

GGW Wissenschaft

GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Januar 2013, 13. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Sören Jensen*, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover 2

Drei Fragen an

Ralf-Bruno Zimmermann, Institut für Soziale Gesundheit (ISG) an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin 3

Buchtipps

von *Stephan Dettmers*, Universitätsklinikum Kiel 4

WIDO

Krankenhaus-Report 2013

Mehr Menge, mehr Nutzen? 5

Arzneimittel

Gefährliche Kombinationen 6

ANALYSEN

Gesundheitspolitik in Zeiten der Krise

Rolf Schmucker,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld 7

Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell mit Zukunft?

Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin,
und *Jürgen Wasem*, Universität Duisburg-Essen 15

Regionale Unterschiede in der Kodierung ambulanter Diagnosen

Susanne Ozegowski, Technische Universität Berlin 23

STUDIE IM FOKUS

Medizinprodukte vor Zertifizierung teilweise nur unzureichend geprüft 35

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 36

Liebe Leserinnen und Leser,

„Krisen sollten Chancen sein – für jene, die sie erleiden, nicht für jene, die sie erzeugen“, sagt der Schweizer Publizist Ernst Reinhardt. Der Konjunktiv bringt es aber schon zum Ausdruck: So ist es leider nicht. Die Wirtschafts- und Finanzkrise belastet auch die Gesundheits- und Sozialsysteme der europäischen Länder. Auf hohe Verschuldung und Arbeitslosigkeit antworten Regierungen mit teils massiven Sparmaßnahmen. Diese seien aber besonders problematisch, wenn sich die soziale Lage der Bevölkerung sowieso verschlechtere, schreibt Rolf Schmucker. Der Autor empfiehlt, aus Public-Health-Sicht für antizyklische Investitionen in Gesundheit einzutreten, um der Abwärtsspirale von Arbeitslosigkeit, Armut und sich verschlechternder Gesundheit zu entkommen.

Der Gesundheitsfonds, vor vier Jahren eingeführt, schwimmt hingegen (noch) im Geld. Allerdings hätten sich Erwartungen, mit dem Fonds mehr versorgungsorientierten Krankenkassenwettbewerb zum Nutzen der Versicherten zu erzielen, nicht erfüllt, meinen Klaus Jacobs und Jürgen Wasem. Dennoch plädieren sie nicht für seine Abschaffung. Mit einer Nejustierung des Zusatzbeitrags habe er eine Zukunft. Aufgrund des europäischen Fiskalpakts müsse aber die wachsende Steuerfinanzierung überdacht werden, denn mit dem Pakt geraten haushaltspolitische Entscheidungen verstärkt unter europäische Kontrolle.

Einem ganz anderen Thema widmet sich der dritte Beitrag. Susanne Ozegowski von der TU Berlin schaute sich die Kodierung ambulanter Diagnosen in Deutschland an. Dabei stellte sie teils erhebliche und systematische regionale Kodierunterschiede fest. Da sich diese auf den Morbi-RSA und damit auf die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auswirken können, ist die Autorin dafür, die Kodierqualität ambulanter Diagnosen per Gesetz zu verbessern.

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen

Bettina Nellen

Arzneimittelsicherheit Landeskongress legt Handlungskonzept vor

Die Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen hat ein Konzept zur Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit erarbeitet. Die Handlungsempfehlungen betreffen die acht Bereiche Pharmakotherapie-Management, Umgang mit Polymedikation insbesondere im Alter, Überleitungsmedikation an den Schnittstellen, Arzneimitteltherapiesicherheit in Einrichtungen der Langzeitpflege, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Festlegung von Indikatoren zur einheitlichen und vergleichba-

ren Beurteilung beziehungsweise Evaluation der Arzneimitteltherapiesicherheit, Patienteninformation und -kompetenz sowie die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. ■

Mehr Informationen:
www.mgepa.nrw.de/gesundheit/landesgesundheitskonferenz → Entschlüsselungen

Forschungsprogramm Bund fördert zwei weitere Forschungsnetze

Im Aktionsfeld Volkskrankheiten des Rahmenprogramms Gesundheitsforschung des Bundes von Ende 2010 werden zwei weitere

Forschungsnetze – zu psychischen und zu Muskel-Skelett-Erkrankungen – aufgebaut. Das Bundesforschungsministerium will damit gesundheitsökonomische und epidemiologische Studien zur Evidenzbasierung der therapeutischen und rehabilitativen Versorgung (physikalische Therapie sowie medikamentöse, operative und multimodale Verfahren) fördern. Interessierte Forschungseinrichtungen müssen eng mit der Versorgungspraxis vernetzt sein. Projektanträge sind bis 14. März 2013 zu stellen. ■

Mehr Informationen:
www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4636.php bzw. 4637.php

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Optimierte Behandlung hilft Patienten

Dass die Verbesserung von Behandlungsprozessen einen positiven Effekt auf das Behandlungsergebnis für die Patienten hat, belegt jetzt eine englische Studie. Die Autoren analysierten für die Zeit von 2004 bis 2008 Daten von insgesamt 7.228 Hausärzten aus dem in England landesweit eingeführten Pay-for-Performance-(P4P)-Programm „Quality and Outcome Framework“ (QOF), das zur Qualitätsmessung sowohl Prozess- als auch Ergebnisindikatoren verwendet. Prozessindikatoren zeigen, ob und wie häufig wichtige Behandlungsschritte durchgeführt werden. Die Resultate zeigen, dass zwischen 17,7 Prozent (bei Bluthochdruck) und 34,7 Prozent (bei Schlaganfall) der Verbesserung bei den Patienten-Outcomes unmittelbar auf die Optimierung von Prozessen zurückzuführen sind. Die Forscher zeigen damit zumindest für das QOF, dass die Anwendung von Prozessindikatoren zu besseren Behandlungsergebnissen führt. ■

Medical Care 2012;50:191–199

Wissenslücken bei angehenden Medizinern

Laut Approbationsordnung soll das Medizinstudium auch Grundlagenwissen über Gesundheitsökonomie und das Gesundheitswesen vermitteln. Im Sommersemester 2008 erhielten in Marburg und Gießen Medizinstudierende des 9. und 10. Semesters einmal zu Beginn des Lehrmoduls „Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, öffentliche

Gesundheitspflege“ und einmal am Semesterende einen Fragebogen mit 45 Fragen zu Arzneimitteln, ambulanter und stationärer Versorgung, privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Die erste Befragung (n=223) offenbarte mit einem arithmetischen Mittel von 18,2 richtigen Antworten große Wissenslücken. Der Wissenszuwachs bei der Befragung am Semesterende (n=286) fiel mit durchschnittlich fünf zusätzlichen richtigen Antworten eher bescheiden aus. Die Autoren empfehlen, das Lehrmodul praxisorientierter zu gestalten. ■

Gesundh ökon Qual manag 2012;17:239–245

Geschulte Betreuer bringen Kinder auf Trab

Was bringt Vorschulkinder in Bewegung? In einer Übersichtsarbeit evaluierten Münchner Forscher Programme, die zur Prävention von Übergewicht die körperliche Aktivität fördern sollen. Die Literatursuche in fünf Datenbanken ergab 19 relevante Studien. Als Outcome wurden Dauer und Intensität körperlicher Aktivität, Motorik und Body-Mass-Index betrachtet. Positive Ergebnisse erbrachten Programme, die Bewegungseinheiten von mindestens 30 Minuten pro Tag implementierten oder die Spielumgebung attraktiver machten (etwa durch zusätzliche tragbare Spielgeräte). Da auch die Qualifikation der Betreuer einen positiven Effekt auf die Bewegungsintensität hatte, empfehlen die Autoren, diese entsprechend zu schulen. ■

Obesity reviews 2012;13:96–105



Von

Dipl.-Ök. Sören Jensen,
Wissenschaftlicher
Mitarbeiter am
Institut für Epidemiologie,
Sozialmedizin u. Gesund-
heitssystemforschung,
Medizinische Hochschule
Hannover

Adresse:

Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Telefon: 0511 532-4220
Fax: 0511 532-5347
jensen.soeren@
mh-hannover.de
[www.mh-hannover.de/
epi.html](http://www.mh-hannover.de/epi.html)

EU-Ausschreibung**Demenz-Versorgung wird europaweit evaluiert**

Deutschland sowie zwölf weitere EU-Länder, Norwegen und Israel fördern gemeinsam transnationale Studien zum Vergleich der jeweiligen Versorgungsstrategien für Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen. Forscher aus mehreren Ländern sollen unter anderem Versorgungspfade auf Qualität und Kosten evaluieren. Die Antragsfrist für deutsche Verbundpartner – Hochschulen, andere Forschungseinrichtungen, Kliniken und Selbsthilfeorganisationen – läuft bis 21. März 2013. ■

Mehr Informationen:

www.neurodegenerationresearch.eu; www.bmbf.de/foerderungen/20964.php

Politikberatung**Memorandum zur Präventionsforschung**

Die Projektgruppe „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ hat empfohlen, Zielgruppen wissenschaftlich begleiteter Präventionsangebote bereits an der Studienkonzeption zu beteiligen. Die Forschungsförderung sei entsprechend auszurichten, heißt es in einem Memorandum, das unter Leitung von Professorin Dr. Ulla Walter vom Institut für Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover für das Bundesforschungsministerium erstellt wurde. ■

Mehr Informationen:

www.knp-forschung.de → Über uns → Memorandum I

Patientensicherheit**Wissensspiel hilft bei CIRSEinführung**

Ein Online-Wissensspiel der Universität Witten/Herdecke soll die Einführung und Anwendung

von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS) zu fördern. Das Spielmodul gibt auch Tipps zur Mitarbeitermotivation oder Risikoanalyse. Ein Schwerpunkt

ist der Umgang mit Risikowissen über Medizinprodukte. ■

Mehr Informationen:

www.projekt-knowmore.de/cirs-standortbestimmung

DREI FRAGEN AN...**Wir fragen nach den sozialen Folgen von Krankheit**

... Professor Dr. med. Ralf-Bruno Zimmermann, Leiter des Instituts für Soziale Gesundheit (ISG) an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin

Forschungsschwerpunkte:

Versorgungsforschung (Sozialpsychiatrie, Pflege, Gerontologie); partizipative Forschung; Prävention und Gesundheitsförderung; Psychotraumatologie

Jahresetat:

Das ISG finanziert sich ausschließlich aus Drittmitteln (ca. 300.000 Euro/Jahr)

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:

7 Professoren/innen (im Rahmen ihrer Forschungstätigkeit), 4–6 wissenschaftliche Mitarbeiter/innen (projektabhängig), diverse studentische Mitarbeiter/innen

Adresse:

Institut für Soziale Gesundheit
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin
Köpenicker Allee 39–57
10318 Berlin
Telefon: 030 50101022
info@isg-berlin.de
www.khsb-berlin.de/forschung/institute/isg/

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Die programmatisch-wissenschaftliche Zuspitzung unserer Forschung ist mit „sozialer Gesundheit“ ja beschrieben; aktuell sind es Fragen, die aus dem demografischen Wandel resultieren. Wir untersuchen in unterschiedlichen Feldern und Bereichen soziale Faktoren, die Einfluss auf Gesundheit, Krankheit und Behinderung haben können. Umgekehrt fragen wir nach den sozialen Folgen von Krankheit. Schließlich finden sich bei uns Projekte, die die soziale und gesundheitliche Situation von Menschen verbessern helfen, indem Evaluation und Praxisentwicklung (formative Evaluation) zur besseren biopsychosozialen Versorgung verknüpft werden.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Durch die wissenschaftliche Provenienz der Mitglieder des Instituts (Soziale Arbeit, Psychologie, Medizin, Rechtswissenschaft) findet eine Verknüpfung unterschiedlicher Perspektiven, Theorien und Methoden statt. Außerdem werden Forschungsprojekte häufig in Kooperation mit anderen wissenschaftlichen Institutionen konzipiert und durchgeführt.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Unbedingt! Da wir keine Grundlagen-, sondern anwendungsorientierte Forschung und Entwicklung betreiben und die Themenfelder allesamt eine sozial- und gesundheitspolitische Dimension haben, können die politischen Entscheidungsträger unsere Befunde und Analysen für ihr Handeln nutzen. Wir führen auch Forschungsprojekte im Auftrag von Kommunen oder Bundesländern durch (zur Qualität sozialpsychiatrischer Versorgung oder zu besonderen Problembereichen in der Pflege).

