen Gestaltungsproblemen. Vor allem das Versorgungssegment ‚Hilfsmittel‘ setzt sich aus verschiedenen Teilmärkten zusammen und ist durch eine hohe Heterogenität gekennzeichnet. Die inhaltlichen Verbindungen zur Rehabilitation sollten in der Abgrenzung von Aufgaben-, Kompetenz- und Verantwortungsbereichen z. B. bei den Trägern der Sozialversicherung berücksichtigt werden.

113. Mehr als andere Versorgungsbereiche wird die Hilfs- und Heilmittelversorgung durch eine hohe Zahl von Verträgen mit Leistungsanbietern auf der Verbandsebene und auf der Ebene der einzelnen Krankenkasse und durch eine schwierig zu überblickende Vertragslandschaft geprägt. Mit den Neuregelungen des GMG im Hilfsmittelbereich verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, das Vertragsprinzip auf Kassenebene zu stärken und zu ermöglichen, dass Versicherte bei gleicher Qualität zu niedrigeren Preisen versorgt werden. Der Umgang mit diesen Spielräumen sollte mit dem Ziel evaluiert werden, die Qualität und Effizienz der Hilfsmittelversorgung zu sichern. Um denkbare Auswirkungen einer Gewährung weiterer Spielräume für die kassenindividuelle Vertragsgestaltung gegenüber Leistungsanbietern abschätzen zu können, bedarf es eines Monitoring der Nutzung von vorhandenen Gestaltungsmöglichkeiten. In entsprechende Vorhaben im Hilfs- und Heilmittelbereich sind u. a. auch die Verbände der Selbsthilfe und Behindertenverbände sowie der Patienten- und Behindertenbeauftragte der Bundesregierung einzubeziehen.

114. Noch mehr als in der Arzneimittelversorgung fehlt in der Hilfsmittelversorgung eine Infrastruktur, die eine Bewertung des Nutzens von Produkten mit Schlussfolgerungen zur Angemessenheit von Preisen bzw. Preisrelationen ermöglicht. Unter diesen Voraussetzungen wird die Gründung einer Task Force unterstützt, die sich aus Experten der Spitzenverbände der GKV, einzelner Krankenkassen und des Medizinischen Diens-

tes der Spitzenverbände der Krankenkassen zusammensetzt und weitere Fachleute sowie Vertreter von Herstellern und Patienten fallweise einbezieht. Vorrangige Aufgaben dieses Gremiums wären Fragen der Qualitätssicherung, die Aktualisierung und Pflege des Hilfsmittelverzeichnisses und dabei vor allem die Bildung von Produktgruppen und Formulierung von Qualitätsstandards, die Verbesserung der Kalkulationsgrundlagen für Festbeträge und Versorgungspauschalen und die Wiederverwendbarkeit von Hilfsmitteln. Ergebnisse der Arbeitsgruppe, vor allem zur Methodik der Technologiebewertung (Health Technology Assessment, HTA) bei Hilfsmitteln, zur Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis und zur Kalkulation von Festbeträgen, sollten im Internet dokumentiert werden.

Die Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses umfasst zwar die Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln durch Vertragsärzte, aber nicht die Erstellung und Pflege des Hilfsmittelverzeichnisses. Da dem Bundesausschuss aber die Konkretisierung des im SGB V nur allgemein abgegrenzten GKV-Leistungskatalogs obliegt, sollte er in die Task Force einbezogen werden.

115. Die Bedeutung des Hilfsmittelverzeichnisses als des wichtigsten Instruments zur Strukturierung des Marktes und zur Erhöhung der Transparenz des Hilfsmittelangebots ist zu stärken. Die Krankenkassen, ihre Verbände und die Leistungsanbieter einschließlich des Handels und der Apotheken sollten das Hilfsmittelverzeichnis grundsätzlich zur Marktbeobachtung, in Vertragsverhandlungen, zur Abrechnung von Leistungen und für statistische Zwecke verwenden. Dabei ist zu prüfen, ob zur eindeutigen Bezeichnung von Produkten eine Erweiterung des Verzeichnisses um zusätzliche Ebenen sinnvoll ist, auch um eine Fehlnutzung von Hilfsmittelpositionsnummern zu unterbinden. Eine kontinuierliche Fortschreibung, Aktualisierung und Bereinigung des Verzeichnisses muss sichergestellt werden. Dazu kann auch eine zeitliche Befristung der Nutzung von Hilfsmittelpositionsnummern beitragen.

Das Hilfsmittelverzeichnis sollte außer um zusätzliche Produktinformationen schrittweise um die in § 128 SGB V bereits vorgesehenen Preisinformationen sowie um die bundesweit gültigen Festbeträge ergänzt werden. Im Falle deutlicher Preisvariationen können Preisspannen sowie Durchschnittswerte ausgewiesen werden.

116. Für Versicherte und ihre Ärzte sind über das Hilfsmittelverzeichnis und Recherchemöglichkeiten wie z. B. die Hilfsmitteldatenbank des REHADAT-Informationssystems hinaus noch weitere Informationsangebote zur Hilfsmittelversorgung zu entwickeln. Im Idealfall würde eine für alle an der Hilfsmittelversorgung interessierten Grup-

pen (vor allem Hersteller, Fachhandel, Versicherte und Angehörige, Selbsthilfe-, Patienten-, Behinderten- und Verbraucherverbände bzw. -einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, Pflegedienste und ‚home care‘-Unternehmen) über das Internet zugängliche qualitätsgesicherte Informationsbasis entstehen, die für unterschiedlich detaillierte Informationsnachfragen nutzbar ist und sowohl einen ersten Überblick ermöglicht als auch spezielle Informationen bereitstellt. Das Informationsangebot könnte sich auf Produkt- und Qualitätseigenschaften, Studienergebnisse, Praxis- und Testberichte, Preise, Festbeträge, die Selbstbeteiligung von Versicherten und besondere Angebote von Krankenkassen im Hilfsmittelmanagement erstrecken. Dabei sind prinzipiell ausländische Hersteller aus dem EU-Raum zu berücksichtigen, um Vorteile des gemeinsamen Marktes sowohl für Patienten bzw. behinderte Menschen als auch für die Versicherer zu nutzen. Mit einem derartigen Informationsangebot würden sich die Voraussetzungen für eine sachgerechte Entscheidungsfindung durch Ärzte, Versicherte und Krankenkassen und für eine effiziente Verordnungs- und Versorgungspraxis verbessern. In die Konzeption eines solchen Angebots sollten vor allem behinderte Menschen, verordnende Ärzte und Experten aus der Sozialversicherung einbezogen werden.

117. Den Krankenkassen wird empfohlen, bei ihrer Vertragspolitik im Hilfsmittelbereich die folgenden Kriterien zu berücksichtigen:

- Orientierung an Produktgruppen und Qualitätsstandards im Hilfsmittelverzeichnis, prinzipiell Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der Hilfsmittelversorgung an Stelle der reinen Anschaffungskosten und dabei Berücksichtigung des Instandhaltungs- bzw. Ersatzbeschaffungsaufwands,
- Sicherstellung einer qualifizierten Beratung, individuellen Anpassung von Hilfsmitteln und Betreuung von Versicherten in der Kalkulation von Festbeträgen, in Verträgen mit Hilfsmittelanbietern und im Rahmen der integrierten Versorgung,
- Vereinbarung von Versorgungspauschalen für definierte Zeiträume anstelle von (bzw. aufbauend auf) Festbeträgen vor allem dann, wenn Hilfsmittel individuelle Beratung und Anpassung bzw. Instandhaltung erfordern, wenn gebrauchte Hilfsmittel weiter verwendbar sind oder wenn innovative Wege des Hilfsmittelmanagements erprobt werden sollen, und

- Erstellung von Informationsangeboten für Versicherte über Produktcharakteristika, komplementäre Dienstleistungen wie Beratung und Anpassung, Distributionswege, Preise und Festbeträge sowie Versorgungs- bzw. Hilfsmittelmanagementverträge der jeweiligen Krankenkasse u. a. im Internet.

118. Die Gesundheitsberichterstattung muss die Versorgungssegmente Hilfsmittel und Heilmittel vermehrt berücksichtigen. Anders als zur ambulanten ärztlichen Versorgung, zur Krankenhaus- und zur Arzneimittelversorgung stehen relativ wenige Analysen und Daten zur Verfügung, die eine fundierte Einschätzung des Versorgungsgeschehens und der Marktentwicklungen erlauben. Der ‚Heil- und Hilfsmittelreport 2004‘ der Gmünder Ersatzkasse stellt einen ersten Schritt dar, zeigt aber zugleich das Ausmaß der bestehenden Informationsdefizite auf.

119. In die Gesundheitsberichterstattung sollten auch Struktur- und Leistungsdaten zum Heilmittelbereich aufgenommen werden mit dem Ziel, regionale Unterschiede in der Leistungserbringerdichte und in der Leistungsstruktur darzustellen. Auf diese Weise werden Anknüpfungspunkte für die Versorgungsforschung und die Gestaltung von regionalen Versorgungsstrukturen geschaffen. Dazu kann vor allem eine Veröffentlichung von Daten aus dem geplanten Heilmittel-Informationssystem der GKV beitragen.

Krankenkassen bzw. ihre Verbände sollten Möglichkeiten suchen und nutzen, um durch ihre Vertragspolitik regionale Anbieterstrukturen in der Heilmittelversorgung zu beeinflussen, und um ggf. bestehende Über- oder Unterkapazitäten auszugleichen. Als Instrumente kommen die regionalen Heilmittelvereinbarungen nach § 84 Abs. 8 SGB V in Betracht und dabei vor allem die Anpassungsparameter für Arzneimittelvereinbarungen, die analog auch auf Heilmittel anzuwenden sind (vgl. § 84 Abs. 2 u. 8 SGB V), sowie Daten zur Leistungsstruktur aus dem neuen Heilmittel-Informationssystem und Ergebnisse der Versorgungsforschung.

120. Versorgungsforschung und Technologiebewertung (HTA) sollten im deutschen Gesundheitssystem weiter ausgebaut werden. Die Effektivität, Angemessenheit und Effizienz des Hilfs- und Heilmittleinsatzes bietet sich als ein Gegenstand von Versorgungsforschungs- und HTA-Projekten an. Da beide Versorgungssegmente zur Rehabilitation chronisch kranker und behinderter Menschen beitragen, sollte sich auch die Rehabilitationsforschung vermehrt dieser Versorgungsbereiche annehmen. Prinzipiell stellen derartige Forschungsprojekte aufgrund ihrer Bedeutung für die Analyse und Gestaltung des Leistungsspektrums der Sozialversicherung auch eine Aufgabe der GKV, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und

ggf. weiterer Sozialversicherungsträger dar. Forschungsvorhaben sollten an Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und dabei an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (*International Classification of Functioning, Disability and Health*, ICF) anknüpfen. Eine Verwendung der ICF wird die internationale Vergleichbarkeit bzw. Verwertbarkeit von Studienergebnissen verbessern.