Gesundheitsberufe

Konzepte für vernetzte Ausbildung gesucht

Die Robert-Bosch-Stiftung fördert die Entwicklung von Lehrangeboten zur Vernetzung von Ärzten mit Pflägern, Therapeuten und Hebammen schon während der Ausbildung. Für das Programm mit dem Namen „Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“ werden Hochschulen und nicht-akademische Ausbildungsstätten gesucht, die Konzepte für zwei oder mehr Berufe auch mit einer Medizinfakultät umsetzen. Projektskizzen sind bis 28. Februar 2013 einzureichen. ■

Mehr Informationen:
www.boschstiftung.de/
operationteam

Modellprojekte

Innovative Konzepte auch anderswo nutzen

Mit dem Projekt „Innovative Gesundheitsmodelle“ (InGe) will die Universität Frankfurt bis Ende 2014 deutschlandweit neue Konzepte der Gesundheitsversorgung sammeln, auf ihre Übertragbarkeit in andere Regionen prüfen und in einer Datenbank ausführlich dokumentieren. Im Rahmen des Projekts soll auch ein Beratungsangebot entwickelt werden, das Entscheider, Versorger und andere Interessierte dabei unterstützt, innovative Versorgungsmodelle in ihrer Region zu implementieren. ■

Mehr Informationen:
www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/forschung4/inge.html

Arzneimittel

Mehr Transparenz über klinische Studien

Bund und Länder veröffentlichen jetzt alle offiziell vorliegenden Informationen über klinische Arzneimittelstudien im Onlineportal „PharmNet.Bund“. Die Datenbank soll Transparenz für Ärzte, Patienten und andere interessierte Bürger schaffen. Das vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) betreute Portal enthält Daten zu Studien ab August 2004. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft kritisierte, dass die Ergebnisse der Studien weiterhin nicht öffentlich sind. ■

Mehr Informationen:
http://www.pharmnet-bund.de
→ Klinische Prüfungen

BUCHTIPPS

Zum Thema „Patientenzufriedenheit“



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von:

Dipl.-Sozialarbeiter

Stephan Dettmers M.A.

Leiter des Sozialdiensts am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, zurzeit Doktorand am Institut für Soziologie der Christian-Albrechts-Universität Kiel

Arnold-Heller-Straße 3
24105 Kiel
Telefon: 0431 597 4003
stephan.dettmers@uksh.de

Autoren/Titel	Inhalt
Rolf Rosenbrock, Susanne Hartung (Hrsg.) Handbuch Partizipation und Gesundheit	Gelebte Patientenpartizipation beeinflusst die Gesundheit positiv. Unter diesem Leitmotiv versammelt dieses Buch eine Vielzahl gesundheitssystem-relevanter Theorien und Forschungsperspektiven. Sie ermöglichen es Akteuren im Gesundheitswesen, ihr fachliches Handeln qualitativ zu verbessern, indem sie auch die Perspektive der Betroffenen einbeziehen. (Huber 2012)
Hans-Wolfgang Hoefert, Martin Härter (Hrsg.) Patientenorientierung im Krankenhaus	Das Buch beschreibt anschaulich und konkret Aspekte, die zur Zufriedenheit unterschiedlicher Patientengruppen während eines Klinikaufenthalts beitragen. In Zeiten knapper zeitlicher, finanzieller und personeller Ressourcen ist es Praktikern im Gesundheitswesen als Grundlagenwerk zur Sensibilisierung für die Interessen der Patienten sehr zu empfehlen. (Hogrefe 2010)
Stephan Buchhester Der Patient als Kunde Patientenzufriedenheit als Dienstleistung im Gesundheitsmanagement	Der Autor beschreibt, wie man Patientenzufriedenheit messen kann, und stellt dazu praxiserprobte Instrumente und einen selbst entwickelten Fragebogen vor. Durch die Fokussierung auf eine eher betriebswirtschaftliche Art der Kundenorientierung eignet sich dieses Buch für Verantwortliche und Marketingexperten in Krankenhäusern. (Akademiker Verlag 2012)
Edwin H. Buchholz Patientenzufriedenheit in deutschen Krankenhäusern	Der Autor stellt die aktuellen Bedingungen durch die Einführung der Diagnosis Related Groups und das tradierte Rollenverständnis mancher Gesundheitsberufe vor und diskutiert kritisch deren mögliche Folgen für Patienten und Angehörige. Eine gute Einführung ins Thema. (Nomos 2011)

Krankenhaus-Report 2013

Mehr Menge, mehr Nutzen?

Auf den Rekordwert von 18,3 Millionen sind 2011 in Deutschland die Krankenhaus-Fallzahlen gestiegen. Das entspricht einer Zunahme von 1,8 Millionen Fällen und einem Plus von 11,8 Prozent je Einwohner seit 2005. Diese Mengenentwicklung im stationären Bereich ist das Schwerpunktthema des aktuellen Krankenhaus-Reports 2013.

Gerne werden die veränderte Altersstruktur der Bevölkerung und die damit einhergehende Erkrankungshäufigkeit für die gestiegene Zahl der Behandlungsfälle in den Kliniken verantwortlich gemacht. Dies erklärt die Zunahme aber nur teilweise, meinen die Autoren des Krankenhaus-Reports 2013. Konkret erklärt der demografische Wandel nur ein gutes Drittel der Mengenzuwächse in den vergangenen Jahren. Eine vorausschauende Analyse im Krankenhaus-Report kommt zu dem Schluss, dass die veränderte Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung zwischen 2008 und 2030 nur einen durchschnittlichen Fallzahlenanstieg von rund 0,6 Prozent pro Jahr begründen wird.

Über 44 Prozent der stationären Leistungszuwächse zwischen 2006 und 2010 gehen auf Erkrankungen des Muskel-Skelett- und des Kreislaufsystems zurück. Bei den Eingriffen an der Wirbelsäule zeigen sich dabei zwischen 2005 und 2010 nicht nur außerordentlich starke Mengenzuwächse von plus 130 Prozent je AOK-Versicherten, sondern auch große regionale Unterschiede. So weisen insbesondere Schleswig-Holstein, Bayern und Hessen hohe Eingriffsraten auf, während in Sachsen und dem Saarland vergleichsweise selten an der Wirbelsäule operiert wird.

Die Mengenentwicklung im Krankenhaus hat keine eindeutige Ursache, sondern geht auf eine Reihe zusammenwirkender Faktoren zurück. So bestehen trotz steigender Fallzahlen in vielen Kliniken nach wie vor Überkapazitäten. Dies hat sich 2011 in einer erneut gesunkenen durchschnittlichen Auslastung von 77,3 Prozent gezeigt. Darüber hinaus begünstigen dem Report zufolge ökonomische Anreize der Fallpauschalenvergütung und regionale Unterschiede bei der Indikationsstellung die steigenden Fallzahlen.

Der Krankenhaus-Report 2013 diskutiert vielfältige Lösungsansätze zum Thema Mengenausweitung. Als ein denkbare ökonomisches Instrument zur Mengensteuerung nennen die Autoren zum Beispiel qualitätsorientierte Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Kliniken. Eine Krankenhausplanung, die die Kapazitäten der Kliniken bedarfsgerecht und qualitätsorientiert anpasst, kann ebenfalls Anreize zur Mengenausweitung reduzieren. Dazu müssten Überkapazitäten in Fachabteilungen mit unterdurchschnittlicher Behandlungsqualität abgebaut werden. Auch die qualitätsorientierte Verlagerung mancher stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich könnte diesen Prozess unterstützen.

Über den Schwerpunkt Mengendynamik hinaus behandelt der Krankenhaus-Report weitere aktuelle Themen. Bestandteil des Buches sind ebenso die Krankenhauspolitische Chronik mit Angaben zu Leistungsspektrum, Wettbewerbssituation und Qualität für rund 1.600 Kliniken und das bewährte Krankenhaus-Directory. Ein umfangreicher Statistikeil, der auf Daten des Statistischen Bundesamtes zu Strukturparametern, Patienten, Behandlungen und Kosten der Krankenhäuser basiert, vervollständigt das Angebot. ■

Über den Schwerpunkt Mengendynamik hinaus behandelt der Krankenhaus-Report weitere aktuelle Themen. Bestandteil des Buches sind ebenso die Krankenhauspolitische Chronik mit Angaben zu Leistungsspektrum, Wettbewerbssituation und Qualität für rund 1.600 Kliniken und das bewährte Krankenhaus-Directory. Ein umfangreicher Statistikeil, der auf Daten des Statistischen Bundesamtes zu Strukturparametern, Patienten, Behandlungen und Kosten der Krankenhäuser basiert, vervollständigt das Angebot. ■



Jürgen Klauber,
Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO)

„Der in den letzten Jahren beobachtete Anstieg der stationären Fallzahlen lässt sich nicht durch die demografische Entwicklung erklären. Er wirft die Frage auf, ob ein Mehr an Menge auch immer ein Mehr an Nutzen bedeutet.“



Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2013, Schwerpunkt: Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? Stuttgart: Schattauer 2012; ca. 450 Seiten, 54,95 €, ISBN 978-3-7945-2884-4

WIDO-TICKER: Informationen zum Praktikantenprogramm des WIDO unter www.wido.de +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter www.wido.de +++ Direktbestellungen von WIDO-Publikationen unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144

Heilmittelbericht 2012

Jeder vierte Sechsjährige benötigt eine Sprachtherapie

Kinder im Grundschulalter sind seit Jahren die größte Patientengruppe in logopädischen Praxen. Die Hälfte aller sprachtherapeutischen Leistungen, die 2012 zulasten der AOK verordnet wurden, ging an Kinder zwischen fünf und neun Jahren.



Von den sechsjährigen AOK-versicherten Jungen wurden 2012 rund 25 Prozent mit einer Sprachtherapie unterstützt. Bei den gleichaltrigen Mädchen lag dieser Anteil bei knapp 17 Prozent. Rund 34,6 Millionen Mal hat einer der 139.500 Vertragsärzte der gesetzlichen Kranken-

versicherung (GKV) 2012 eine Heilmittelverordnung für Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie ausgestellt. Dahinter verbergen sich 274 Millionen einzelne Sitzungen.

Der jährliche Heilmittelbericht, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) Mitte Dezember veröffentlicht hat, beschreibt diese Leistungen detailliert. Rein rechnerisch hat jeder gesetzlich Versicherte fast vier einzelne Behandlungen zu Kosten von insgesamt knapp 70 Euro erhalten, wobei das Umsatz- und Verordnungsvolumen regional sehr unterschiedlich ausfällt. Bundesweit hat die Heilmittel-

versorgung insgesamt 4,9 Milliarden Euro gekostet. Am häufigsten wurde Physiotherapie verordnet. Ihr Anteil betrug 85 Prozent aller Behandlungen. Dabei dominiert die Krankengymnastik, die mehr als 2,6 Millionen AOK-Versicherte mindestens einmal beansprucht haben.

Die Analysen des Heilmittelberichts umfassen die Inanspruchnahme von Heilmitteltherapien nach Alter, Geschlecht, Region und Behandlungsanlass. Er bildet die Grundlage für die Verhandlungen zwischen Ärzten, Therapeuten und Krankenkassen über eine hochwertige und wirtschaftliche Heilmittelversorgung. ■

Waltersbacher A: Heilmittelbericht 2012. 55 Seiten. Als kostenloser Download unter: http://wido.de/heilmittel_2012.html

Arzneimittel

Gefährliche Kombinationen

Oft nehmen Patienten mehrere Arzneimittel gleichzeitig ein, die miteinander in Wechselwirkungen treten können. Anhand einer Datenbank von Wirkstoffinteraktionen hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) erstmals analysiert, wie oft solche Risiken bei AOK-Versicherten vorkommen.

An der Spitze der kontraindizierten Wirkstoffpaare, die nicht gemeinsam verordnet werden sollten, steht mit rund 120.000 Fällen die Kombination des Blutdrucksenkers Aliskiren mit ACE-Hemmern oder Sartanen, die ebenfalls bei Bluthochdruck verordnet werden. Für Patienten mit Diabetes

oder Niereninsuffizienz kann diese Kombination lebensbedrohlich sein. Insgesamt kam es im ersten Quartal 2012 zu rund 206.000 solcher kontraindizierten Kombinationsverordnungen. In weiteren 2,3 Millionen Fällen wurden Arzneimittel gemeinsam verordnet, die zwar nicht kontraindiziert sind, aber schwerwiegende Interaktionspotenziale bergen.

Hinzu kommen 11,3 Millionen Fälle von Kombinationsverordnungen, die mit moderaten, teils sogar gewollten Interaktionspotenzialen einhergehen. Dazu zählt etwa die Kombination von ACE-Hemmern mit Diuretika, die beide den Blutdruck senken und darum oft gemeinsam verordnet werden.