121. Für Hilfs- und Heilmittelverordnungen ist, wie auch generell für die Rehabilitation, weniger die medizinische Diagnose als die Klassifikation der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF ausschlaggebend. Dabei ist es wichtig, neben den Defiziten die Ressourcen und Lebensbedingungen des Patienten zu erfassen. Ärzte müssen über Kenntnisse der Funktionsfähigkeitsdiagnostik auf der Basis der ICF sowie der Effektivität von Hilfsmitteln und Heilmitteln verfügen. Die Verordnungsfähigkeit zumindest von aufwändigen Hilfs- bzw. Heilmitteln sollte an Qualifikations- und Fortbildungsnachweise geknüpft, die Begründung von Hilfsmittelverordnungen bei hochwertigen Produkten mit einer Nutzungsprognose verbunden werden. Zur Auswahl eines geeigneten Hilfsmittels kann auch eine Erprobungsphase beitragen.

Ärzte sollten sich in ihrer Aus- bzw. Weiter- und Fortbildung vertiefte Kenntnisse der Hilfsmittel- und Heilmittelversorgung aneignen. Um auch Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe, z. B. Absolventen von Berufsfachschulen, vermehrt wissenschaftlich zu qualifizieren und zur Forschung sowie Nutzung von Studienergebnissen zu befähigen, sollten Universitäten und/oder Fachhochschulen vermehrt berufsbegleitende Studiengänge einrichten. Dafür kommen u. a. Institute für Rehabilitationswissenschaften, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Epidemiologie und Gesundheitswissenschaften in Betracht.

7. Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln

122. Die moderne naturwissenschaftlich begründete Pharmakotherapie ist noch keine 100 Jahre alt. Arzneimittel gehören jedoch seit der Antike zu den wirksamsten Instrumenten zur Beherrschung von Krankheit, körperlich-seelischen Leiden und Schmerz. Sie bilden eine unabdingbare Voraussetzung für die Aufrechterhaltung von Arbeitsfähigkeit und Leistungsvermögen großer Bevölkerungsteile in den westlichen Gesellschaften. Es gibt allerdings noch viele nicht oder nur unbefriedigend zu behandelnde Krankheitszustände. Die Arzneimittelversorgung in Deutschland erreicht in der Regel alle Menschen, die ihrer bedürfen, und erfolgt hinsichtlich Innovationsgrad und wissenschaftlicher Fundierung auf hohem Niveau.

123. Unbeschadet vorhandener Defizite, die sich auch weiterhin in Über-, Unter- und Fehlversorgung manifestieren, hat sich innerhalb der letzten Jahre die medikamentöse Versorgung in einigen Bereichen (z. B. Reduktion der Verordnung umstrittener Arzneimittel oder von Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotenzial) nachweisbar gebessert. Die Teilnahme von niedergelassenen Ärzten an so genannten Pharmakotherapiezentren z. B. im Rahmen integrierter Versorgung lässt ein gesteigertes Qualitätsbewusstsein erkennen. Dieses findet auch in dem Trend, stärker wissenschaftlich begründete Empfehlungen wie evidenzbasierte Leitlinien zu erstellen und zu implementieren, seinen Niederschlag.

124. Das Verordnungsspektrum und die dafür aufgewendeten finanziellen Mittel bewegen sich im Mittel der Werte anderer europäischer Nationen. Vielfältige Versuche, die Arzneimittelausgaben zu senken, bewirkten nur vorübergehende Kostensenkungen und konnten einen stetigen Anstieg der Medikamentenausgaben nicht verhindern (siehe Abbildung 5). Durch weitere Auflagen zum Sparen gegenüber den verordnenden Ärzten lassen sich noch in bestimmten Bereichen Einsparerfolge erzielen. Solche Möglichkeiten sollten genutzt werden, auch wenn dadurch keine durchgreifende Systementlastung erreicht werden kann. Der Schwerpunkt einer Verbesserung der Arzneimitteltherapie sollte daher gleichermaßen auf der Qualität liegen.

125. Es gibt keinen einfachen Weg, um in diesem multifaktoriellen Bedingungsgefüge ergebnisorientiert Verbesserungen zu erzielen. Eine theoretisch erwünschte kosteneffiziente und effektive Arzneimitteltherapie, die insbesondere alle ‚Einsparpotenziale‘ abbaut, ist aufgrund der vielfältigen Einflussfaktoren in der Realität kaum erreichbar. Daher erscheint es angebracht, die bei der Arzneimittelverordnung vermuteten bzw. theoretisch erreichbaren Rationalisierungsreserven hinsichtlich ihres Einsparpotenzials rea-

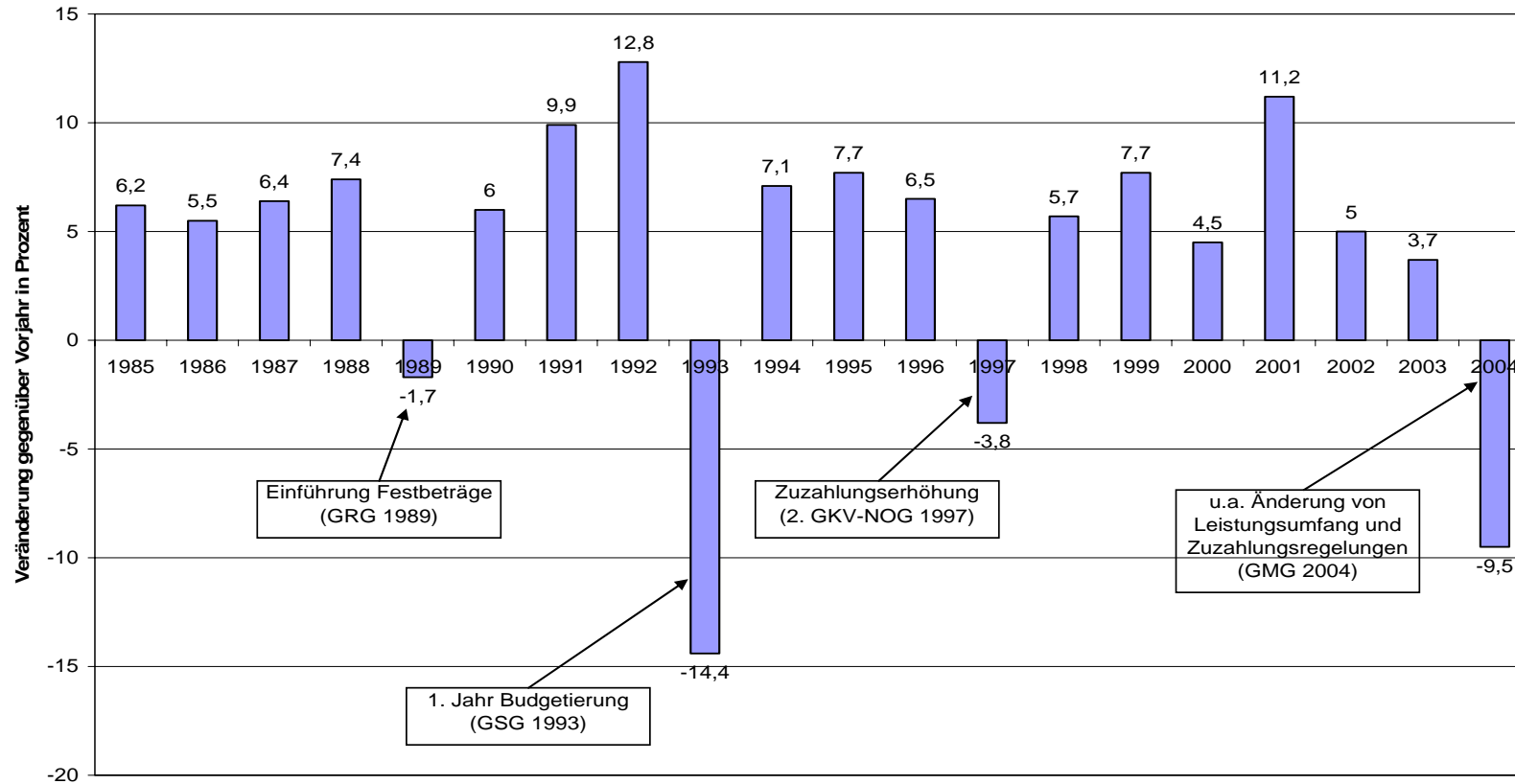
listisch zu bewerten. Auf dieser Basis können dann gangbare Wege der Rationalisierung gefunden werden. Wenn einerseits eine moderne, zeitnah auf Innovationen reagierende Pharmakotherapie, welche die Gesundheitspotenziale von Arzneimitteln weitgehend ausschöpft, gewünscht wird, so geht dies andererseits zwangsläufig mit einem entsprechenden Kostenvolumen einher. Trotzdem muss das praktisch erreichte Einsparvolumen immer wieder am theoretisch möglichen Ergebnis gemessen und gegebenenfalls neu ausgerichtet werden. Ebenso muss die Umsetzung der anvisierten Zielgrößen einer beständigen Überprüfung nach den Kriterien der praktischen Erreichbarkeit unterliegen.

Der deutsche Arzneimittelmarkt im Überblick

126. Der deutsche Arzneimittelmarkt nimmt gemessen am Umsatzvolumen die dritte Position weltweit ein. Betrachtet man jedoch die Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben oder die so genannten Arzneimittelquoten als Verhältnis aus Arzneimittelausgaben zu den gesamten Ausgaben für die Gesundheitsversorgung, so bleiben diese im internationalen Vergleich sowohl bezüglich des Niveaus als auch der Ausgabenentwicklung eher unauffällig.

127. Im Zeitraum von 1992 bis 2003 stiegen die Arzneimittelausgaben in Deutschland mit Ausnahme des Jahres 1993 kontinuierlich an. Ausgaben im Rahmen der GKV und der privaten Haushalte verliefen reziprok und addierten sich zumeist auf ca. 90 % der Gesamtausgaben. Dabei nahm die GKV mit ca. 70 % den höchsten Anteil der verschiedenen Ausgabenträger an den Arzneimittelausgaben ein. Der durch Verordnungen im Rahmen der GKV generierte Umsatz belief sich im Jahr 2003 auf über 60 % des Apothekenumsatzes. Er spielt somit für die Entwicklung des deutschen Arzneimittelmarktes eine dominante Rolle. Innerhalb der gesamten Ausgaben der GKV nahmen die Arzneimittelausgaben seit Mitte der neunziger Jahre einen stetig steigenden Anteil ein. Sie bildeten im Jahr 2003 hinter den Ausgaben für stationäre Leistungen einen größeren Ausgabenblock als die ambulante Behandlung durch Ärzte. Aufgrund gesetzlicher Regelungen war im Jahr 2004 ein Rückgang bei den Arzneimittelausgaben zu verzeichnen. Bereits im Jahr 2005 sind jedoch wieder Ausgabenzuwächse zu erwarten.

Abbildung 5: Veränderung der GKV-Arzneimittelausgaben je Mitglied gegenüber dem Vorjahr (in Prozent)



Angaben für 2004: Vorläufiges Rechnungsergebnis 1.-4. Quartal 2004.

Bis 1991 nur alte Bundesländer, ab 1992 alte und neue Bundesländer.

Quelle: Häussler, B. et al. (2002); GKV-Statistik BMGS; eigene Berechnungen

128. Rationalisierungspotenziale bestehen in den Bereichen der Verordnung umstrittener Arzneimittel, generikafähiger Wirkstoffe und von Analogpräparaten. Mit der Reduzierung der Verordnung umstrittener Arzneimittel bzw. dem Verzicht auf Mittel mit ungesichertem therapeutischem Nutzen leisteten die Vertragsärzte in den letzten Jahren einen erheblichen Beitrag zur Schöpfung von Rationalisierungsreserven. Zum Einsparvolumen trug auch bei, dass seit Beginn des Jahres 2004 nicht verschreibungspflichtige Medikamente, unter die viele umstrittene Arzneimittel fallen, bis auf wenige Ausnahmen Versicherten ab dem 12. Lebensjahr nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen. Das Einsparpotenzial aus dem Verzicht auf umstrittene Arzneimittel dürfte in Zukunft auch wegen des Marktausschlusses von ca. 5.000 Präparaten im Jahr 2003, für die kein Wirksamkeitsnachweis vorlag und für die keine Nachzulassung beantragt wurde, weiter abnehmen. Durch den Ablauf von Patenten ergeben sich dagegen mit der Verordnung von Generika immer neue Rationalisierungsmöglichkeiten. Deutschland weist mit knapp 68 % im generikafähigen und über 30 % im GKV-Gesamtmarkt den vermutlich höchsten Marktanteil von Generikapräparaten weltweit auf. Die Preise von patentfreien Originalpräparaten und Generika gleichen sich allerdings vor dem Hintergrund der marktdominierenden Stellung einiger weniger Hersteller von Generika zunehmend an. Ein vermutlich höheres Einsparpotenzial als im Bereich der Substitution durch Generika besteht derzeit innerhalb des generischen Marktsegments, denn hier findet statt eines Preiswettbewerbs ein intensiver Rabattwettbewerb statt, der nicht den Kassen bzw. den Beitragszahlern, sondern den Apotheken zu Gute kommt. Schließlich ist im Gesamtmarkt der Eintritt von sehr teuren patentgeschützten Medikamenten zu beobachten. Darunter befindet sich ein relevanter Anteil von Analogpräparaten, die vielfach keinen höheren therapeutischen Nutzen als kostengünstigere Generika aufweisen.

129. Die zentrale Einflussgröße des Wachstums der Arzneimittelausgaben, die sogenannte Strukturkomponente, setzt sich aus Inter- und Intramedikamenteneffekt zusammen. In den letzten Jahren dominierte der Intermedikamenteneffekt, d. h. vorwiegend bzw. per saldo die Substitution von preiswerteren Arzneimitteln durch neue Präparate mit höheren Preisen. Beim Intramedikamenteneffekt erfolgt bei identischen Arzneimitteln ein Wechsel zu anderen Packungsgrößen, Darreichungsformen oder Wirkstärken. Sofern es sich bei dem Intermedikamenteneffekt um teurere Medikamente ohne relevante therapeutische Vorteile handelt, führt diese Arzneimittelsubstitution zu verdeckter Preissteigerung und ineffizienter Arzneimitteltherapie. Eine Nutzen-Kosten-Bewertung im Rahmen einer ‚vierten Hürde‘ könnte für solche Präparate, z. B. durch Einbeziehung in die Festbetragsregelung, eine Erstattungsobergrenze im Rahmen der GKV festlegen.

Arzneimittelausgaben und Produktion aus internationaler Perspektive

130. Die pharmazeutische Industrie in Europa verlor in den vergangenen Jahren an Wettbewerbsfähigkeit gegenüber Unternehmen aus den USA. Dabei verzeichneten insbesondere Deutschland und Italien negative Entwicklungen. Deutschland war Anfang der neunziger Jahre noch drittgrößter Arzneimittelproduzent weltweit, belegt jedoch mittlerweile nur noch den fünften Rang hinter den USA, Japan, Großbritannien und Frankreich. Unter den zehn umsatzstärksten Unternehmen befindet sich kein deutscher Konzern mehr. Dies resultiert auch aus einem Konzentrations- und Globalisierungsprozess in der Pharmabranche, der weiter anhält und dessen Auswirkungen auf die Innovationsbereitschaft und Qualität der Arzneimittelversorgung unter kritischer Beobachtung stehen sollten.

131. Erfolgreich forschende pharmazeutische Unternehmen in Deutschland zu erhalten und zu fördern, liegt auch im Interesse der Patienten, da neue Präparate oftmals zuerst auf dem Heimatmarkt eines Unternehmens in Verkehr gebracht werden. Darüber hinaus geht die Forschung und Entwicklung neuer Medikamente oft mit hoher Wertschöpfung einher, ermöglicht ‚*Spillover*‘-Effekte in andere Industriezweige und schafft Beschäftigung. Die pharmazeutische Industrie in Deutschland verzeichnete in den letzten Jahren eine sinkende Beschäftigung. Eine Weiterentwicklung wie in der amerikanischen forschenden Arzneimittelindustrie fand in Europa nicht in demselben Maße statt. In den USA entwickelte sich eine neue Branchenstruktur, die von kleinen Biotechnologie-Unternehmen geprägt ist, die Zuarbeit für die Großkonzerne leisten. Durch das ‚*outsourcing*‘ von Teilen der Grundlagenforschung ließ sich der Technologiemarkt vermutlich effizienter nutzen. Auch eine Netzwerkbildung zwischen Universitäten, privaten und öffentlichen Forschungseinrichtungen trug aus Sicht der Industrie in den USA zu einem forschungsfreundlichen Umfeld bei. Europäische Konzerne orientieren sich auch deshalb in ihrer Grundlagenforschung in Richtung Nordamerika. Abgesehen von einigen großen besteht die Industrie in Deutschland aus vielen kleinen und mittelständischen Unternehmen. Für diese Betriebe ist die Regulierung des deutschen Marktes von großer Bedeutung, da sie sich im Allgemeinen nicht in der Lage sehen, Teile der Forschung und Entwicklung oder der Produktion ins Ausland zu verlegen.

132. Pharmazeutische Unternehmen erwarten stabile Rahmenbedingungen, um ihre Forschungs- und Entwicklungsaufwendungen langfristig planen zu können. Erfolgreiche pharmazeutische Unternehmen benötigen, wie die Schweiz zeigt, aber nicht zwangsläufig einen umsatzstarken Heimatmarkt. Die Marktzulassung findet mittlerwei-

le weitgehend nach europaweit geltenden Vorgaben statt. Eine zügige Umsetzung der entsprechenden Richtlinien, Verordnungen und Empfehlungen der Europäischen Kommission nützt sowohl den Patienten als auch den Unternehmen. Dazu gehören beispielsweise die zeitliche Straffung von Zulassungsverfahren und das Setzen von Anreizen für die Entwicklung und Vermarktung von Medikamenten für seltene Leiden, alte Menschen und Kinder. Dabei sind in jedem Fall geschlechtsspezifische Unterschiede zu berücksichtigen.

133. Entscheidenden Einfluss auf die Attraktivität des deutschen Arzneimittelmarktes üben die für die Verordnungsfähigkeit eines Medikaments im Rahmen der GKV zuständigen Institutionen aus. Eine Vielzahl von Reformen schuf auf diesem lukrativsten Teilmarkt Deutschlands in den letzten Jahren eine zunehmende Intransparenz, wobei die kurzlebigen regulativen Eingriffe – mit begrenztem Erfolg – auf eine Eindämmung der Ausgabensteigerungen bei den Arzneimitteln abzielten. Neue und unter Patent stehende Mittel wurden allerdings von 1997 bis 2003 weitgehend vor regulativen Maßnahmen wie Festbetragsregelungen geschützt. Diese zusätzliche Förderung von Forschungsaktivitäten wurde jedoch in geringem Ausmaß genutzt. Der Hauptanteil der in diesem Zeitraum vermarkteten neuen Mittel entfiel auf Analogprodukte, die nur selten therapeutische Vorteile oder Vorteile im Preiswettbewerb gegenüber den etablierten Medikamenten mit sich brachten. Die Entscheidung über die Erstattungsfähigkeit bzw. -höhe eines Präparates sollte sich daher zukünftig an dauerhaften, transparenten und eindeutigen Kriterien orientieren, die sich von Effizienzoptimierung und therapeutischem Fortschritt leiten lassen.

Die Ausweitung von dezentralen Vertragsverhandlungen

134. Nach § 130a Abs. 8 SGB V können Krankenkassen oder ihre Verbände mit pharmazeutischen Unternehmen zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Abschlägen nach § 130a Abs. 1 und 2 SGB V Rabatte für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel vereinbaren. Zur Ausschöpfung des Rationalisierungspotenzials sollten diese Vertragsverhandlungen zwischen Herstellern und Kassen verstärkt auch für Medikamente im Festbetragssegment genutzt werden. Im Falle des Verzichts oder Scheiterns von Vertragsverhandlungen gelten die Festbeträge weiterhin als Erstattungsobergrenzen. Der Spielraum der Hersteller bei der Preissetzung wird so nicht wie bisher durch Rabatte an die Apotheken abgeschöpft, sondern kommt den Kassen und damit letztlich den Beitragszahlern zu Gute. Dies gilt insbesondere für das Generikasegment. Der Apotheker

wählt bei der Abgabe des ärztlich verordneten Wirkstoffs ein Präparat entsprechend den Vorgaben der Kasse des jeweiligen Versicherten aus. Gemäß den Rezeptabrechnungen erfolgt dann eine Rückvergütung der vereinbarten Rabatte von den Herstellern an die Kassen. Mit den Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Herstellern wird der gegenwärtigen Entwicklung entgegengewirkt, dass die Apotheken verstärkt in den Fokus der Rabattpolitik der Hersteller geraten.