Das Risiko dieser beabsichtigten Wechselwirkung ist ein zu starker Blutdruckabfall. Die Vermutung, dass mangelnde Kommunikation der behandelnden Ärzte die Interaktionsrisiken verursacht, trifft nicht zu. Selbst bei den eindeutig kontraindizierten Wirkstoffkombinationen löst in rund 80 Prozent der Fälle die Verschreibung nur eines Arztes die Risiken aus. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen verursachen Krankenhaus-Notaufnahmekosten, die für Deutschland auf jährlich über eine Milliarde Euro geschätzt werden. Das WIdO erhellt mit seiner Analyse einen Bereich, in dem die Therapiequalität verbessert und Kosten eingespart werden können. ■

Literatur: Eichler U, Langner I, Selke GW: On the frequency of drug-drug interactions in ambulatory care. www.egms.de/static/de/meetings/gaa2012/12gaa15.shtml; Meier F, Maas R, Sonst A et al.: The direct costs of adverse drug events in emergency department admissions. www.egms.de/static/de/meetings/gaa2012/12gaa19.shtml

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Gisbert Selke: „European Models of New Medicines Assessment – lessons for and from SMC“, Präsentation auf der Scottish Medicines Consortium 10 Year Anniversary Conference, Edinburgh, 3/13 +++ Dr. Uwe Eichler: „Zur Häufigkeit von Arzneimittel-Interaktions-Potentialen in der ambulanten Versorgung“, 19. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelforschung und Arzneimittel-epidemiologie (GAA), Jena, 11/12 +++ Klaus Zok: „IGel: Gesetzlich versichert – privat bezahlen“, 22. Jahrestagung des MDK Hessen, Offenbach, 11/12 +++ Christian Günster: „Routinedaten in der Qualitätssicherung – Potentiale für eine bessere Versorgung. GKV-Routinedaten in der Versorgungsforschung“ Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö)/SRH Hochschule Berlin, 11/12

Gesundheitspolitik in Zeiten der Krise

von Rolf Schmucker¹

ABSTRACT

Die Wirtschafts- und Finanzkrise hat zahlreiche europäische Länder erfasst. Die Staaten sind mit wirtschaftlicher Rezession, hoher öffentlicher Verschuldung und steigender Arbeitslosigkeit konfrontiert. In dieser Situation setzen viele Regierungen auf eine strikte Austeritätspolitik, um die öffentlichen Haushalte zu sanieren. Im Rahmen dieser Entwicklung sind auch die Gesundheitssysteme in den Fokus der Konsolidierungsprogramme gerückt. Die gesundheitspolitischen Krisenreaktionen in den besonders betroffenen Ländern bestehen aus kurz- und mittelfristigen Instrumenten. Während die Auswirkungen der Strukturreformen noch nicht absehbar sind, sind die zum Teil drastischen Einsparungen unmittelbar spürbar. Die Bevölkerungen in den betroffenen Ländern nehmen eine deutliche Verschlechterung der Gesundheitsversorgung wahr. Die Austeritätspolitik gerät in Widerspruch zu gesundheitspolitischen Zielsetzungen. Die Lage wird dadurch verschärft, dass die Krise die sozialen Determinanten von Gesundheit negativ beeinflusst. Einem wachsenden Bedarf an Präventions- und Versorgungsleistungen steht ein reduziertes Angebot gegenüber.

Schlüsselwörter: Wirtschafts- und Finanzkrise, Austeritätspolitik, Gesundheitssysteme, Zugang zu Gesundheitsleistungen

The economic and financial crisis has affected many European countries. The States are confronted with an economic recession, high public debt and rising unemployment. In this situation, many governments rely on a strict austerity policy to rehabilitate public finances. In the course of this development, the health care systems have recently been moved into the focus of the consolidation programs. In most affected countries, health-related responses to the crisis consist of short- and medium-term instruments. While the impact of structural reforms cannot be predicted, the in some cases dramatic savings are immediately noticeable. People in the affected countries perceive a significant deterioration of health care. The austerity policy clashes with health policy objectives. The situation is aggravated by the fact that the crisis adversely affects the social determinants of health. A growing demand for prevention and health care services is offset by a reduced supply.

Keywords: economic and financial crisis, austerity policy, health care systems, access to health services

1 Von der Finanzmarktkrise zur Gesundheitsreform

Die im Sommer 2007 einsetzende Subprime-Krise auf dem US-amerikanischen Hypothekenmarkt gilt als Ausgangspunkt der bis heute andauernden, weltweit spürbaren Krisenprozesse. Zuerst in den USA, nachfolgend auch in vielen europäischen Ländern, standen Finanzinstitute, die sich auf hochspekulative Immobiliengeschäfte eingelassen hatten, vor dem Zusammenbruch. Die Krise blieb jedoch nicht auf

den Finanzsektor beschränkt, sondern weitete sich in zahlreichen Ländern auf die Entwicklung der Realwirtschaft und den Arbeitsmarkt aus. Der 2008 drastisch eingebrochenen Industrieproduktion in Europa und den in der Folge stark steigenden Arbeitslosenzahlen begegneten die Regierungen in vielen Ländern anfangs mit umfangreichen Konjunkturprogrammen. Die zunehmende Verbindung von Bankenkrise, Wirtschaftskrise und Schuldenkrise veranlasste jedoch viele Regierungen zu einer Wende hin zur Austeritätspolitik (Vis et al. 2011).

¹Dr. phil. Rolf Schmucker, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften · Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld
Telefon: 0521 106-4260 · Telefax: 0521 106-89049 · E-Mail: rolf.schmucker@uni-bielefeld.de

Für Griechenland, Irland und Portugal ist die Lage besonders prekär. Hohe Staatsverschuldungen und fehlende Finanzierungsmöglichkeiten über die internationalen Finanzmärkte zwangen die Regierungen im Jahr 2010 (Griechenland und Irland) beziehungsweise 2011 (Portugal), Leistungen aus dem europäischen Rettungsschirm in Anspruch zu nehmen. Damit verbunden ist ein politischer Autonomieverlust, da die Zahlung von Hilfskrediten aus dem Rettungsschirm an strikte austeritätspolitische Vorgaben gekoppelt ist. Die „Troika“, bestehend aus Vertretern des Internationalen Währungsfonds (IWF), der Europäischen Zentralbank (EZB) und der EU-Kommission, vereinbart mit den Regierungen Anpassungsprogramme, deren erfolgreiche Umsetzung die Bedingung für die Auszahlung weiterer Kredite darstellt. Wichtige politische Entscheidungen, auch hinsichtlich der Gesundheitssysteme, werden im Rahmen der durch die Troika formulierten Konsolidierungsziele getroffen.

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) unterscheidet hinsichtlich der Krisenbetroffenheit vier Ländergruppen (Tabelle 1). Die erste Gruppe (A) besteht aus den genannten drei Ländern, die auf Hilfeleistungen aus dem europäischen Rettungsschirm angewiesen sind und massiven, international kontrollierten

Sparauflagen unterliegen. In der zweiten Gruppe (B) werden Länder zusammengefasst, die ein hohes Haushaltsdefizit aufweisen und unter starkem Druck der Finanzmärkte stehen. Zu dieser Gruppe gehören zum Beispiel Ungarn, Italien, Polen, Slowenien und Spanien. Gruppe C ist ebenfalls durch ein hohes Haushaltsdefizit gekennzeichnet, die Länder erhalten jedoch günstigere Zinssätze an den Finanzmärkten, wodurch der Konsolidierungsdruck reduziert wird. Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan und die USA werden dieser Gruppe zugerechnet. Die vierte Gruppe (D) schließlich zeichnet sich durch ein niedriges Niveau der Haushaltsverschuldung aus. Hierzu zählen unter anderen Norwegen, Schweden und die Schweiz (OECD 2012a, 24). Bei der Betrachtung der gesundheitspolitischen Krisenreaktionen stehen im Folgenden die drei A-Länder, die B-Länder Italien und Spanien sowie die Nicht-OECD-Mitglieder Bulgarien und Rumänien im Mittelpunkt.

Hinsichtlich der gesundheitspolitischen Krisenreaktionen in Europa liegen bislang nur wenige systematische und empirisch fundierte Analysen vor. Neben einigen Einzeldarstellungen, die sich mit ausgewählten Ländern beschäftigen, ist hier vor allem die Expertenbefragung zu nennen, die das European Observatory on Health Systems and Po-

TABELLE 1

Krisenbetroffenheit nach Ländergruppen

Gruppe	Länder
A-Länder auf Hilfeleistungen aus dem europäischen Rettungsschirm angewiesen; unterliegen massiven, international kontrollierten Sparauflagen	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">• Griechenland <li style="width: 33%;">• Irland <li style="width: 33%;">• Portugal
B-Länder weisen hohes Haushaltsdefizit auf; stehen unter starkem Druck der Finanzmärkte	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">• Belgien <li style="width: 33%;">• Italien <li style="width: 33%;">• Polen <li style="width: 33%;">• Slowakei <li style="width: 33%;">• Slowenien <li style="width: 33%;">• Spanien <li style="width: 33%;">• Ungarn
C-Länder weisen hohes Haushaltsdefizit auf; erhalten jedoch günstigere Zinssätze an den Finanzmärkten	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">• Dänemark <li style="width: 33%;">• Deutschland <li style="width: 33%;">• Finnland <li style="width: 33%;">• Frankreich <li style="width: 33%;">• Großbritannien <li style="width: 33%;">• Island <li style="width: 33%;">• Israel <li style="width: 33%;">• Kanada <li style="width: 33%;">• Neuseeland <li style="width: 33%;">• Niederlande <li style="width: 33%;">• Österreich <li style="width: 33%;">• Tschechische Rep.
D-Länder niedriges Niveau der Haushaltsverschuldung	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">• Australien <li style="width: 33%;">• Chile <li style="width: 33%;">• Estland <li style="width: 33%;">• Korea <li style="width: 33%;">• Luxemburg <li style="width: 33%;">• Mexiko <li style="width: 33%;">• Norwegen <li style="width: 33%;">• Schweden <li style="width: 33%;">• Schweiz <li style="width: 33%;">• Türkei

Quelle: OECD 2012a; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

TABELLE 2

Kurzfristig wirksame Instrumente zur Veränderung der Einnahmen- und Ausgangensituation*

	Bulgarien	Griechenland	Irland	Italien	Portugal	Rumänien	Spanien
Allgemein Kürzung Gesundheitsbudget	●	●	●	●	●	●	●
Anhebung Versicherungsbeiträge / Steuern	●	●	●	●	●	●	○
Erhöhung von Patientenzuzahlungen	○	●	●	●	●	●	○
Gehaltskürzungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen	●	●	●	○	●	●	○
Einschränkungen Leistungskatalog	●	●	●	○	●	○	○

*(Stand April/Mai 2011)

Quelle: Zusammenstellung n. Mladovsky et al. 2012, 38ff.; G+C Wissenschaft 2013

licies zusammen mit dem europäischen Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt hat (Mladovsky et al. 2012) und die einen Überblick über die gesundheitspolitischen Krisenreaktionen in Europa zum Zeitpunkt April/Mai 2011 bietet. Auf Grundlage dieser Daten lassen sich zwei grobe Entwicklungstrends der Gesundheitspolitik in der Krise unterscheiden. Unter dem Druck der Finanzierungssituation versuchen viele Regierungen einerseits, einen unmittelbar wirksamen Einfluss auf die Einnahmen- und Ausgangensituation in den öffentlich finanzierten Systemen zu nehmen. Mittel- und langfristig angelegte Instrumente zielen andererseits auf eine Erhöhung von Effizienz und Effektivität in den Gesundheitssystemen ab.

1.1 Kurzfristige Konsolidierungsinstrumente

Der Blick auf die kurzfristig wirksamen Maßnahmen verdeutlicht, dass sich die finanzielle Lage in den Gesundheitssystemen vieler Länder dramatisch verschlechtert hat. Die zur Verfügung stehenden Budgets wurden vor dem Hintergrund sinkender Steuer- beziehungsweise Beitragseinnahmen zum Teil drastisch reduziert (OECD 2012b, 120). Die von einigen Regierungen durchgesetzten Erhöhungen der Versicherungsbeiträge konnten diese Entwicklung nicht ausgleichen. Gleichzeitig kommt es in vielen Ländern zu einer Verlagerung der Finanzierungslast auf die Patienten in Form erhöhter Zuzahlungen. Es fällt auf, dass die „Bailout-Staaten“ Griechenland, Irland und Portugal das Arsenal an kurzfristig wirksamen Sparmaßnahmen am umfassendsten nutzen,

während andere Länder nur einen Teil der möglichen Instrumente einsetzen (Tabelle 2).

Beitragserhöhungen und Patientenzuzahlungen nehmen je nach Haushaltslage und Gesundheitssystemtyp unterschiedliche Formen und Ausmaße an. Zum Teil versuchten die Regierungen, die Belastung besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen durch erhöhte Beiträge und Zuzahlungen etwas abzumildern. Während zum Beispiel in Irland die Gesundheitsausgaben generell gekürzt wurden, erhielt das System der „Medical Card“ zusätzliche Steuerzuschüsse. Mit der Medical Card soll der zuzahlungsfreie Zugang von bedürftigen Personen zur Primärversorgung sichergestellt werden. Gleichzeitig wurde allerdings einem Teil der Rentnerinnen und Rentner die Berechtigung zum Erhalt dieser Karte entzogen (Thomas und Burke 2012). In Portugal wurden Zuzahlungen für Arzneimittel, Impfungen und medizinische Gutachten angehoben. Gleichzeitig wurde ein größerer Teil der Bevölkerung davon befreit. Die Regierung schätzt, dass 70 Prozent der Bevölkerung von den Gebühren ausgenommen sind (Barros 2012). In Italien wurden Zuzahlungen erhöht beziehungsweise neu eingeführt wie zum Beispiel eine Konsultationsgebühr in Höhe von zehn Euro. Ausnahmen für Geringverdiener sind dabei nicht vorgesehen (Day 2011).