Solche Verträge entlasten den behandelnden Arzt in seiner Verordnungsentscheidung. Er verschreibt z. B. im generikafähigen Marktsegment an Stelle des Präparats den Wirkstoff und ist damit in wesentlich geringerem Maße der Einflussnahme durch die Pharmaindustrie ausgesetzt. Für die Hersteller wiederum kann das Verfahren der Vertragsverhandlungen mehr Planungssicherheit bieten. Es reduziert die Notwendigkeit, Ärzte und Patienten durch den Besuch von Pharmareferenten oder andere Werbemethoden an sich zu binden. Dies nimmt den Fokus der Arzneimittelhersteller von den einzelnen Arztpraxen und spart in erheblichem Umfang Vertriebskosten für die Hersteller ein, die dann in Form von Preissenkungen oder als Forschungsmittel letztlich dem gesamten System bzw. vornehmlich den Patienten zu Gute kommen können. Insoweit sie den Spielraum der Preisgestaltung des Herstellers ausloten bzw. ausschöpfen, können solche Verhandlungen auch die Aut-idem-Regelung ersetzen, deren Umsetzung bisher hinter den Erwartungen zurückblieb.

Das Verhandeln von Wirkstoffpreisen bietet großen Kassen einen Wettbewerbsvorteil, da sie den Herstellern eine entsprechend hohe Zahl an Abnehmern in Aussicht stellen. Die Ersparnisse aus niedrigeren Preisen können sie über den Beitragssatz an die Versicherten weitergeben. Insbesondere im Rahmen integrierter Versorgung und in Disease Management-Programmen können solche Verhandlungen im Sinne einer dezentralen Lösung als Wettbewerbsparameter einzelner Kassen dienen. Diese legen fest, welche Medikamente bzw. Wirkstoffe sie für die Versorgung ihrer Patienten als besonders relevant erachten. Weiterhin besteht jedoch Kontrahierungszwang für alle in der GKV verordnungsfähigen Präparate, so dass der behandelnde Arzt in begründeten Fällen von den verhandelten Wirkstoffen abweichen kann. Eine qualitativ hochwertige, aber kostengünstige Arzneimitteltherapie dürfte für viele Versicherte den Anreiz erhöhen, einer integrierten Versorgung beizutreten. Sie profitieren von niedrigeren Beitragssätzen und / oder von Bonusregelungen im Rahmen der integrierten Versorgung. Umgekehrt besitzen die Kassen ein erhöhtes Interesse daran, solche Versorgungsformen anzubieten.

135. Als Ergänzung zu den Vertragsverhandlungen zwischen Kassen und Herstellern können auch Verhandlungen zwischen Apotheken oder Apothekengruppen und Kassen hinzutreten, die entsprechende Rabatte zu Gunsten der Kassen – beispielsweise bei Versandapotheken – beinhalten. Alternativ können Apotheken bzw. Apothekenverbände mit Herstellern in Rabattverhandlungen treten und Verbundvorteile im Rahmen eines Hausapothekenvertrags an die Kassen weitergeben. Grundsätzlich ist in allen Varianten das Funktionieren der Distributionskette über die Apotheken sicherzustellen. Dort müssen die von der jeweiligen Kasse verhandelten und eingekauften Arzneimittel ausgegeben werden. Insbesondere bei kleineren Kassen lassen sich solche Distributionsketten vermutlich nur unter Einbeziehung von Versandapotheken realisieren, wenn über diese die Arzneimittel zur Behandlung chronischer Krankheiten mit planbarem Verbrauch ausgeliefert werden.

Bedeutung des hausärztlichen Sektors

136. Die Hausarztmedizin stellt mit der primärmedizinischen Gesundheitsversorgung einen zentralen Bestandteil des Gesundheitswesens dar. Allgemeinmediziner und Internisten verschreiben zusammen ca. drei Viertel aller zu Lasten der GKV verordneten Medikamente. Zu dieser Gruppe gehört ungefähr die Hälfte der niedergelassenen Ärzte. Das Spektrum der von ihnen verordneten Medikamente stimmt weitgehend überein und lässt auf eine in ihrer Morbidität vergleichbare Patientenpopulation schließen (siehe Tabelle 6). Für viele Menschen ist der Hausarzt – auch ohne formalisierte Hausarztmodelle – der erste professionelle Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen. Die Rolle des Hausarztes dürfte durch die gesetzliche Verankerung der hausarztzentrierten Versorgung und die angestrebte Zusammenführung von Verordnungs- und Diagnose-daten künftig noch an Bedeutung gewinnen.

Tabelle 6: Arzneiverordnungen von Allgemeinmedizinern und Internisten nach Indikationsgruppen (in DDD je Arzt für 2003)

Indikationsgruppe ^{a)}	Allgemeinmediziner	Internisten
27 (Beta-, Ca-Blocker, Angiotensin-Hemmstoffe)	67.685	60.239
17 (Antihypertonika)	43.938	38.706
36 (Diuretika)	27.601	26.498
12 (Antidiabetika)	23.515	24.613
5 (Analgetika/Antirheumatika)	23.210	15.765
74 (Schilddrüsentherapeutika)	22.415	18.932
58 (Lipidsenker)	19.784	21.303
79 (Thrombozytenaggregationshemmer)	17.499	15.042
28 (Broncholytika/Antiasthmatica)	15.820	15.255
60 (Magen-Darm-Mittel)	15.131	14.764

Geordnet wurde nach den 10 Indikationsgruppen mit den meisten DDDs bei den Allgemeinmedizinern.

a) Laut Systematik der Roten Liste.

Quelle: Modifiziert nach Nink, K. u. Schröder, H. (2004b)

137. Wesentliche Kennzeichen der komplexen Entscheidungssituation des Hausarztes bilden eine zumeist ältere und von Multimorbidität gekennzeichnete Klientel, der direkte Bezug zur Lebensumwelt des Patienten und häufig unzureichend abgesichertes Wissen über die unter diesen Bedingungen beste Behandlungsalternative. Häufig fehlen zuverlässige Informationen über die therapeutische Wirksamkeit von Arzneimitteln oder andere Behandlungsmöglichkeiten bei älteren Patienten. Neben solchen strukturellen Problemen gibt es jedoch auch Hinweise auf Defizite bei der Verordnung und Anwendung von Arzneimitteln, die in der Verantwortung des einzelnen Arztes liegen. Die Verordnungsentscheidung des Arztes hängt von seinem persönlichen Wissen und seiner Erfahrung sowie von strukturellen Rahmenbedingungen ab, wie z. B. vom Vorhandensein von Leitlinien und Therapieempfehlungen oder von der Vorgabe der Medikation bei Übernahme eines Patienten aus der stationären Versorgung. Ökonomische Rahmenbedingungen, Einflussnahme durch die Pharmaindustrie und Aspekte der Interaktion zwischen Arzt und Patient bilden weitere wichtige Determinanten. Eine Verbesserung der Pharmakotherapie muss daher mit einer Reduktion der Komplexität der Entscheidungssituation einhergehen. Der einzelne Arzt sollte sich durch institutionelle Vorgaben in seiner Entscheidungsfindung nicht eingeengt fühlen, sondern sie als Hilfestellung

wahrnehmen. Andererseits sollten alle Einflussgrößen, die nicht der Transparenz, dem Therapievergleich und der Optimierung von Qualität und Effizienz dienen, deutlich reduziert werden.

138. Ein möglicher Zusammenhang besteht zwischen der Vergütung, der Dauer der Arztbesuche und der Verordnungsrate, d. h. je kürzer die Konsultationsdauer, desto höher die Verordnungsrate. Eindeutige Ergebnisse bezüglich der Wirkung bestimmter Vergütungssysteme auf die Arzneimittelversorgung liegen jedoch nicht vor. Hier besteht noch erheblicher Forschungsbedarf.

Arzneimittelrechtliche Vorgaben

139. Für die Marktzulassung eines Arzneimittels müssen Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und pharmazeutische Qualität nachgewiesen werden. Neben dem nationalen Zulassungsverfahren existieren ein zentrales und ein dezentrales europäisches Verfahren. Nur der Hersteller entscheidet über die Zulassungsindikation und kann damit bei hohen Studien- und Zulassungskosten Kranke mit einer wirtschaftlich unattraktiveren Indikation von einer effektiven Behandlung ausschließen. Eine Expertengruppe ‚Off-Label‘, die am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelt ist, beschäftigt sich mit der möglichen Ausweitung der Therapie von zugelassenen Arzneimitteln auf bisher nicht zugelassene Indikationen. Ein positives Votum der Gruppe sollte der Hersteller als Aufforderung verstehen, eine Erweiterung der Zulassung zu beantragen. Bezüglich der indikationsspezifischen Verordnungsfähigkeit (s. u.) wäre hier ein stärkeres Engagement durch die nationalen Behörden denkbar. Dies würde zwar eine Einflussnahme auf die Entscheidung des Herstellers darstellen, da er auch in dieser nicht zugelassenen Indikation haftpflichtig wäre. Es erscheint aber zumindest bei Einhaltung bestimmter Fristen (z. B. Laufzeit des Patentschutzes) als Möglichkeit, ein Präparat einem zusätzlichen Patientenkreis zu Gute kommen zu lassen, wenn es gut begründete Annahmen für einen Nutzen über die zugelassene Indikation hinaus gibt.