Neben den Patienten stehen die Beschäftigten in den Gesundheitseinrichtungen im Fokus vieler Sparpakete. Hier wird zum einen mit Personalabbau in der öffentlichen Verwaltung und in den Versorgungseinrichtungen operiert. In

Irland wurde ein Einstellungsstopp für Ärzte, Pflegekräfte und weitere Gesundheitsberufe verfügt (Thomas und Burke 2012). In Griechenland werden Zeitverträge im Öffentlichen Dienst und damit auch in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht mehr verlängert und nur jeder fünfte Beschäftigte, der in den Altersruhestand geht, soll durch eine Neueinstellung ersetzt werden (Zaracostas 2011). Zum anderen werden in vielen Ländern die Gehälter der Beschäftigten deutlich gekürzt. Aus Spanien wird für das Jahr 2010 ein Einkommensrückgang für Ärzte und Pflegekräfte von fünf bis sieben Prozent berichtet (de Lago 2011). In Portugal wurden die Einkommen eingefroren, in Griechenland wurde ab 2011 ein Rückgang im zweistelligen Prozentbereich durchgesetzt und die rumänische Regierung kürzte die Gehälter aller öffentlichen Angestellten und damit auch der Beschäftigten im Krankenhaussektor im Jahr 2010 gar um 25 Prozent (Mladovsky et al. 2012).

Die vorgenommenen Einschränkungen der Leistungskataloge in den öffentlichen Gesundheitswesen zielen häufig auf die Arzneimittelversorgung. Hier wird einerseits mit dem Instrument der Positivliste agiert (z. B. Bulgarien, Griechenland), andererseits werden einzelne Arzneimittel aus der Erstattungsfähigkeit herausgenommen (z. B. Portugal). In Griechenland wurde der Zusammenschluss der verschiedenen Sozialversicherungsträger im Jahr 2011 zu einer Vereinheitlichung der vormals differierenden Leistungskataloge genutzt. Im Zuge dieses Prozesses wurden einige kostspielige diagnostische Verfahren aus dem Leistungskatalog gestrichen (Kaitelidou und Kouli 2012, 13). Die irische Regierung kürzte 2010 die Zuschüsse für die zahnärztliche Versorgung bedürftiger Versicherter. Die Beschäftigten im öffentlichen Dienst Portugals müssen seit 2011 auf eine Reihe von Leistungen verzichten, die zuvor in der Folge von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten abgedeckt waren (Mladovsky et al. 2012).

Die angeführten Beispiele sind eine Momentaufnahme aus dem Frühjahr 2011. Seitdem hat sich die Wucht der Krise in vielen Ländern kaum verringert und weitere gesundheitspolitische Sparpakete sind verabschiedet worden. Die spanische Regierung etwa hat im Frühjahr 2012 ein Gesetz verabschiedet, mit dem die öffentlichen Gesundheitsausgaben um weitere zehn Prozent (rund sieben Milliarden Euro) reduziert werden sollen. Das Gesetz sieht unter anderem zusätzliche Belastungen der Rentner in der Arzneimittelversorgung vor und streicht die kostenlose medizinische Versorgung von Immigranten ohne Aufenthaltsgenehmigung (Casino 2012).

1.2 Mittel- und langfristiger struktureller Wandel

Neben den skizzierten kurzfristigen Maßnahmen werden in der Krise verschiedene strukturelle Eingriffe in die öffentlichen Gesundheitssysteme vorgenommen (vgl. zum folgen-

den Abschnitt Mladovsky et al. 2012). Dabei ist nicht immer eindeutig, inwiefern es sich um explizite Krisenreaktionen handelt. Zum Teil werden Reformen umgesetzt, die schon seit längerem auf der politischen Agenda der jeweiligen Länder stehen. Hier ist zu beobachten, dass die Krise einen Katalysatoreffekt erzeugt, durch den die Umsetzung bereits diskutierter oder geplanter Maßnahmen beschleunigt wird. Strukturelle Veränderungen betreffen die Verteilung von Zuständigkeiten und Steuerungskompetenzen, die Gestaltung der Kooperationsbeziehungen der verschiedenen Akteure, die Koordination der unterschiedlichen Versorgungssektoren sowie die Kriterien und Prozesse der Ressourcenallokation im System. Den verschiedenen eingesetzten strukturellen Instrumenten ist gemein, dass sie weniger die kurzfristige finanzielle Konsolidierung verfolgen – obwohl auch dieses Ziel häufig mit Strukturreformen verknüpft ist – als mittel- und langfristige Wirkungen der Effizienz- und die Effektivitätssteigerung. In den hier betrachteten Ländern lassen sich vier strukturelle Veränderungstendenzen unterscheiden. Erstens kommt es zu Eingriffen in die Versorgungsstrukturen, zweitens werden Vergütungssysteme modifiziert, zum Dritten kommt es zu Reformen verschiedener Preisbildungsmechanismen und viertens werden administrative Strukturen verändert.

1.2.1 Versorgungsstrukturen

Hinsichtlich der Versorgungsstrukturen steht der Krankenhaussektor im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Krisenreaktionen. Sowohl die Schließung und die Fusion öffentlicher Krankenhäuser als auch der Abbau von Krankenhausbetten werden zum Teil in großem Umfang betrieben (Bulgarien, Griechenland, Irland, Portugal, Rumänien). In einigen Ländern war der Bettenabbau schon vor Krisenbeginn Ziel der Gesundheitspolitik gewesen (z. B. Portugal), durch die Krise wurde er jedoch deutlich intensiviert. Die Ressourcenknappheit hat auch dazu geführt, bereits geplante Modernisierungen beziehungsweise Neubauten von Versorgungseinrichtungen zu stoppen (z. B. Rumänien). Gleichzeitig findet sich in einigen Ländern der Versuch, die Krankenhausbedarfsplanung auf eine neue Grundlage zu stellen (z. B. Bulgarien, Griechenland). Darüber hinaus wird aus fast allen Ländern von Budgetkürzungen im ambulanten und stationären Sektor berichtet. Die Einrichtungen müssen mit zum Teil deutlich geringeren Ressourcen auskommen, Einstellungsstopps sollen den Personalabbau vorantreiben (z. B. Griechenland, Irland), neue Anreizsysteme und eine Modernisierung des klinischen Managements sollen die Durchführung unnötiger Therapien und Diagnostiken verhindern (z. B. Portugal, Spanien), die Einführung von elektronischen Verschreibungssystemen soll einen rationaleren Gebrauch von Arzneimitteln befördern (z. B. Griechenland, Spanien).

1.2.2 Vergütungs- und Abrechnungssysteme

Auf dem Feld der Vergütungs- und Abrechnungssysteme zeigen sich verschiedene krisengetriebene Entwicklungen. In

Griechenland und Bulgarien wurden im stationären Sektor Vorbereitungen zur Einführung eines DRG-Systems getroffen. Damit verbunden ist die Erwartung, die Transparenz des Versorgungsgeschehens zu erhöhen, die Verweildauern zu verkürzen und einen zweckmäßigen und effizienteren Ressourceneinsatz zu erreichen. Auch im ambulanten Bereich gibt es Bemühungen, die Ausgabenentwicklung stärker zu steuern. Zu diesem Zweck werden einerseits allgemeine Budgetkürzungen durchgesetzt (z. B. Irland), andererseits kommt es zu Veränderungen in den Honorarsystemen. Letzteres geschieht durch die Absenkung von Punktwerten für erbrachte Leistungen (z. B. Rumänien) oder durch einen Wechsel der Anreizsysteme, wie es durch den Übergang zu Kopfpauschalen in Portugal und die Einführung von Elementen leistungsorientierter Vergütung in Italien der Fall ist. Der Versuch, weitergehende strukturelle Veränderungen im Bereich der ambulanten Versorgung durchzusetzen, ist in einzelnen Fällen jedoch am Widerstand der Ärzteschaft gescheitert (Bulgarien, Rumänien).

1.2.3 Preisbildungsmechanismen

Der Versuch, die Ausgabenentwicklung durch veränderte Preisbildungsmechanismen zu steuern, findet sich vorrangig im Bereich der Arzneimittel. Der Zugriff des Staates wird verstärkt, indem konkrete Einsparziele formuliert werden, wie etwa die Reduzierung der Arzneimittelausgaben um ein Prozent des BIP in Griechenland (2011). Eine unmittelbare Krisenreaktion ist die Neuverhandlung von Arzneimittelpreisen mit der Industrie (Irland, Spanien). Auch die Stärkung von Einkaufsmacht durch die Einführung zentraler Beschaffungsmechanismen soll zur Preisreduzierung genutzt werden (Portugal). Um auch mittel- und langfristig niedrigere Preise zu erzielen, wurden in einer Reihe von Ländern Referenzpreissysteme eingeführt beziehungsweise modifiziert (Portugal, Rumänien). Aus Rumänien wird zudem die Einführung eines Rabattmechanismus berichtet, der entsprechend den Umsätzen der Pharmaunternehmen gestaffelt ist. Neben den unmittelbar auf Preissenkung ausgerichteten Instrumenten findet sich verbreitet der Versuch, das Verschreibungsverhalten der Leistungserbringer in Richtung einer höheren Kosteneffektivität zu verändern. Im Mittelpunkt vieler Maßnahmen zu Arzneimittelverschreibungen steht zudem die Förderung des Generika-Einsatzes, sei es über Positivlisten (Griechenland), die gesetzliche Vorgabe, Wirkstoffe und keine Markennamen zu verschreiben (Portugal), oder den Einsatz von Verschreibungssystemen, in denen die Kosteneffektivität der Präparate berücksichtigt wird (Katalonien).

1.2.4 Administrative Strukturen

Der Einfluss der Krise auf die administrativen Strukturen der Gesundheitssysteme macht sich in vielfältigen institutionellen Reformen und Veränderungen der Steuerungskompetenzen bemerkbar. Es finden sich sowohl Zentralisierungstendenzen als auch Verschiebungen von Aufgaben und

Zuständigkeiten auf regionale und lokale Ebenen. Die Einführung zentraler Beschaffungsprozeduren für Arzneimittel und Medizinprodukte bündelt Kompetenzen auf der zentralstaatlichen Ebene. In diese Richtung geht auch die Schaffung neuer nationaler Institutionen für die Verwaltung der Gesundheitsdienste. Dies ist zum Beispiel in Griechenland der Fall, wo aber auch gleichzeitig einzelne Steuerungsfunktionen regionaler und kommunaler Behörden gestärkt werden. Solche Dezentralisierungsprozesse werden hinsichtlich der Krankenhaussteuerung auch für Rumänien berichtet. In Griechenland wurden die Gesundheitszweige verschiedener gesetzlicher Krankenversicherungsträger (Arbeitnehmer, Selbstständige, Öffentlicher Dienst, Landwirtschaft) zusammengelegt und einem einzigen Träger unterstellt. Damit sollen Rationalisierungspotenziale in der Krankenversicherung erschlossen und die Leistungen für alle Versicherten vereinheitlicht werden.

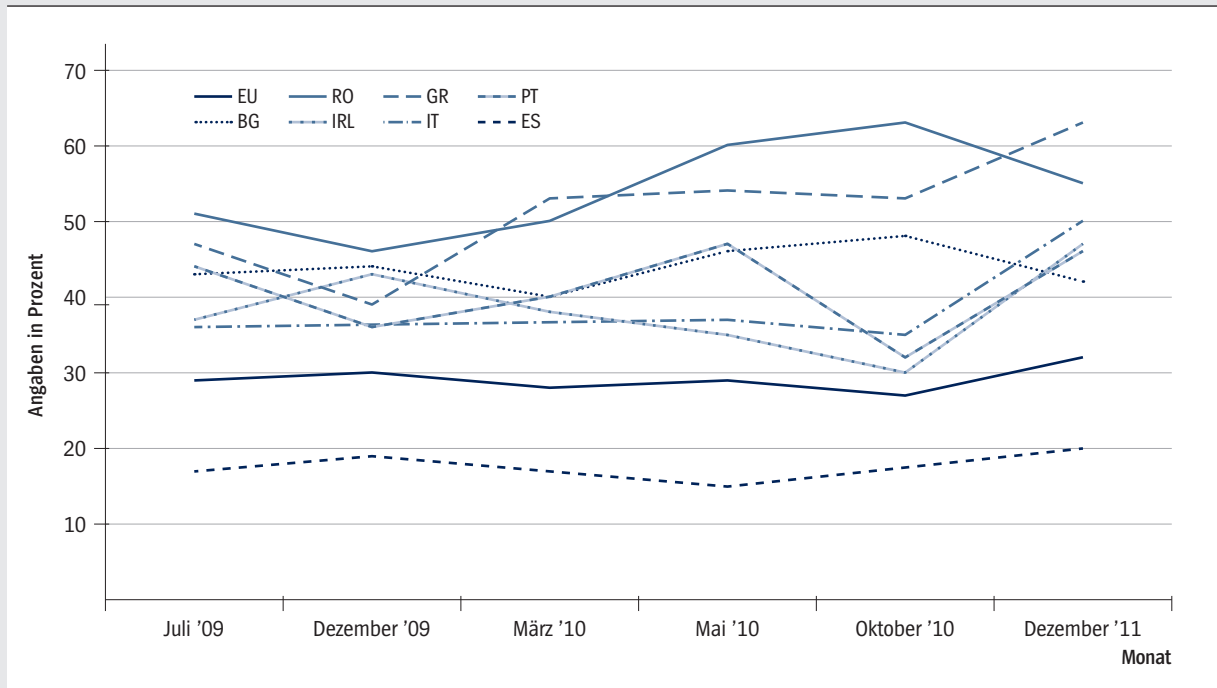
2 Wahrnehmung der Krisenfolgen in der Bevölkerung

Belastbare Daten über die unmittelbaren Konsequenzen der gesundheitspolitischen Krisenreaktionen liegen bislang noch nicht vor. Es mehren sich allerdings die empirischen Hinweise, dass die Krise den Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert und die Ressourcenknappheit (informelle) Rationierungen verstärkt. Inwiefern die dargestellten mittel- und langfristigen Strukturveränderungen die gewünschten Ergebnisse hervorbringen, ist derzeit ebenfalls noch nicht absehbar. Quantifizierbare Ergebnisse der gesundheitspolitischen Krisenstrategien sind erst in den kommenden Jahren zu erwarten. Erste Hinweise auf die Wirkungen der Maßnahmen aus Sicht der Bevölkerung lassen sich jedoch den Surveys entnehmen, die die Europäische Kommission in unregelmäßigen Abständen durchführt, um die sozialen Folgen der Krise zu erheben. In der repräsentativen Befragung geht es unter anderem um die wahrgenommenen Veränderungen in der Gesundheitsversorgung. Eine Frage ist darauf gerichtet, ob es in den vergangenen sechs Monaten schwieriger geworden sei, für sich selbst oder Familienangehörige Versorgungsleistungen zu bezahlen (Abbildung 1).

Im EU-Durchschnitt gaben in den sechs Befragungswellen zwischen Juli 2009 und Dezember 2011 etwa 30 Prozent der Befragten an, es sei „etwas schwieriger“ oder „viel schwieriger“ geworden, für die Leistungen der Gesundheitsversorgung aufzukommen. In den von der Krise besonders stark betroffenen Ländern stellt sich die Situation unterschiedlich dar. In sechs der sieben betrachteten Länder ist die Wahrnehmung zum Teil deutlich negativer als im EU-Durchschnitt. Im Dezember 2011 erreicht die Einschätzung im EU-Schnitt den vorläufigen Tiefpunkt. In Griechenland geben im De-

ABBILDUNG 1

Wahrgenommene Verschlechterung in der Bezahlbarkeit der allgemeinen Gesundheitsversorgung im Zeitraum von Juli 2009 bis Dezember 2011



Quelle: EC 2009–2012, eigene Zusammenstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

zember 2011 63 Prozent der Bevölkerung an, dass es in den vergangenen sechs Monaten schwieriger geworden sei, Leistungen der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu bezahlen. In Rumänien, Bulgarien, Portugal, Italien und Irland liegen die Werte zwischen 42 und 55 Prozent. Auffällig sind die relativ geringen Werte in Spanien (20 Prozent). Hinsichtlich der Bezahlbarkeit der Langzeitpflege fallen die Bewertungen noch negativer aus. Im Dezember 2011 gaben 85 Prozent der Griechen an, dass es schwieriger geworden sei, für die Pflege aufzukommen. In Bulgarien, Italien, Irland, Portugal, Rumänien und Spanien liegt der Anteil zwischen 47 und 56 Prozent (EC 2012, 70).

Zusätzlich zu den Befragungen über die sozialen Auswirkungen der Krise gibt die Europäische Kommission repräsentative Befragungen in Auftrag, die das „social climate“ in den EU-Mitgliedstaaten abbilden sollen. Dort werden die Befragten auch danach befragt, wie sie die Entwicklung des jeweiligen Gesundheitssystems bewerten. In allen hier betrachteten Ländern gaben die Befragten im Juni 2011 an, dass sich die Situation in den Gesundheitssystemen in den vergangenen fünf Jahren verschlechtert habe. Und auch die Erwartungen

an die zukünftigen Entwicklungen sind negativ. Eine Mehrheit der Befragten in allen sieben Ländern geht von einer weiteren Abwärtsentwicklung im Gesundheitswesen in den kommenden zwölf Monaten aus (EC 2011b, 72).

3 Wandel gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen

Während die konkreten Effekte der krisengetriebenen gesundheitspolitischen Veränderungen derzeit noch nicht quantifizierbar sind, zeichnen sich grundlegende Veränderungen gesundheitspolitischer Gestaltungsspielräume und die Entstehung neuer Problemlagen ab. Zum einen sind die Ziele von Austeritäts- und Gesundheitspolitik nicht kongruent. Zum anderen kommt es in den von der Krise besonders betroffenen Ländern zu einer wachsenden Kluft zwischen schwindenden Ressourcen und wachsendem Versorgungsbedarf.

Der strikte austeritätspolitische Kurs, den viele europäische Krisenländer, der IWF und die EU-Kommission einge-

schlagen haben, dominiert die gesundheitspolitischen Krisenreaktionen. „So far, the discussion has been limited to finance ministers and their counterparts in the international financial institutions. Health ministers have failed to get a seat at the table.“ (McKee et al. 2012b, 349)

Originär gesundheitspolitische Ziele, wie die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit durch einen universalistischen Zugang zu einer umfassenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung sowie die Reduzierung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit (Rat der EU 2006), treten angesichts der Haushaltslage in den Hintergrund. Die kurzfristig wirksamen pauschalen Kürzungen der Gesundheitsbudgets und die Einführung beziehungsweise Erhöhung von Zuzahlungen gefährden vor allem die Versorgung von Patienten mit geringen finanziellen Möglichkeiten. Währenddessen bleibt der Druck der Finanzmärkte unverändert hoch. Die Ratingagentur Standard & Poor's warnte unlängst davor, dass steigende Gesundheitsausgaben die Kreditwürdigkeit in den G-20-Staaten gefährde, und forderte eine Reduzierung öffentlich finanzierter Gesundheitsleistungen (Standard & Poor's 2012). Alternative politische Strategien liegen durchaus vor. „Gesundheitskeynesianische“ Vorstellungen setzen auf (antizyklische) Investitionen in die Gesundheitssysteme, wodurch sowohl eine Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit als auch wirtschaftliches Wachstum gefördert werden könnten. Noch im Jahr 2008 hatten sich die Gesundheitsminister der europäischen WHO-Region in der Charta von Tallinn feierlich auf ein entsprechendes Vorgehen verständigt (WHO Europa 2008). Im Verlauf der Krise sind derartige gesundheitspolitische Krisenreaktionen jedoch an den Rand gedrängt worden (McKee et al. 2012a).

Der langfristige Trend steigender öffentlicher Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern wurde durch die Krise verlangsamt beziehungsweise gestoppt. In einer Reihe von europäischen Ländern sank der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt. Die realen Ausgaben gingen im Jahr 2010 gegenüber dem Vorjahr in Irland um 10,8 Prozent, in Griechenland um 9,9 Prozent zurück. In Deutschland stiegen die Gesundheitsausgaben im selben Zeitraum um 2,4 Prozent an (OECD 2012c). Die einschneidenden Ausgabenkürzungen führen somit zu einer deutlichen Reduzierung gesundheitspolitischer Handlungsspielräume. Gleichzeitig beeinträchtigt die Krise die sozialen Determinanten von Gesundheit auf vielfältige Weise (Kaplan 2012). Steigende Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und negative Zukunftserwartungen, eine Reduzierung des verfügbaren Einkommens, Verschlechterungen der Wohnsituation, wachsende Armut etc. wirken sich negativ auf den Gesundheitszustand der betroffenen Bevölkerungsschichten aus. Erfahrungen aus vergangenen Wirtschaftskrisen belegen einen Anstieg der Mortalität und der Morbidität (Economou et al. 2008; Falagas et al. 2009; Paul und Moser 2009;

Suhrcke et al. 2011). Die Studien belegen zudem, dass der negative gesundheitliche Effekt wirtschaftlicher Krisen in den Ländern stärker ausgeprägt ist, die über ein geringeres Niveau wohlfahrtsstaatlicher Leistungen und aktiver Arbeitsmarktpolitik verfügen und ein höheres Maß an sozialer Ungleichheit aufweisen. In der gegenwärtigen Krise besteht die Gefahr, dass der Abbau sozial- und gesundheitspolitischer Leistungen die Abwärtsspirale aus sozialer Deprivation und Verschlechterung des Gesundheitszustands verstärkt.

4 Fazit

Im Schatten der politischen Aktivitäten zur Bewältigung der Finanz- und Schuldenkrise finden Veränderungen statt, die die sozialen Determinanten von Gesundheit und die Gestalt der gesundheitlichen Versorgungssysteme in den von der Krise betroffenen Ländern nachhaltig beeinflussen. Die besondere gesundheitspolitische Relevanz entsteht aus der gleichzeitigen Verschlechterung der sozialen Lage großer Teile der Bevölkerung und dem offensichtlich erschwerten Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem. Die konkreten gesundheitsbezogenen Krisenfolgen sind derzeit noch nicht quantifizierbar. Unklar ist auch, ob die umgesetzten und geplanten Strukturreformen der Gesundheitssysteme mittel- bis langfristig die gewünschten Wirkungen entfalten werden. Eine Bewertung der Situation wird dadurch erschwert, dass bislang nur unvollständige und zum Teil widersprüchliche Informationen vorliegen. Hier besteht großer Bedarf an wissenschaftlicher Analyse und umfassender Transparenz hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Auswirkungen der Krise.

Aus Public-Health-Perspektive ist es dringend erforderlich, über Alternativen zur Austeritätspolitik und ein antizyklisches „investment in health“ nachzudenken. Dies gilt auch für die Länder, die von der Krise derzeit nicht so stark betroffen sind. Mit der Etablierung des sanktionsbewehrten Fiskalvertrags werden haushaltspolitische Entscheidungen künftig verstärkt Gegenstand europäischer Kontrolle. Zielkonflikte zwischen der Reduzierung öffentlicher Schulden und der Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen sind vorprogrammiert. Um zu vermeiden, dass die gesundheitliche Versorgung zur abhängigen Variable der Haushaltsentwicklung wird, ist es notwendig, den eigenständigen Wert und die Ziele von Gesundheitspolitik hervorzuheben. Universalität, Zugang, Gleichbehandlung und Solidarität sind nicht zuletzt von der EU als handlungsleitende Grundwerte für die Gestaltung der Gesundheitssysteme benannt worden (Rat der EU 2006).