140. Weitreichende Auswirkung auf die Profitabilität eines Arzneimittels im deutschen Markt besitzt die Entscheidung über seine Verordnungsfähigkeit, d. h. ob es im Rahmen der GKV (ggf. bis zu einem Höchstbetrag) erstattet wird. Versicherte besitzen einen Anspruch auf apothekenpflichtige Arzneimittel, sofern diese nicht per Gesetz oder durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen sind. Seit 1. Januar 2004 werden nicht verschreibungspflichtige Medikamente

nicht mehr im Rahmen der GKV erstattet, sofern sie nicht als Behandlungsstandard bei einer schwerwiegenden Erkrankung gelten. Der Status ‚verschreibungspflichtig‘ bildet somit ein wichtiges Kriterium bei der Verordnung eines Arzneimittels. Die Verknüpfung von ‚Verschreibungspflicht‘ und ‚Verordnungsfähigkeit‘ orientiert sich allerdings nicht an den medizinischen Erfordernissen und stellt lediglich ein formales Kriterium dar. Die (sozio)ökonomischen und qualitätsrelevanten Auswirkungen der Neuregelung der Leistungspflicht sollten einer detaillierten Untersuchung unterzogen werden. Diejenigen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die als Behandlungsstandard bei einer schwerwiegenden Erkrankung gelten, wurden in einer Ausnahmeliste zusammengefasst und sind weiterhin ordnungsfähig („Kleine Positivliste“). Interessunenabhängiger, qualitätsgesicherter, einfach zugänglicher und verständlicher Verbraucherinformation kommt in diesem Zusammenhang große Bedeutung zu. Diese Forderung richtet sich nicht nur an Behörden, sondern auch an Ärzte und Apotheker, u. a. bei der Beratung zur Selbstmedikation.

Ökonomische und strukturelle Rahmenbedingungen

141. Da der Arzt die Kosten eines Arzneimittels und die gesundheitlichen Auswirkungen seiner Verordnung nicht selbst trägt, berücksichtigt er diese Wirkungen auf den Patienten bzw. auf die Versichertengemeinschaft zunächst nur im Rahmen seines persönlichen Wissens und Interesses an einer möglichst guten medizinischen Behandlung. Regulative Maßnahmen versuchen daher zum einen, über finanzielle Anreize das Kostenbewusstsein des Arztes zu schärfen, und zum anderen, die Ordnungsqualität zu steigern.

Zur Eindämmung der Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln im ambulanten Sektor existieren seit 1993 Budgets in unterschiedlicher Ausgestaltung. Zum 31. Dezember 2001 ersetzten Zielvereinbarungen zur Arzneimittelversorgung zwischen Kassen und Kassenärztlicher Vereinigung die Arzneimittelbudgets, deren Überschreitung seit ihrer Einführung 1993 nie sanktioniert wurde. Trotz der mangelnden Sanktionierung gab es jedoch einen ausgabenenkenden Einführungs- und einen ausgabensteigernden Abschaffungseffekt. Eine stärkere Anreizwirkung auf den einzelnen Arzt geht von einer individuellen Regresspflicht aus, wie sie § 106 Abs. 5a SGB V vorsieht. Bei Überschreiten von arztgruppenspezifischen Richtgrößen nach § 84 Abs. 6 SGB V kommt es zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen und ggf. Regressforderungen, sofern die Mehrausgaben nicht durch Praxisbesonderheiten begründbar sind. Die Individualisierung dieser ‚Bud-

gets‘ sowie die Möglichkeit von Budgetüberschreitungen in begründeten Ausnahmefällen scheinen sinnvollere Instrumente zu sein als die globalen Zielvereinbarungen. Ein zentrales Instrument zielorientierter Budgetierung bildet die Bereitstellung von Informationen zum individuellen Ordnungsverhalten. Seit Januar 2003 liefern die KVen acht Wochen nach dem Ordnungsmonat den Kassenärzten eine individuelle Übersicht der Ordnungsdaten ihrer Praxis auf der Grundlage der GAmSi-Daten (GKV-Arzneimittel-Schnellinformation).

142. Eine umfassende gesundheitspolitische Analyse erfordert eine stärker sektoren- und therapieübergreifende Perspektive auf das Ordnungsverhalten. Dies hilft, eine Verschiebung von Ausgaben auf andere Sektoren des Gesundheitssystems zu vermeiden und dem Grundsatz ‚mit und nicht an Arzneimitteln sparen‘ zur Umsetzung zu verhelfen. Viele Arzneimittel können als Substitution für teurere Behandlungen (z. B. im stationären Bereich) eingesetzt werden. Andererseits vermögen in bestimmten Fällen andere Behandlungsmethoden auch ineffiziente Arzneimittel zu ersetzen.

143. Trotz mehrerer politischer Anläufe existiert in Deutschland bisher keine generelle Positivliste. Ein solches Instrument ist immer dann für eine erhöhte Transparenz im Arzneimittelmarkt notwendig, wenn die Zulassungsbedingungen keine Gewähr dafür bieten, dass nur Arzneimittel mit therapeutischer Relevanz in den GKV-Markt gelangen. Eine so genannte ‚vierte Hürde‘, die die Erstattungsfähigkeit eines Medikaments an den Nachweis einer günstigen Nutzen-Kosten-Relation knüpft, könnte jedoch die Wirkung einer solchen Liste auf Dauer ersetzen, wenn auch bereits im Markt befindliche Arzneimittel dieser Prüfung unterzogen werden. Ein Mitglied des Rates plädiert unabhängig davon für eine generelle Positivliste. Zudem können im Rahmen von integrierter Versorgung oder als Wettbewerbsparameter einzelner Kassen dezentrale Positivlisten ein geeignetes Instrument für eine qualitativ hochwertige und kosteneffektive Arzneimittelversorgung darstellen. Solche Listen, mit denen im stationären Bereich gute Erfahrungen gemacht wurden, sollten jedoch immer im Sinne eines ‚bottom up‘-Ansatzes von den betroffenen Ärzten mitentwickelt werden und ein Abweichen von den Listen in begründeten Ausnahmefällen ermöglichen.

144. Integrierte Versorgung bietet die Möglichkeit, das Ordnungsverhalten besser zu steuern und Anreize zu kostenintensiveren Ausweichstrategien zu mindern. In diesem Kontext geht es nicht darum, die Ausgaben für Arzneimittel unbedingt abzusenken, jedoch versprechen die unterschiedlichen Ansätze integrierter Versorgung sowie die Disease Management-Programme eine insgesamt höhere Qualität und Kosteneffektivität

in der Gesundheitsversorgung. Es besteht noch erheblicher Forschungsbedarf bezüglich des Zusammenspiels der zahlreichen Anreizinstrumente bei der Etablierung, Ausgestaltung und Umsetzung integrierter Versorgung sowie ihrer Auswirkungen nicht nur auf die Ausgaben für Arzneimittel, sondern insbesondere auf die Gesundheit und Zufriedenheit der Patienten. In diesem Zusammenhang empfiehlt sich eine umfassende und zeitnahe Evaluation dieser Konzepte. Eine weitere Förderung integrierter Versorgung kann durch die vorgeschlagenen Vertragsverhandlungen zwischen Pharmaunternehmen und Kassen entstehen.

145. Zuzahlungen zu Gesundheitsleistungen durch den Patienten besitzen eine fiskalische und eine steuernde Funktion. Sie sollen die überflüssige Inanspruchnahme von Leistungen reduzieren und die Kostenträger im Gesundheitswesen fiskalisch entlasten. Das GKV-Modernisierungsgesetz führte zu einer Entlastung der Ausgaben der GKV für Arzneimittel durch eine Erhöhung der direkten Zuzahlung zu Arzneimitteln und durch Veränderungen bei der Verordnungsfähigkeit. In die gleiche Richtung wirkte die Einführung der Praxisgebühr, denn dadurch nahm die Zahl der Arztbesuche und damit (als Folgeerscheinung) auch die Zahl der Verordnungen ab. Empirische Untersuchungen sollten die Auswirkungen dieser Regelungen auf die Gesundheit der Patienten – insbesondere unter Berücksichtigung der sozialen Schicht – begleiten. Erste Zahlen deuten an, dass sozial schwächer gestellte Patienten die Zahl ihrer Arztbesuche stärker einschränken als Mitglieder anderer Gruppen. Ein Verschleppen von Erkrankungen könnte zukünftig zu höheren Kosten der Gesundheitsversorgung führen. Auch Substitutionseffekte bei einzelnen Indikationen hin zu verordnungsfähigen Arzneimitteln sollten kritisch beobachtet werden. Auf Patientenseite würden die Anreize für den Kauf eines kostengünstigen Präparates gestärkt, wenn an die Stelle der Zuzahlungsuntergrenze von 5 € eine prozentuale Beteiligung tritt, d. h. der Patient generell 10 % des Abgabepreises trägt. Eine Anpassung der Zuzahlungsobergrenze (zur Zeit 10 € pro erstattungsfähigem Medikament) kann dabei Aufkommensneutralität gewährleisten. Bei Arzneimitteln, die nicht der so genannten Preisbindung der zweiten Hand unterliegen, entsteht ein zusätzlicher Anreiz, Preise zwischen Apotheken zu vergleichen.

Beeinflussung des Verordnungsverhaltens durch die Pharmaindustrie

146. Forschende Pharmaunternehmen investieren erhebliche Aufwendungen in Forschung und Entwicklung. Die Entwicklung einer *new chemical entity* dauert ca. 10 bis 12 Jahre. Die Entwicklungskosten betragen nach Herstellerangaben bis zu

800 Mio. US \$ in Preisen von 2000. Andere Berechnungen gelangen zu Größenordnungen von 240 Mio. US \$. Sowohl Entwicklungsdauer als auch Kosten liegen im Durchschnitt aller neu auf den Markt kommenden Präparate wesentlich niedriger, da viele neue Arzneimittel Nachahmerprodukte oder zusätzliche Darreichungsformen von bereits auf dem Markt erhältlichen Medikamenten darstellen. In Deutschland wurden im Jahr 2003 lediglich 17 neue Arzneistoffe erstmals in die Therapie eingeführt. Sieben dieser Stoffe gelten als wirklich innovativ, fünf weitere stellen zumindest Verbesserungen gegenüber den vorhandenen Präparaten dar. Strengere Anforderungen an die Zulassung zum Markt und eine längere Dauer des Zulassungsverfahrens erhöhen die Entwicklungskosten. Eine zeitliche Straffung ist nicht nur aus Unternehmer-, sondern auch aus Patientensicht wünschenswert, worunter allerdings die Qualität der Zulassung nicht leiden darf. Die Regulierung sollte mehr als bisher Anreize zur Entwicklung therapeutisch relevanter Innovationen setzen, indem sie die langfristige Planung von wirksamen und kosteneffektiven Medikamenten durch die Zulassung zum GKV-Markt honoriert und die Vermarktung ineffizienter Analogpräparate unattraktiver macht.

147. Für die Profitabilität eines Medikaments sind, vor allem in Bezug auf die Kundenbindung, auch das Produktmarketing und die Werbung entscheidend. Zum Zeitpunkt der Verordnung muss der Arzt Informationen über die Existenz und Wirkungsweise eines Präparates besitzen. Insbesondere bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten muss diese Information auch beim Patienten vorliegen. Es überrascht daher nicht, dass pharmazeutische Unternehmen einen ähnlich großen Anteil ihres Umsatzes in Marketing und Werbung investieren wie in Forschung und Entwicklung. Der kostspielige Einsatz von Pharmareferenten (*detailing*) und die Ausgaben für das Verteilen von Arztmustern würden reduziert, wenn Ärzte bei der Verordnung verstärkt Wirkstoffe statt Handelsnamen angeben würden, herstellerunabhängige Pharmakotherapieberatung erhielten (s. u.) und Vertragslisten in der ambulanten Versorgung verwandt würden. Weitere Ausgaben entstehen durch *direct-to-consumer-advertising* und Zeitschriftenwerbung. Die hohen Werbeausgaben sind aus Sicht der einzelnen Hersteller rational, aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive jedoch zumindest teilweise ineffizient.

Der Einsatz von Marketingstrategien ist in einer Marktwirtschaft das ‚gute Recht‘ der Hersteller. Der Gesetzgeber sollte jedoch den rechtlichen Rahmen für diese Aktivitäten so organisieren, dass Ärzte und Verbraucher möglichst objektive Information erhalten. Darüber hinaus gilt es, bei Ärzten und Patienten ein Bewusstsein und eine Informationsbasis zu schaffen, um die entsprechenden Herstellerkampagnen kritisch beurteilen zu

können. Pharmaunternehmen versuchen – häufig in Kooperation mit der medizinischen Profession – ihre Absatzmöglichkeiten durch die Ausweitung von Krankheitsbegriffen oder Indikationen zu verbreitern.

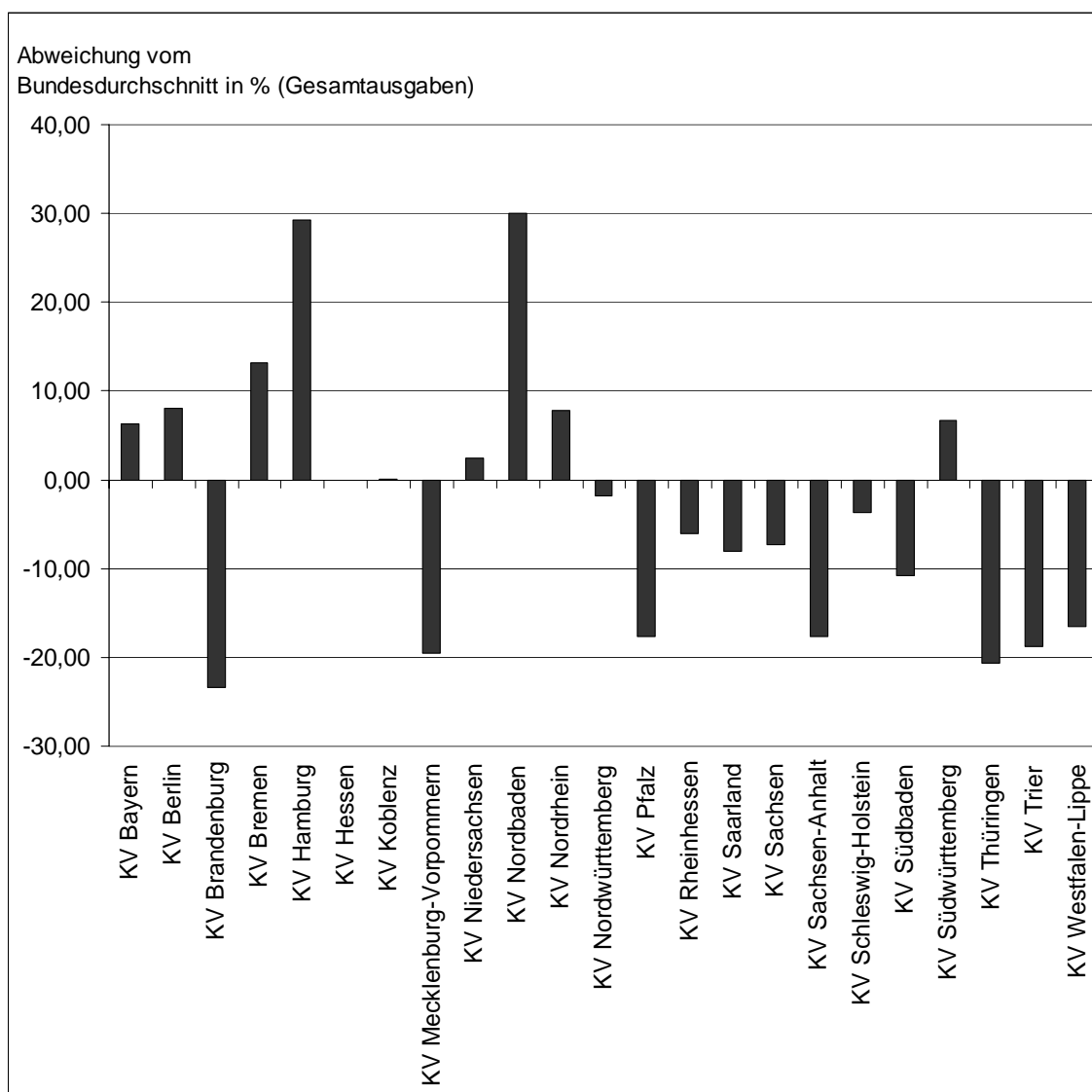
Endverbraucherwerbung ist in Deutschland nur für nicht verschreibungspflichtige Präparate erlaubt. Dem Beitrag zur Information der Bürger und Patienten steht die Gefahr von verzerrender Verbraucherwerbung gegenüber. Es sprechen insofern gute Gründe für die Beibehaltung der Zurückhaltung bei der Liberalisierung der direkten Verbraucherwerbung für verschreibungspflichtige Pharmaka.

148. Bei der Veröffentlichung der Ergebnisse von Arzneimittelstudien besteht die Tendenz zur selektiven Publikation positiver Studienergebnisse. Dies gilt insbesondere für industriegesponserte Untersuchungen. Die Offenlegung finanzieller Verflechtungen bei der Durchführung und Veröffentlichung von Arzneimittel- und anderen medizinischen Studien dient hier der notwendigen Transparenz. Diese erfordert die weltweite Erfassung von klinischen Studien in Studienregistern und ihre obligatorische – ggf. partielle – Öffnung, solange patentrechtliche Aspekte dem nicht entgegenstehen. Diese Maßnahme gewährleistet verbesserte Informationen für Ärzte und Patienten und hilft, überflüssige Forschung am Menschen zu vermeiden.

Patienten, Ärzte und ihre Interaktionen

149. Die Verordnung eines Arzneimittels ist eine auf den individuellen Patienten und seine besonderen medizinischen und sozialen Bedürfnisse abgestimmte ärztliche Entscheidung. Kosten- und Qualitätsanalysen zeigen große Variationen zwischen verschiedenen Arztpraxen und Regionen auf, die sich allein durch unterschiedliche Morbidität, Alter oder Geschlecht der Patienten nicht erklären lassen (beispielhaft siehe Abbildung 6). Die bisher ergriffenen regulativen Maßnahmen führten zunehmend zu Beschwerden von Patienten und der niedergelassenen Ärzteschaft. Ärzte sehen im stärker werdenden finanziellen Druck und den zunehmenden bürokratischen Anforderungen eine Bedrohung ihrer ärztlichen Entscheidungsfreiheit und eine Belastung des Verhältnisses zu den Patienten. Diese beklagen häufig, dass ihnen im Rahmen der GKV weniger Arzneimittel verordnet werden als früher. Zukünftig sollte die Unterstützung und Entbürokratisierung der gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient im Vordergrund stehen. Dies erscheint eher erreichbar, wenn der bisher dominierende ‚top-down‘-Ansatz durch eine ‚bottom-up‘-Komponente ergänzt bzw. teilweise ersetzt wird.

Abbildung 6: Varianz der Arzneimittelausgaben nach KV-Regionen, dargestellt am Beispiel einer Ersatzkasse im Jahr 2003



Quelle: Glaeske, G. und Janhsen, K. (2004) bzw. www.gamsi.de

Ein Anliegen einer ‚bottom-up‘-Strategie ist die verstärkte Einbindung des Patienten in die Therapieentscheidung. Erfahrungen zeigen, dass dies die Compliance verbessert. Qualitativ hochwertige Informationsmöglichkeiten, die für den medizinischen Laien verständlich aufbereitet sind, können zwar Antworten auf spezifische Fragen bestimmter Krankheitsverläufe geben. Hierzu benötigt der Patient jedoch professionelle Beratung, die angesichts der komplexen Arzneimittelwirkungen nur der Arzt oder Apotheker leisten kann. Die Beteiligung des Patienten an der Therapieentscheidung im Sinne eines

„*shared decision making*“ zielt aber nicht darauf ab, die Entscheidung auf ihn abzuwälzen, sondern nach ausführlicher Diskussion der Arzneimitteltherapie, ihrer Alternativen sowie der erwünschten und unerwünschten Wirkungen in eine gemeinschaftlich vertretene Therapieentscheidung einzumünden.

Dieser Prozess lässt sich gezielt fördern durch:

- Verankerung der Kommunikationskompetenz als zentrales Element der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- finanzielle Anreize für die aktive Kommunikation von Arzt und Patient in der Praxis und
- Einführung des „*shared decision making*“ als Bestandteil einer systematischen Betrachtung von Praxisqualität.

Angesichts der Dimension der Persistence- und Compliance-Problematik empfiehlt sich ein grundlegender Blickwechsel bei der Arzneimittelverordnung: Compliance und Persistence bilden einen Bestandteil des ärztlichen Auftrags und damit ein Qualitätsmerkmal ärztlicher Behandlung.

150. Informationselektronische Systeme können dazu beitragen, Arzneimittelinteraktionen, Komplikationen und Doppelverordnungen zu vermeiden sowie Compliance und Persistence einer einmal begonnenen Therapie zu fördern. Computerunterstützte Plausibilitätskontrollen und automatisierte Dispensierverfahren einer elektronischen Patientenakte bzw. -karte besitzen das Potenzial, qualitätsverbessernd zu wirken, vor allem wenn sie in einheitliche Systeme münden. Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sollte auch eine Vereinheitlichung der hausärztlichen IT- und Softwaresysteme einhergehen. Dies ermöglicht eine Verknüpfung mit pharmakoepidemiologischen Datenbanken, technischen wie fachlichen Update-Funktionen und die Einbindung in das von der EU-Kommission im Rahmen ihres eHealth-Programms geförderte Gesundheitsinformationsnetz.