Literatur

Barros P (2012): Portugal's Health Policy under a Financial Rescue Plan. *Eurohealth*, Band 18, Heft 3, 10–14

Casino G (2012): Spanish health cuts could create "humanitarian problem". *The Lancet*, Band 379, 1777

Day M (2011): Patients in Italy face extra treatment charges. *British Medical Journal*, 343; d5266 doi: 10.1136/bmj.d5266

de Lago M (2011): Suppliers and staff suffer under Spanish budgetary cuts. *British Medical Journal*, 343; d5266 doi: 10.1136/bmj.d5266

EC (European Commission) (2009): Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union. Wave 1. *Flash Eurobarometer 276*

EC (European Commission) (2010a): Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union. Wave 2. *Flash Eurobarometer 286*

EC (European Commission) (2010b): Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union. Wave 3. *Flash Eurobarometer 288*

EC (European Commission) (2010c): Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union. Wave 4. *Flash Eurobarometer 289*

EC (European Commission) (2011a): Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union. Wave 5. *Flash Eurobarometer 311*

EC (European Commission) (2011b): Social Climate. Report. *Special Eurobarometer 370*

EC (European Commission) (2012): Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union. Wave 6. *Flash Eurobarometer 338*

Economou A, Nikolaou A, Theodossiou I (2008): Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *Journal of Economic Studies*, Band 35, Heft 5, 368–384

Falagas ME, Vouloumanou EK, Mavros MN, Karageorgopoulos DE (2009): Economic crises and mortality: a review of the literature. *International Journal of Clinical Practice*, Band 63, Heft 8, 1128–1135

Kaitelidou D, Kouli E (2012): Greece: The Health System in a time of crisis. *Eurohealth*, Band 18, Heft 1, 12–14

Kaplan GA (2012): Economic crises: Some thoughts on why, when and where they (might) matter for health – A tale of three countries. *Social Science & Medicine*, Band 74, Heft 5, 643–646

McKee M, Basu S, Stuckler D (2012a): Health systems, health and wealth: The argument for investment applies now more than ever. *Social Science & Medicine*, Band 74, Heft 5, 684–687

McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D (2012b): Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clinical Medicine*, Band 12, Heft 4, 346–350

Mladovsky P et al. (2012): Health policy responses to the financial crisis in Europe. Policy Summary 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

OECD (2012a): Restoring Public Finances 2012. OECD Publishing
OECD (2012b): Health at a Glance: Europe 2012. OECD Publishing
OECD (2012c): OECD Health Data 2012 – Frequently requested Data; www.oecd.org → Topics/Health → Health policies and data → OECD Health Data 2012 → Frequently Requested Data (letzter Zugriff 17.11.2012)

Paul KI, Moser K (2009): Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, Band 74, Heft 3, 264–282

Rat der EU (2006): Schlussfolgerungen des Rates zum Thema „Gemeinsame Werte und Prinzipien in den Europäischen Union-Gesundheitssystemen. Amtsblatt der Europäischen Union vom 22.06.2006, C146, 1–3

Standard and Poor's (2012): Mounting Medical Care Spending Could Be Harmful To The G-20's Credit Health. <http://www.standardandpoors.com/ratings/articles/en/eu/?articleType=HTML&assetID=1245328578642#ContactInfo> (letzter Zugriff 25.09.2012)

Suhrcke M, Stuckler D, Suk JE et al. (2011): The Impact of Economic Crises on Communicable Disease Transmission and Control: A Systematic Review of the Evidence. *PLOS ONE*, Band 6, Heft 6; e20724. doi:10.1371/journal.pone.0020724

Thomas S, Burke S (2012): Coping with Austerity in the Irish Health System. *Eurohealth*, Band 18, Heft 1, 7–9

Vis B, van Kersbergen K, Hylands T (2011): To What Extent Did the Financial Crisis Intensify the Pressure to Reform the Welfare State? *Social Policy & Administration*, Band 45, Heft 4, 338–353

WHO Europa (2008): Die Charta von Tallin: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand. Verabschiedet auf der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“, Tallinn, Estland, 25.–27. Juni 2008

Zaracostas J (2011): Medical posts to be slashed and hospitals reorganized in Greek public health sector. *British Medical Journal*, Band 343; d5266 doi: 10.1136/bmj.d5266

DER AUTOR



Dr. phil. Rolf Schmucker, Jahrgang 1969, Studium der Politikwissenschaft an der Philipps-Universität Marburg, 2001 bis 2010 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie der Goethe-Universität Frankfurt am Main, seit 2010 wissen-

schaftlicher Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell mit Zukunft?

von Klaus Jacobs¹ und Jürgen Wasem²

ABSTRACT

Seit vier Jahren gibt es mit dem Gesundheitsfonds eine neue Finanzierungsarchitektur in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Erwartungen, die mit seiner Einführung und den zwei Jahre später erfolgten Modifizierungen im Hinblick auf mehr versorgungsorientierten Krankenkassenwettbewerb zum Nutzen der Versicherten geweckt wurden, haben sich bis heute nicht erfüllt. Die Gründe dafür haben nur teilweise mit dem Fonds-konzept zu tun, denn Defizite bei wettbewerblichen Handlungsanreizen und -optionen bestehen fort. Beim Gesundheitsfonds hat sich der gesetzlich fixierte Beitragssatz als Fehler erwiesen. Wenn außerdem die Rolle der Zusatzbeiträge neu justiert wird, hat der Gesundheitsfonds durchaus eine Zukunft.

Schlüsselwörter: Gesundheitsfonds, gesetzliche Krankenversicherung, Krankenkassenwettbewerb

Four years ago, the German Health Fund, a new financing architecture in statutory health insurance, has been launched. However, the expectations raised by its introduction and by the modifications made two years later in order to enhance health care oriented competition of the sickness funds to the benefit of the insurees have still not been met. This is only partly due to the concept of the fund since there are still deficits in competitive incentives and options. It was an error to legally fix the contribution rate of the Health Fund. But furthermore, the role of the additional contributions should be readjusted. Then the Health Fund still has a future.

Keywords: German Health Fund, statutory health insurance, health insurance competition.

1 Der Gesundheitsfonds in der Kritik: gut oder schlecht für den Kassenwettbewerb?

Anfang 2009 hat die Finanzierungsarchitektur der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit der Einführung des Gesundheitsfonds eine grundlegende Änderung erfahren. Seither legt nicht mehr jede Krankenkasse ihren eigenen Beitragssatz fest, sondern es gibt unabhängig von der individuellen Kassenzugehörigkeit einen einheitlichen Beitragssatz für alle GKV-Mitglieder. Die auf dessen Grundlage einkommensabhängig erhobenen Beitragszahlungen fließen zusammen mit Zuschüssen aus dem Bundeshaushalt – dem Gesetz zufolge im Umfang von 14 Milliarden Euro (Para-

graf 221 Sozialgesetzbuch V) – in den Gesundheitsfonds. Die Krankenkassen erhalten aus dem Fonds regelmäßige Finanzzuweisungen nach einem Verteilungsschlüssel, der sich weit überwiegend an den im Durchschnitt zu erwartenden Leistungsausgaben der Versicherten unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen bemisst (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich). Krankenkassen, die mit diesen Zuweisungen nicht auskommen, um ihre Ausgaben zu decken, müssen von ihren Mitgliedern einkommensunabhängige Zusatzbeiträge erheben, soweit sie keine Rücklagen auflösen können. Dabei soll ein steuerfinanzierter Sozialausgleich einkommensschwache Mitglieder vor ökonomischer Überforderung bewahren, indem die individuelle Belastung eines Mitglieds durch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag auf maximal zwei Prozent seiner beitragspflicht-

¹Professor Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 34646-2182
Telefax: 030 34646-2144 · E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

²Professor Dr. rer. pol. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizinmanagement · Schützenbahn 70 · 45127 Essen
Telefon: 0201 183-4283 · Telefax: 0201 183-4073 · E-Mail: juergen.wasem@medman.uni-due.de

tigen Einnahmen begrenzt wird. Krankenkassen, die mehr Geld aus dem Fonds erhalten, als sie zur Ausgabendeckung benötigen, können Überschüsse an ihre Mitglieder als Prämien ausschütten.

Der Gesundheitsfonds ist von der großen Koalition im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) eingeführt und von der christlich-liberalen Koalition durch das 2011 in Kraft getretene GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) in Teilen modifiziert worden. Er stand von Beginn an in der Kritik, und Forderungen nach seiner Abschaffung sowie einer Rückkehr zum „Status quo ante“ sind bis heute nicht verstummt. Dabei resultierte ein Teil der Kritik bei der Einführung des Fonds vor allem aus der Enttäuschung darüber, dass mit der neuen Finanzierungsarchitektur lediglich eine Modifizierung der Zahlungsströme, aber kein substanzieller Beitrag zu dem von der Großen Koalition ursprünglich (im Koalitionsvertrag von 2005) selbst formulierten Ziel geleistet wurde, die Finanzierung der GKV stabiler, nachhaltiger und gerechter zu machen (deshalb auch das Urteil „ausgefallene Reform“; vgl. *Jacobs 2009*). Diese Kritik galt jedoch nicht grundsätzlich der Konstruktion des Gesundheitsfonds.

Aktuell erfolgt die Kritik an der Finanzierungsstruktur der GKV vor allem vor dem Hintergrund, dass sowohl der Gesundheitsfonds als auch einzelne Krankenkassen über hohe Finanzrücklagen verfügen, die den Beitragszahlern jedoch nicht unmittelbar zugutekommen: weder – in Bezug auf die Überschüsse des Fonds – durch eine Reduktion des einkommensabhängigen Beitragssatzes noch – in Bezug auf die Überschüsse einzelner Krankenkassen – durch Prämienausschüttungen an die Mitglieder in einem Ausmaß, in dem dies möglich wäre. Laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) betragen die Überschüsse am Ende des dritten Quartals 2012 insgesamt rund 23,5 Milliarden Euro, davon rund 14 Milliarden Euro bei den Krankenkassen und rund 9,5 Milliarden Euro beim Gesundheitsfonds (*BMG 2012*). Unter explizitem Hinweis auf die hohen Fonds-Überschüsse ist mittlerweile beschlossen worden, die Praxisgebühr von zehn Euro pro Quartal ab 2013 ersatzlos zu streichen sowie den Bundeszuschuss 2013 und 2014 zur Haushaltskonsolidierung des Bundes um 2,5 beziehungsweise 2,0 Milliarden Euro zu reduzieren.

Ausgesprochen widersprüchlich erscheint die Bewertung des Gesundheitsfonds-Konzepts aus wettbewerblicher Sicht. Auf der einen Seite wurden sowohl die Einführung des Gesundheitsfonds durch die große Koalition als auch seine Modifizierung durch die christlich-liberale Koalition dezidiert wettbewerbspolitisch begründet. So heißt es in der Begründung zum GKV-WSG: „Mit der Einrichtung eines Gesundheitsfonds werden der Wettbewerb zwischen den Kassen und die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen sowie für mehr innovative Angebote der

Kassen erhöht“ (BT-Drs. 16/3950 vom 20.12.2006, 2). Und in der Begründung zum GKV-FinG wird ausgeführt: „Die Krankenkassen erhalten mit der Weiterentwicklung des Zusatzbeitrags wieder mehr Finanzautonomie. Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag wirkt als transparentes Preissignal“ (BR-Drs. 581/10 vom 23.09.2010, 4).

Auf der anderen Seite werden aber auch Forderungen nach einer Revision des bestehenden Konzepts mit einer Stärkung des Wettbewerbs begründet – so etwa durch Doris Pfeiffer, die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands: „Wir sind der Auffassung, dass die Krankenkassen ihre Beitragsautonomie insgesamt zurückbekommen sollten. Der Spielraum zur Preisgestaltung sollte sich nicht nur auf Zusatzbeitrag und Prämienausschüttung beschränken. Wenn man Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung will, dann gehört auch der Preiswettbewerb dazu“ (Interview in der Rheinischen Post am 17.07.2012). Unterstützung fand diese Auffassung auch durch Karl Lauterbach, den gesundheitspolitischen Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion, der sich ebenfalls für eine Rückkehr zur Beitragsfestsetzung durch die Kassen aussprach. Dies werde zu mehr Wettbewerb unter den Kassen führen (*Ärzte Zeitung online* vom 18.07.2012).

Was gilt denn nun? Ist die Finanzierungsstruktur „Gesundheitsfonds plus kassenindividuelle Zusatzbeiträge“ gut oder schlecht für den Kassenwettbewerb? Soll der Gesundheitsfonds wieder abgeschafft werden oder gibt es Möglichkeiten, bestehende Defizite – in Bezug auf den Kassenwettbewerb, aber auch hinsichtlich der unregelmäßigen „Überschuss-Situation“ – durch gezielte Modifikationen zu beheben? Diese Fragen sollen im Folgenden näher betrachtet werden, denn spätestens nach der Bundestagswahl 2013 dürfte die GKV-Finanzierung wieder auf der gesundheitspolitischen Agenda stehen.

2 Wettbewerbsmodell und Wettbewerbsrealität

2.1 Die Reformintention: Intensivierung des Kassenwettbewerbs

Wie in einer politikwissenschaftlichen Dissertation detailliert nachgezeichnet wird (*Pressel 2012*), war die Entstehung des Gesundheitsfonds nicht frei von Zufällen. Dabei standen sich die Partner der Großen Koalition 2005 – auch aufgrund von Unterschieden in der Problemwahrnehmung – zu Beginn mit vermeintlich unversöhnlichen Konzepten zur GKV-Finanzierung gegenüber: Auf der einen Seite ging es der Union in erster Linie um die beschäftigungspoli-

tisch motivierte Entkoppelung der Arbeitskosten von den Gesundheitsausgaben, die durch das Konzept der einkommensunabhängigen Gesundheitsprämie mit steuerfinanziertem Sozialausgleich erreicht werden sollte (im Unterschied etwa zum Sachverständigenrat Wirtschaft allerdings nur für die GKV bei einem weiterhin segmentierten Krankenversicherungsmarkt). Auf der anderen Seite sah die SPD das zentrale Problem der GKV-Finanzierung in der Wachstumschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen und verfolgte mit der Einbeziehung weiterer Einkommensarten und Personengruppen in die solidarische Finanzierung im Rahmen einer Bürgerversicherung in erster Linie stabilisierungs- und verteilungspolitische Ziele.

Das maßgeblich von dem Dortmunder Finanzwissenschaftler Wolfram F. Richter entwickelte Konzept des Gesundheitsfonds war ausdrücklich als ein Kompromiss zwischen diesen beiden Positionen gedacht (Richter 2005). Sein besonderer Charme rührte nicht zuletzt auch daher, dass es als weiterentwicklungsfähig sowohl in Richtung Gesundheitsprämie (durch Senkung der einkommensbezogenen Beitragszahlungen zum Gesundheitsfonds) als auch in Richtung Bürgerversicherung (durch Erweiterung von Personenkreis und Beitragsbemessungsgrundlagen) dargestellt und eingeschätzt wurde (etwa explizit durch den Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium für Finanzen 2005). In Bezug auf die zentrale Zielstellung der Finanzierungsreform traten dadurch jedoch zugleich die bei den Koalitionspartnern ursprünglich jeweils prioritären Zielsetzungen hinter das nunmehr in den Vordergrund gerückte Ziel der Wettbewerbsintensivierung zurück – sogar bis hin zur Namensgebung für das gesamte Reformgesetz als „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“.

Im Wettbewerbskonzept des Gesundheitsfonds spielt der pauschale Zusatzbeitrag, der allein von den Mitgliedern einer Kasse ohne Arbeitgeberbeteiligung entrichtet wird, genauso wie sein Gegenstück, die Prämienausschüttung, eine zentrale Rolle. Dabei unterscheiden die „Vordenker“ des Fonds-konzepts deutlich zwischen den beiden Funktionen der Mittelaufbringung und des Wettbewerbs. Zum Zweck der Mittelaufbringung seien einkommensbezogene Beiträge mit Arbeitgeberbeteiligung eine auch in anderen Ländern praktizierte Methode zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben, aber für den Wettbewerb der Krankenkassen seien sie nicht funktionsgerecht (Henke und Richter 2009, 728). Allerdings gilt das Kriterium der Funktionsgerechtigkeit einkommens-unabhängiger Prämienausschüttungen und Zusatzbeiträge als maßgebliche Preissignale in einem funktionalen Kassenwettbewerb in der Praxis nur, wenn auch alle anderen wettbewerbsrelevanten Rahmenbedingungen des Gesundheitsfonds-Konzepts erfüllt sind. Davon kann derzeit jedoch keine Rede sein, denn in mindestens dreifacher Hinsicht gibt es hier unübersehbare Defizite.

2.2 Unzureichende wettbewerbliche Vertragsspielräume

Das betrifft zunächst die erforderlichen Vertrags- und Tarif-freiheiten der Krankenkassen als wesentliche Bestandteile des wettbewerblichen Gesamtkonzepts, auf die auch Wolfram F. Richter immer wieder verweist: „Kritisieren lässt sich insbesondere, dass die Krankenkassen nicht das Recht erhielten, auch mit den Krankenhäusern selektiv zu kontrahieren. So bleibt es ihnen verwehrt, die Qualitätsinteressen ihrer Mitglieder in einem wettbewerblichen Prozess zur Geltung zu bringen, auf konkurrierende Leistungsangebote durch gezielte Nachfrage einzuwirken und den freien Zugang zu bestimmten Einrichtungen gegebenenfalls auch einzuschränken“ (Richter 2010, 12).

Dabei ist der Krankenhaussektor im Hinblick auf eine verstärkte Wettbewerbsorientierung der Gesundheitsversorgung auf Vertragsbasis zwar ein ganz besonderer „Sündenfall“ – zu Forderungen nach mehr Wettbewerb im Krankenhausbereich siehe etwa verschiedene Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G 2007, Ziffer 529 ff.; SVR-G 2012, Ziffer 394) sowie der Monopolkommission (2008, Ziffer 794 ff.) –, aber beileibe keine Ausnahme. Zudem sind die (ohnehin begrenzten) Handlungsfreiräume für versorgungsorientierten Kassenwettbewerb seit Einführung des Gesundheitsfonds nicht etwa konsequent weiter ausgebaut, sondern zum Teil sogar wieder beschränkt worden. Wenn Richter zum Beispiel den Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg ohne Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung kurz vor dem Start des Gesundheitsfonds noch als „Ausdruck der neuen Freiheit“ bezeichnet hat (Richter 2008, 633) – in der Erwartung, dass entsprechende Vertragsaktivitäten im „neuen“ Kassenwettbewerb an Zahl und Intensität zunehmen würden –, wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen gerade für diesen Vertragstyp seither gleich zweimal in wettbewerbsschädlicher Weise geändert (Jacobs 2012).

2.3 Überdeckungen der Fondszuweisungen für Gesunde

Die zweite „praktische Schwachstelle“ hinsichtlich der wettbewerblichen Funktionalität des Gesundheitsfonds-Konzepts betrifft die Verteilung der Mittel des Gesundheitsfonds auf die einzelnen Krankenkassen. Der Risikostrukturausgleich (RSA) als maßgeblicher Verteilungsschlüssel ist auf der Basis des Ausgleichsjahres 2009 umfassend vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs analysiert worden. Das Ergebnis dieser Analyse war, dass sich die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben gegenüber dem Vorgängermodell (ohne krankheitsbezogene Risikozuschläge) zwar deutlich erhöht hat, jedoch „noch Verbesserungs-

bedarf hinsichtlich der Deckungsquoten von Versicherten mit Krankheiten besteht, die mit hoher Letalität und ausgeprägter Multimorbidität einhergehen. Für ‚Gesunde‘ und Versicherte, die geringe Ausgaben verursachen, bestehen umgekehrt nach wie vor spürbare Überdeckungen durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds“ (*Drösler et al. 2011, 2*).

Wenn Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen gesunden Versicherten finanziell somit regelmäßig besser gestellt werden als erforderlich, Krankenkassen mit vielen kranken Versicherten umgekehrt aber im Durchschnitt keine ausreichenden Zuweisungen erhalten und alle Kassen ohnedies – siehe oben – nur in sehr begrenztem Umfang über wirksame vertragsbasierte Handlungsmöglichkeiten zur Steuerung des Ausgabengeschehens verfügen, sind Zusatzbeiträge und Prämienausschüttungen in der Realität schlechterdings überhaupt nicht imstande, hinreichend unverzerrte Preissignale auszusenden, wie sie im Wettbewerbskonzept des Gesundheitsfonds vorgesehen sind. Es trifft unter diesen Umständen eben gerade nicht zu, dass „das Mitglied 20 Euro sparen (wird), wenn es auf Leistungen verzichtet, die die Kasse erwartungsgemäß 20 Euro kosten“ (*Richter 2008, 633*), sondern ein Mitglied kann über eine Prämienausschüttung Geld sparen, wenn es nur einer Kasse angehört oder beiträgt, die besonders viele gesunde Mitglieder versichert. Dabei muss es auch keineswegs zwangsläufig auf Leistungen verzichten; im Gegenteil: Kassen mit Prämienausschüttungen – die Techniker Krankenkasse spricht dabei missverständlich von „Dividende“ (*TK 2012*) – haben vielfach zugleich sogar ein umfangreicheres Angebot an Satzungsleistungen als andere Kassen. Zudem kann sich bei der Ausschüttung von Prämien insoweit sogar ein partieller Selbstfinanzierungseffekt einstellen, weil junge und gesunde Versicherte deutlich häufiger wechseln als ältere und kranke (*Zok 2011*) und jeder Kassenwechsel somit im Durchschnitt den Überschuss der gewählten Kasse vergrößert, der zur Ausschüttung verwendet werden kann.

2.4 Dominanz von Zusatzbeitragsvermeidung

Damit sind wir beim dritten Punkt, bei dem es eine unübersehbare Differenz zwischen dem Wettbewerbsmodell des Gesundheitsfonds und der Wettbewerbsrealität gibt: Wie die inzwischen gesammelten Erfahrungen gezeigt haben, gibt es keine auch nur annähernde Symmetrie zwischen den Preissignalen von Zusatzbeiträgen und Prämienausschüttungen, solange im Gesamtdurchschnitt der GKV und auch von den meisten Kassen kein Zusatzbeitrag erhoben wird. Krankenkassen, die 2010 und 2011 einen Zusatzbeitrag erheben mussten, erlitten teilweise massive Mitgliederverluste (die bei der City BKK und der BKK für Heilberufe sogar zur Schließung durch die Aufsicht führten), während die Mitgliederzuwächse von Kassen mit Prämienausschüttun-

gen durchaus überschaubar blieben. Wenn die große Mehrheit der Versicherten – wie auch Umfragen bestätigen (vgl. etwa *Mißlbeck 2012*) – kein sonderliches Interesse an der Ausschüttung einer Prämie hat und stattdessen dafür plädiert, überschüssiges Geld in die Gesundheitsversorgung zu stecken oder zurückzulegen, ist es nur allzu verständlich, dass die Bereitschaft der Kassen zu Prämienausschüttungen ausgesprochen gering ist.

Vor diesem Hintergrund ist praktisch das gesamte Kassenhandeln vor allem auf das Ziel ausgerichtet, einen Zusatzbeitrag so lange wie irgend möglich zu vermeiden. Unter dieser Prämisse kommt jedoch kein Wettbewerb zustande, der auf der Grundlage von Selektivverträgen strukturelle Reformen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung anschiebt. Hierzu sind zumeist investive Vorleistungen erforderlich, bei denen „Erträge“ aber nicht nur zeitlich verzögert anfallen, sondern auch vom Umfang her kaum präzise kalkulierbar sind. Die hieraus resultierende Zurückhaltung der meisten Kassen im Hinblick auf wettbewerbliches Vertragshandeln ist versorgungspolitisch besonders misslich, weil parallel zur Einführung des Gesundheitsfonds die Anschubfinanzierung in der Integrierten Versorgung ersatzlos auslief und sich die Bedingungen für diesen „Kernbereich des selektiven Vertragsgeschehens“ (*Cassel et al. 2008, 165*) somit gleich zweifach verschlechterten.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschreibt die unbefriedigende Wettbewerbssituation wie folgt: „Da die Zusatzbeiträge den Preiswettbewerb im Versicherungs- und damit einhergehend auch im Leistungsbereich verschärften, konzentrierten sich die Krankenkassen in den Jahren 2010 und 2011 weiterhin einseitig auf die preisliche Komponente und der Qualitätswettbewerb blieb (...) in statu nascendi stecken“ (*SVR-G 2012, Ziffer 520*). Folgerichtig kommt der Rat zu dem Schluss, dass „wettbewerbliche Aspekte (...) insofern für einen höheren durchschnittlichen Zusatzbeitrag sprechen (würden), bei dem die Differenzen zwischen den Krankenkassen zwar als Preissignale wirken, aber keinen hektischen Krankenkassenwechsel erzeugen“ (*SVR-G 2012, Ziffer 525*). Doch mündet diese Erkenntnis nicht etwa in die Empfehlung zur Senkung des Beitragssatzes zum Gesundheitsfonds, sondern in die eher resignative Feststellung, dass sich der Gesetzgeber zu einer solchen Reform schon bei Einführung des Gesundheitsfonds nicht entscheiden konnte und „hierzu – unabhängig von der Ziel- und Systemkonformität einer solchen Maßnahme – derzeit wohl auch keine politische Bereitschaft (besteht)“ (*SVR-G 2012, Ziffer 525*).

In der Tat: Zwar preist die Bundesregierung den Zusatzbeitrag einerseits als zentrales Instrument zur Intensivierung des Kassenwettbewerbs, wertet es andererseits aber gleichzeitig als Erfolg ihrer Politik, dass aktuell fast keine Kasse

einen Zusatzbeitrag erheben muss. Mit verstärktem Kassenwettbewerb zur Verbesserung von Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung hat der Status quo zu Beginn des fünften Jahres der neuen GKV-Finanzierungsarchitektur somit erkennbar nicht viel zu tun.

3 Reformbedarf und Reformoptionen

3.1 Zweifacher Reformbedarf

Der unbefriedigende Status quo des Kassenwettbewerbs verweist unmittelbar auf Reformbedarf in Bezug auf die Ausgestaltung des Gesundheitsfonds-Konzepts. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen verhält sich in dieser Frage bemerkenswert unentschieden, wenn nicht widersprüchlich. Einerseits stellt der Rat fest, dass die Zusatzbeiträge im Versicherungsbereich ein erwünschtes Preissignal bilden. Auch erscheint die aktuelle Abschwächung der vormals sehr starken Krankenkassenwechsel infolge temporär abgeschaffter Zusatzbeiträge „schon deshalb in wettbewerblicher Hinsicht unproblematisch, weil im geltenden System schon ab 2014 bei zahlreichen Krankenkassen wieder Zusatzbeiträge anfallen dürften, was den Preiswettbewerb im Versicherungsbereich dann erneut stimulieren wird“ (*SVR-G 2012, Ziffer 526*). Andererseits betont der Rat aber zugleich, dass „eine Krankenkasse mit (überdurchschnittlichen) Zusatzbeiträgen (...) zumindest prinzipiell die Chance besitzen (sollte), diesen preislichen Nachteil durch präferenzgerechte Angebote, innovative Versorgungsprojekte und besondere Leistungsqualitäten zu kompensieren“. In dieser Hinsicht bestehe jedoch eine „noch sehr rudimentäre Ausgangssituation“, sodass „das Schwergewicht des Krankenkassenwettbewerbs (...) bisher sehr einseitig auf der Preis- beziehungsweise Beitragskomponente (lag)“ (*SVR-G 2012, Ziffer 526*).

Wenn es im Vertragsgeschäft gar keine ausreichenden Handlungsfreiräume gibt, sind die Preissignale – zumal in Verbindung mit einem bei gesunden Versicherten übersteuernden Risikostrukturausgleich – zwangsläufig derart verzerrt, dass sie in einem „sehr einseitigen“ Preiswettbewerb wohl kaum als „erwünscht“ bezeichnet werden können. Und dass ausgerechnet die Aussicht auf die erneute Stimulierung eines solchen Wettbewerbs die aktuell abgeschwächten Kassenwechsel als „in wettbewerblicher Hinsicht unproblematisch“ erscheinen lässt, ist auch schwer nachvollziehbar – vielmehr müsste gerade umgekehrt die Aussicht auf die Fortsetzung eines derart einseitigen Preiswettbewerbs auf der Grundlage verzerrter Preissignale Sorgen bereiten. Und „von selbst“ dürfte sich eine stärker versorgungsbezogene Ausrichtung des Kassenwettbewerbs wohl kaum einstellen.

Reformbedarf signalisieren aber auch die jüngsten Erfahrungen in Bezug auf den Umgang der Politik mit den Überschüssen des Gesundheitsfonds: den Verzicht auf dauerhafte Einnahmen der GKV aus der ersatzlos abgeschafften Praxisgebühr vor dem Hintergrund eines temporären Überschusses sowie die Kürzung des Bundeszuschusses 2013 und 2014 zur Haushaltskonsolidierung des Bundes. Angesichts der zunehmenden Bedeutung der Verschuldungskriterien des europäischen Fiskalpakts dürften entsprechende Begehrlichkeiten des Bundesfinanzministers in Zukunft kaum geringer werden, zumal eine wesentliche Finanzierungsaufgabe der öffentlichen Hand im GKV-Kontext – die vorgesehene Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs für Zusatzbeiträge – bislang noch gar nicht angefallen ist. Wenn künftig wieder der „Normalfall“ eintritt und die GKV-Ausgaben schneller wachsen als die beitragspflichtigen Einnahmen der Beitragszahler, werden die Zusatzbeiträge unter den bestehenden Rahmenbedingungen GKV-weit ein immer höheres Niveau erreichen. Damit steigt zugleich aber auch das erforderliche Volumen an Steuermitteln für den Sozialausgleich, wodurch die Einhaltung der Verschuldungskriterien tendenziell gefährdet wird.

3.2 Gezielte Reformoptionen

Vor diesem Hintergrund weist das Gesundheitsfonds-Konzept in seiner aktuellen Ausgestaltung als zentrale Schwachstelle vor allem die gesetzliche Fixierung des einheitlichen Beitragssatzes auf 15,5 Prozent auf. Diese Festsetzung hat einerseits dazu geführt, dass sich im Gesundheitsfonds überschüssige Finanzmittel angesammelt haben, die so nicht vorgesehen waren und – abgesehen von ausreichenden Schwankungsreserven – auch grundsätzlich nicht zur Umlagefinanzierung der GKV passen. Andererseits erfordert die Fixierung des Beitragssatzes bei überproportional steigenden GKV-Ausgaben immer mehr Steuermittel für den Sozialausgleich.

Deshalb muss jedoch keineswegs zwangsläufig die gesamte Gesundheitsfonds-Konstruktion wieder abgeschafft werden. Das erscheint auch kaum realistisch – immerhin ist diese Konstruktion unter Beteiligung von Union und SPD entstanden und auch unter zwei FDP-Gesundheitsministern keineswegs grundsätzlich infrage gestellt worden. Aber auch aus inhaltlicher Sicht gilt es davor zu warnen, „das Kind mit dem Bade auszuschütten“, denn zumindest zwei Vorzüge des Fondskonzepts sollten nicht geringgeschätzt werden: Zum einen funktioniert der Risikostrukturausgleich – abgesehen von korrigierbaren methodischen Schwächen – im Rahmen des Fondskonzepts ausgesprochen gut und zum anderen bietet sich der Gesundheitsfonds als eine einfache institutionelle Lösung an, sollte die solidarische Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes künftig auf eine breitere Basis gestellt werden – nicht zuletzt im Hinblick auf die Einbeziehung der

Privatversicherten, die hiervon zum Teil auch selbst profitieren würden.

Abgeschafft werden sollte jedoch die gesetzliche Fixierung des Beitragssatzes. Sofern damit primär das beschäftigungspolitische Ziel verfolgt wird, die Arbeitskosten von der Entwicklung der Gesundheitsausgaben abzukoppeln, ließe sich dies genauso erreichen, indem nicht der gesamte Beitragssatz bei 15,5 Prozent, sondern lediglich der Arbeitgeberbeitrag auf dem aktuellen Niveau von 7,3 Prozent festgeschrieben würde. Aus wettbewerbspolitischer Sicht sind dagegen vor allem zwei Punkte entscheidend, wie die Analyse der aktuellen Wettbewerbsrealität gezeigt hat: Zum einen müssen die von Zusatzbeiträgen beziehungsweise von Zusatzbeitragsunterschieden ausgehenden Preissignale unverzerrt sein und zum anderen sollten sie nicht mehr auf das „Referenzniveau von Null“ bezogen sein, denn „es macht unter wettbewerblichen Aspekten einen durchaus relevanten Unterschied, ob eine Krankenkasse ausgehend von einem Referenzniveau von Null oder einem von 40 Euro

einen um acht Euro höheren Zusatzbeitrag erhebt“ (SVR-G 2012, Ziffer 519).

Somit erscheint es zweckmäßig, für die Festsetzung des einheitlichen Beitragssatzes wieder ein regelhaftes Verfahren zu installieren, wie es grundsätzlich bereits im ursprünglichen Fondskonzept vorgesehen war. Nach den mittlerweile gesammelten praktischen Erfahrungen sollte dieses Verfahren allerdings nicht nur eine Mindestdeckung der GKV-Ausgaben durch Fondsmittel garantieren (wie die ursprüngliche 95-Prozent-Regelung), sondern zugleich auch eine Höchstdeckung, damit sichergestellt wird, dass möglichst alle Kassen einen gewissen Zusatzbeitrag erheben müssen, was durch eine entsprechende Korridor-Regelung erreicht werden könnte (wobei der Risikostrukturausgleich zur Verteilung der Mittel des Gesundheitsfonds in jedem Fall auf 100 Prozent der GKV-Gesamtausgaben bezogen bliebe, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden).

Anders ausgestaltet ließe sich aber auch der kassenindividuelle Zusatzbeitrag, auf den im Fondskonzept grund-

TABELLE 1

Vor- und Nachteile alternativer Ausgestaltungen des Zusatzbeitrags

	Zusatzbeitrag	
	pauschal	einkommensabhängig
Beitragsautonomie	ja	ja
Wettbewerbsneutralität (Risikostrukturausgleich für 100 Prozent der Ausgaben)	ja (schon heute)	ja (bei Anpassung der Risikostrukturausgleichsverordnung)
Transparenz (Preissignal)	sehr hoch	deutlich geringer
Arbeitgeberbeteiligung	nein	möglich
Erhebungsaufwand	relativ hoch	gering
Schutz vor ökonomischer Überforderung	aufwendig und gegebenenfalls instabil (bei Steuerfinanzierung)	automatisch
Steuermittel	zunehmend erforderlich	nicht erforderlich
Beteiligung am Ausgleich	maximal alle Steuerzahler	nur GKV-Mitglieder
Verteilungswirkungen	regressiv auch schon unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze	regressiv jenseits der Beitragsbemessungsgrenze

Quelle: eigene Darstellung; G+G Wissenschaft 2013

sätzlich nicht verzichtet werden kann. Auch wenn derzeit vielfach beklagt wird, dass der Kassenwettbewerb „zu sehr Preiswettbewerb“ und „zu wenig Qualitätswettbewerb“ sei, kann selbst eine deutlich verstärkte Versorgungsorientierung des Wettbewerbs sinnvollerweise niemals dazu führen, den Preis als Wettbewerbsparameter vollständig auszuschalten. Die Gegenüberstellung von Preis- und Qualitätswettbewerb ist letztlich „unökonomisch“, denn grundsätzlich gehören beide Dimensionen zu einem sinnvollen Wettbewerbskonzept, bei dem es stets um Preis-Leistungs-Abwägungen geht (vgl. hierzu auch *Albrecht 2009*). Gleichwohl ließe sich der Stellenwert von Preisunterschieden aber ein Stück relativieren, wenn die Zusatzbeiträge durchgängig einkommensabhängig erhoben würden. Dadurch würden zugleich der Bürokratieaufwand beim Beitragseinzug deutlich vermindert, der schon heute mit erkennbaren Risiken behaftete steuerfinanzierte Sozialausgleich überflüssig und regressive Verteilungswirkungen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze verhindert (Tabelle 1).

Natürlich würden einkommensabhängige Zusatzbeiträge bei Weitem nicht dieselbe Preistransparenz im Kassenwettbewerb aufweisen wie pauschale Zusatzbeiträge. Doch solange der Wettbewerb angesichts verzerrter Preissignale sowie unzureichender Handlungsparameter zur vertragswettbewerblichen Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung weithin inhaltsleer und damit funktionslos bleibt, erscheint das isolierte Ziel seiner Intensivierung ohnehin eher fragwürdig als erstrebenswert.

4 Ausblick

Die Vorhersage, dass wohl schon bald nach Beginn der nächsten Legislaturperiode eine abermalige größere Gesundheitsreform der dann – in welcher Konstellation auch immer – amtierenden Bundesregierung ansteht, erscheint nicht allzu schwer. Die aktuellen Überschüsse der GKV – nicht zuletzt Folge überhöhter Beiträge – dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass im Hinblick auf die Schaffung zukunftsfähiger Finanzierungs-, Versorgungs- und Steuerungsstrukturen der GKV unverändert dringender Reformbedarf besteht. In dieser Hinsicht muss die 2013 zu Ende gehende christlich-liberale Regierungszeit leider als weithin verlorene Zeit betrachtet werden, aus der sich außer dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) und vereinzelt Aspekten des Versorgungsstrukturgesetzes wohl nur wenig als bleibend erweisen dürfte.

Der 2009 eingeführte Gesundheitsfonds hat – für sich betrachtet – noch keine strukturellen Probleme gelöst, doch lässt er sich bei zielgerichteter Weiterentwicklung und flankierung durch gezielte Reformen in anderen Bereichen sehr

wohl als grundlegendes Finanzierungskonstrukt für ein solidarisches und leistungsfähiges Gesundheitssystem nutzen. Dabei wird die Rolle der Steuerfinanzierung vor dem Hintergrund der Verschuldungskriterien des europäischen Fiskalpakts allerdings neu zu bewerten sein. Die noch vor wenigen Jahren vielfach geäußerte Erwartung, dass „alles auf eine wachsende Steuerfinanzierung der GKV (...) hinaus(läuft)“ (*Reiners 2009, 12*), dürfte so heute wohl kaum noch gelten. Umso wichtiger ist es, die Beitragsfinanzierung möglichst stabil, nachhaltig und gerecht zu gestalten. Daneben ist und bleibt gewiss auch „Wettbewerbskompatibilität“ ein wichtiges Beurteilungskriterium der Finanzierungskonstruktion, doch darf es dabei nicht länger um einen möglichst intensiven Wettbewerb „an sich“ gehen. Vielmehr muss endlich konsequent darauf hingewirkt werden, dass die verstärkte Wettbewerbsorientierung der GKV einen erkennbaren Beitrag dazu leistet, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung gezielt zu verbessern. In der konsistenten Ausgestaltung der dazu erforderlichen Wettbewerbsordnung liegt deshalb die zentrale Reformbaustelle der GKV.

Literatur

- Albrecht M (2009):** Qualitätswettbewerb braucht Preiswettbewerb – Gleiche Preise sollten nicht auf Scheinhomogenität beruhen. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, Jg. 10, Heft 4, 23–30
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2012):** GKV-Überschüsse im 1. bis 3. Quartal 2012 bestätigen finanziellen Spielraum zur Abschaffung der Praxisgebühr. Pressemitteilung Nr. 81 vom 05.12.2012
- Cassel D, Ebsen I, Greß S et al. (2008):** Nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition: Vorfahrt für Vertragswettbewerb? Das Potenzial des GKV-WSG für Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. In: Cassel D, Ebsen I, Greß S et al. (Hrsg.). *Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition*. Bonn: WIdO, 151–224; http://www.wido.de/publikation_2008.html (letzter Zugriff am 17.12.2012)
- Drösler