151. Die elektronische Unterstützung der ärztlichen Verordnungsentscheidung muss unabhängig von Hersteller und Kostenträger erfolgen. Die Entscheidung des Arztes für oder gegen ein Präparat wird häufig auch durch den Aufbau der Praxissoftware gelenkt. Wenn Pharmahersteller solche Software finanziell unterstützen oder sogar vertreiben, erfolgt in den Auflistungen der Arzneimittel meist eine Prioritätensetzung zugunsten der Präparate des Herstellers. Diese Beeinflussung könnte ein Nachweis von entsprechen-

den Zertifikaten oder TÜV-Siegeln unterbinden. Gleichzeitig ist die Entwicklung einer qualitativ hochwertigen elektronischen Entscheidungsunterstützung bei der Verordnung voranzutreiben, die auf unabhängigen Quellen aufbaut und von den Kassen und KVen zur Verfügung gestellt wird.

152. Den Schnittstellen zwischen stationärem und ambulantem Sektor gilt ebenfalls besondere Aufmerksamkeit. Arzneimittelverordnungen, die im Krankenhaus initiiert werden, sehen häufig Präparate vor, die später im ambulanten Bereich hohe Kosten verursachen. Dies liegt neben Unterschieden im Ordnungsverhalten von Klinikern und niedergelassenen Ärzten auch an unterschiedlichen finanziellen Anreizen. Im Krankenhaus muss die Therapie nur für wenige Tage finanziert werden, und es können gerade bei Einführung von neuen, hochpreisigen Medikamenten häufig günstige Verhandlungspreise oder hohe Rabatte erzielt werden. Dies entspricht auch den Marketinginteressen der Hersteller. Ebenso erscheint eine teure Medikation wirtschaftlich vertretbar, wenn sie eine frühzeitige Entlassung ermöglicht. Die Entlassungsmedikation darf jedoch nicht der Verordnung von unwirtschaftlichen Analog- oder Originalpräparaten den Weg bahnen.

Aus den Entlassungspapieren kann der ambulant tätige Arzt, der für die Folgeverordnung mit ihren finanziellen Konsequenzen verantwortlich ist, oft nicht ersehen, warum ein Wechsel oder eine Neueinstellung der Arzneimitteltherapie erfolgt ist und für welchen Zeitraum sich deren Weiterführung empfiehlt. Eine Überprüfung erfordert einen erheblichen Aufwand, wenn die Entlassungsdokumentation nur Handelsnamen, nicht aber die Wirkstoffbezeichnungen enthält. Die klinische Umstellung der Medikation ‚auf den neuesten Stand‘ erschüttert zudem das Vertrauen des Patienten in die Qualität der bisherigen ambulanten Versorgung, was einen erneuten Wechsel auf wirtschaftlichere Präparate erschwert. Eine Einstellung oder Änderung der Pharmakotherapie im Krankenhaus sollte daher den Hausarzt einbeziehen und ausführlich – unter Angabe der Wirkstoffbezeichnung – in den Entlassungspapieren begründet werden. Bei Neuverordnungen sollte ein zeitlicher oder medizinischer Zielpunkt definiert werden, an dem die Medikation beendet werden kann. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Krankenhausapothekern und zuweisenden Ärzten, die eine gemeinschaftlich für das Krankenhaus erstellte Apothekenliste von wirksamen und wirtschaftlichen Präparaten ermöglicht, könnte dem Patienten die gewohnte Darreichungsform erhalten.

Qualitätssicherung der Verordnungsentscheidung

153. Grundsätzlich bilden nach der etablierten Methodik erstellte Leitlinien auch im speziellen Fall der Arzneimitteltherapie wichtige Instrumente, die zur Optimierung der Versorgung beitragen. Ein besonderer Schwerpunkt sollte auf der Entwicklung sektorenübergreifender Leitlinien liegen, die unterschiedliche Bedürfnisse mit Blick auf das Geschlecht, das Alter oder die soziale Lage berücksichtigen. Das bedeutet zum frühestmöglichen Zeitpunkt den Einschluss von Frauen, Kindern, alten und multimorbiden Patienten in die Zulassungsstudien, da in der Regel gerade für diese Patientengruppen keine oder nur unzureichende Daten vorliegen.

154. Die Anwendung der zunehmenden Zahl evidenzbasierter Leitlinien führte zwar zu Verbesserungen im ärztlichen Ordnungsverhalten, ihr Einfluss bleibt aber weiterhin noch zu gering. Der persönliche Kontakt, insbesondere zu einem angesehenen fachärztlichen oder klinischen Kollegen, erwies sich als weitaus einflussreicher als eine konsentrierte Leitlinie. Für den verordnenden Arzt ist entscheidend, dass sich die vielfältigen Informationen und Empfehlungen, die ihn aus unterschiedlichen Quellen erreichen, zu einem stimmigen Gesamtbild formen lassen. Vielfach existiert die Erwartungshaltung, zentral festgelegte Vorgaben allein würden den einzelnen Arzt unverfälscht erreichen und ihn zu einer Änderung seines Ordnungsverhaltens veranlassen (*„trickle-down-effect“*). Selbst wissenschaftlich unstrittige Leitlinien können jedoch bei alleinigem Vertrauen auf den *„top-down“*-Ansatz scheitern (z. B. Hormontherapie in der Menopause, Coxibe, AT-II-Antagonisten u. a.). Um diese häufig beklagte *„Theorie-Praxis-Lücke“* zu schließen, bietet sich die dezentrale Erarbeitung von Leitlinien an, die den allgemeinen Anforderungen der evidenzbasierten Medizin genügen. Diese können dann auch die besonderen Umstände der mehrdimensionalen Entscheidung des ambulant tätigen Arztes berücksichtigen. Umgekehrt müssen Erkenntnisse und Fragestellungen aus der Praxis an spezialisiert forschende Arbeitsgruppen zurückgemeldet werden, um die wissenschaftliche Basis zu verbreitern und auf die Situation in der Praxis anwendbar zu machen (*„bottom-up“*).

155. Den enormen Erfolg des *„face-to-face“*-Marketings der Arzneimittelindustrie gilt es auch im Sinne einer qualitativ hochwertigen wie effizienten Medikamentenverordnung nutzbar zu machen. Eine Ausweitung des Beratungsrechts der Kassen nach § 305a SGB V über Fragen der Wirtschaftlichkeit hinaus könnte den Rahmen für eine solcherart herstellerunabhängige Beratung schaffen. Unter Anwendung kommerzieller Marketingmethoden erhält der Hausarzt benutzerfreundlich und im persönlichen Kontakt mit

einem geschulten ärztlichen oder pharmazeutischen Kollegen evidenzbasierte verschreibungsrelevante Informationen.

Eine vom Kostenträger durchgeführte Pharmakotherapieberatung kann auf Grund des vornehmlichen Interesses an Kostenminimierung nicht alle Vorteile einer wirklich unabhängigen und neutralen Beratung bieten. Eine aufsuchende herstellerunabhängige Beratung – in erforderlichen Fällen – würde allerdings der Dominanz der pharmazeutischen Industrie in den Arztpraxen entgegenwirken und die Breite und Qualität des Informationsangebots an den Arzt erheblich verbessern. Grundvoraussetzung für den nachhaltigen Erfolg dieses wie jedes anderen Angebots an den Arzt bleibt, dass er selbst die Beratung als hilfreich und sinnvoll erfährt. Zu diesem Zweck muss gewährleistet sein, dass er sein Ordnungsverhalten mit dem Berater freiwillig, offen und ohne Angst vor späterer Verwendung in einem Regressverfahren diskutieren kann. Dies erfordert eine strikte Trennung zum Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren. Die Teilnahme muss freiwillig sein, auch wenn eine Konzentration auf Hochverordner und Praxen mit überproportionalem Einsparpotenzial auf den ersten Blick attraktiv erscheint.

156. Die Förderung der ärztlichen Qualitätssicherung muss sich an den individuellen Bedürfnissen und Voraussetzungen des einzelnen Arztes orientieren. Das ‚peer review‘-Verfahren, in dem das kollegiale, evaluierende Gespräch im Vordergrund steht, zeigte sich der leitliniengestützten Fortbildung nach klassischem ‚top-down‘-Ansatz als überlegen. Auf dieser Grundlage haben sich in Deutschland zunehmend ärztliche Qualitätszirkel etabliert. Mit der bundesweiten Einführung der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation für Ärzte (GAmSI-Arzt) steht seit 2003 allen ambulant tätigen Ärzten eine neutrale und aktuelle Übersicht über die eigenen Ordnungsdaten zur Verfügung, die sie zu Vergleichen im zeitlichen Verlauf oder mit Praxen der gleichen Fachrichtung nutzen können. Ein solches individuelles Feedback allein löst aber meist noch keine Verhaltensänderung aus, vielmehr müssen die Ergebnisse im Kontext der Probleme und Besonderheiten der individuellen Praxis analysiert werden. Hier konnten die Pharmakotherapiekreise wirkungsvolle Unterstützungsarbeit leisten. Unter Moderation ärztlicher Kollegen werden im interkollegialen, gleichberechtigten Austausch anhand vorliegender Empfehlungen Therapiekonzepte sowie deren Umsetzung diskutiert und abgestimmt. Eine Förderung dieser Fortbildungsform, die sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit des ärztlichen Ordnungsverhaltens durch dezentralen Ansatz verbessert, könnte Effizienz- und Effektivitätspotenziale auf diesem Gebiet erschließen helfen.

157. Die Informationen, die durch die GKV-Arzneimittel-Schnellinformationen (GAmSI) und den GKV-Arzneimittelindex zur Verfügung stehen, erlauben mittlerweile schnelle, auch regionale Analysen des deutschen Arzneimittelmarktes. Die seit dem 1. Januar 2004 bestehende Möglichkeit, die Verordnungsdaten der Versicherten mit Diagnosedaten zu verbinden und im Längsschnitt zu betrachten, erlaubt valide Einschätzungen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Arzneimitteln in Deutschland. Pharmakoepidemiologische Datenbanken, die sich mittlerweile in Nordamerika, Skandinavien, Großbritannien und den Niederlanden etabliert haben, ermöglichen eine personenbezogene und pseudonymisierte Verknüpfung der routinemäßig erhobenen Verordnungs-, Diagnose- und Leistungsdaten. Ein Vergleich des Status quo der Verordnungsweise mit evidenzbasierten Leitlinien kann sowohl die Verordnungsqualität bewerten als auch im zeitlichen Verlauf die Effekte gesundheitspolitischer Maßnahmen erfassen.

Ein entscheidender Vorteil einer pharmakoepidemiologischen Datenbank besteht in der Verbesserung der Arzneimittelsicherheit. Da Fallzahl, Patientenpopulation und Beobachtungsdauer in den Zulassungsstudien begrenzt sind, werden seltene unerwünschte Arzneimittelwirkungen in der Regel erst nach Markteinführung entdeckt. Mit Hilfe einer Datenbank können zeitnah die Inzidenz von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und die Höhe des Risikos im Vergleich zu therapeutischen Alternativen bestimmt werden. Auf dieser Grundlage lassen sich schnell und verlässlich die Sicherheit eines Arzneimittels bestätigen oder aber Empfehlungen zur Indikationseinschränkung, Kontraindikationserweiterung oder Zulassungsrücknahme entwickeln. Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeführte Bildung eines Datenpools von pseudonymisierten Daten der GKV stellt einen ersten Schritt zum Aufbau einer pharmakoepidemiologischen Datenbank dar.

Die ‚vierte Hürde‘ als Instrument zur Verbesserung der Pharmakotherapie

158. Die Strukturkomponente bildete in den letzten Jahren die entscheidende Determinante für das Wachstum der Arzneimittelausgaben in der GKV. Innerhalb dieser Komponente umfasst der Intermedikamenteneffekt, d. h. vorwiegend bzw. per saldo eine Substitution durch teurere Präparate, zum einen die Mehrausgaben für eindeutig outcomeverbessernde Arzneimittelinnovationen. Dieser Effekt geht aber zum anderen auch auf den verstärkten Einsatz von patentgeschützten Analogpräparaten zurück, die keinen größeren therapeutischen Nutzen stiften als vergleichbare, deutlich preiswertere Medikamente. Die ‚vierte Hürde‘ zielt darauf ab, die therapeutische Wirksamkeit von

Arzneimitteln im Vergleich zu ihren Alternativen zu bewerten und die jeweiligen Nutzendifferenzen bei der Erstattung eines Medikamentes durch die GKV in Ansatz zu bringen.

159. Die ‚vierte Hürde‘ tritt vornehmlich bei patentgeschützten Arzneimitteln zu der Überprüfung der pharmazeutischen Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit als weiteres Kriterium hinzu. Sie stellt keine Voraussetzung für die Arzneimittelzulassung dar, sondern dient als Informationsgrundlage für die Festlegung des Erstattungsbetrages durch die GKV. In ihrem Rahmen zielen Nutzen-Kosten-Analysen von Medikamenten nicht darauf ab, unter einseitigen Kostenaspekten die Arzneimittelausgaben zu minimieren und damit die Versicherten in der GKV von der Teilhabe am pharmakologischen Fortschritt auszuschließen. Nach den bisherigen Erfahrungen in anderen Ländern dominiert bei solchen Ansätzen und Verfahren nicht das Ziel der Ausgabensenkung, im Mittelpunkt steht vielmehr das Verhältnis zwischen therapeutischer Wirksamkeit und Ressourceneinsatz. Da die Patienten ihre Zahlungsbereitschaft für die von der GKV finanzierten Arzneimittel nicht offenbaren müssen, übernimmt die ‚vierte Hürde‘ hier die Aufgabe, im Vergleich mit den existierenden Alternativen den (zusätzlichen) therapeutischen Nutzen von bestimmten Arzneimitteln abzuschätzen und mit den jeweiligen Kosten zu konfrontieren.

160. Um sicherzustellen, dass die Nutzen-Kosten-Bewertung nach eindeutigen Kriterien und in einem transparenten Verfahren erfolgt, bietet sich in Weiterentwicklung zu dem Vorschlag des Rates im Addendum zum Jahresgutachten 2000/2001 ein zweistufiges Verfahren an. In der Absicht, die Nutzenbewertung auch organisatorisch von fiskalischen Aspekten zu trennen, bildet die medizinisch-pharmakologische Bewertung des Nutzens eines Arzneimittels im Vergleich zu seinen therapeutischen Alternativen den ersten Teilschritt der ‚vierten Hürde‘. Diese Bewertung obliegt einem sachkundigen Gremium von unabhängigen epidemiologischen, medizinischen und pharmakologischen Experten, wobei die Einbeziehung von Patientenvertretern zur Diskussion steht. Die differenzielle Bewertung des (Netto-)Nutzens eines Arzneimittels kann dabei nur nach objektivierte Kriterien erfolgen und damit auch von der subjektiven Einschätzung eines betroffenen Patienten abweichen. Zur Abschätzung des differenziellen Nutzens eines Arzneimittels bedarf es in diesem Kontext keiner detaillierten, kardinalen Messung. Für die Zwecke der ‚vierten Hürde‘ reicht es aus, zu analysieren, ob ein Arzneimittel im Vergleich mit der besten existierenden Alternative einen geringeren, den gleichen, einen geringfügig verbesserten, einen spürbar höheren oder einen erheblich höheren therapeutischen Nutzen aufweist.

An dem Ergebnis der medizinisch-pharmakologischen Bewertung setzt dann als zweiter Teilschritt der ‚vierten Hürde‘ die Festlegung der Erstattungsgrenze durch die GKV an. Für diese Entscheidung kommt nur ein entsprechend legitimes Gremium in Frage. Im Unterschied zur staatlichen Preisfixierung verbleibt den Unternehmen hier die Möglichkeit einer freien Preisbildung. Sofern der Preis eines Medikamentes die Erstattungsgrenze übersteigt, fällt allerdings für den Patienten eine Zuzahlung der jeweiligen Differenz an. Arzneimittel, die einen spürbar oder erheblich höheren therapeutischen Nutzen stiften, unterliegen keiner Erstattungsgrenze. Entscheidungsprobleme bereiten jene Medikamente, die einen signifikanten, aber nur geringfügigen zusätzlichen Nutzen erzeugen, der sich möglicherweise nur auf Teilbereiche ihres Indikationsspektrums erstreckt. In diesen Fällen bietet es sich an, die Erstattungsgrenze eines solchen Arzneimittels geringfügig oberhalb des bestehenden Festbetrages der benachbarten Gruppe zu setzen oder die Erstattung des Medikamentes über Arzneimittelrichtlinien indikationsspezifisch einzuschränken. Das Verfahren der ‚vierten Hürde‘ soll auch auf Arzneimittel angewandt werden, die sich schon im Markt befinden.

161. Die therapeutische Wirksamkeit eines Arzneimittels kann unter Alltagsbedingungen ambulanter Versorgung (*effectiveness*) teilweise erheblich von dessen Wirksamkeit unter klinischen Idealbedingungen (*efficacy*) abweichen. Da bei der Zulassung und Patenterteilung eines Wirkstoffes aber noch keine Informationen über relevante Unterschiede zwischen *efficacy* und *effectiveness* vorliegen, bedürfen beide Teilschritte der ‚vierten Hürde‘ im Sinne eines Controlling einer begleitenden Versorgungsforschung. Bestehen Zweifel an der Wirksamkeit eines Arzneimittels unter Alltagsbedingungen, bietet sich für seine Erstattung ohne Begrenzung eine zeitlich limitierte Zulassung in der GKV an. Der Hersteller erhält dann zur Auflage, innerhalb dieses Zeitraumes auch die *effectiveness* seines Medikamentes nachzuweisen. Gelingt dies nicht oder nur teilweise, gilt es zunächst, die Gründe für die unterbliebene Wirksamkeit zu evaluieren und dann die spezifischen Konsequenzen zu ziehen.

162. Die derzeitige gesetzliche Regelung sieht für bestimmte Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen als Erstattungsgrenze einen Festbetrag vor. Ausgenommen bleiben Arzneimittel, die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer unerwünschter Wirkungen, darstellen. Die inhaltliche Konkretisierung obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss, der sich im Unterschied zu den Intentionen des ersten Teilschritts der ‚vierten Hürde‘ allerdings mit politischen Einsparvorgaben konfrontiert sieht. Die derzeitige Regelung weist auch den Nachteil auf, dass sie in Zweifelsfällen im Sinne einer 0/1-Lösung nur eine Einbeziehung in eine Festbetragsgruppe oder eine volle

Erstattung des geforderten Preises erlaubt. Diese beiden extremen Lösungen führen bei Arzneimitteln, die im Vergleich zur Standardtherapie nur eine geringfügige und/oder indikationsspezifische therapeutische Verbesserung bewirken, zu unbefriedigenden Entscheidungen. Die zusätzliche Variante einer Erstattungsgrenze, die in Abhängigkeit vom Mehrnutzen des Medikamentes oberhalb des Festbetrages der benachbarten Gruppe liegen kann, vermag ebenso wie indikationsspezifische Differenzierungen (leichte) Schritttinnovationen adäquater einzustufen bzw. monetär zu bewerten.

163. Die Aufgabe einer Nutzenbewertung von Arzneimitteln nimmt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wahr, das hierzu jedoch einer Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bedarf. Es besteht insofern die Gefahr, dass das Institut nur sehr selektiv solche Aufträge erhält und bei seinen Analysen mittelbar ebenfalls unter fiskalische Zwänge gerät. Die Beurteilung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimitteltherapie setzt neben der Nutzenmessung, die das Gesetz dem Institut explizit überantwortet, aber auch die Einbeziehung der Kostenseite voraus. Unabhängig initiierte und erstellte Nutzen-Kosten-Analysen, vornehmlich von patentgeschützten Analogpräparaten bzw. von Medikamenten mit strittiger therapeutischer Wirksamkeit, können eine Entscheidungshilfe für die Festsetzung der Erstattungsgrenze in der GKV darstellen.

Anhang

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2004)

Fünftes Sozialgesetzbuch

Fünftes Kapitel

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

§ 142

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Geschäftsstelle ein.

(2) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen sowie den Sachverständigenrat mit der Erstellung von Sondergutachten beauftragen.

(3) Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in der Regel zum 15. April, erstmals im Jahr 2005, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.

Mitglieder des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre
Universität Mannheim
(Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Peter C. Scriba
Medizinische Klinik Innenstadt
Ludwig-Maximilians-Universität München
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei
Institut für Medizinische Soziologie
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach
Institut für Gesundheitsökonomie
und Klinische Epidemiologie
Universität zu Köln

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock
Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung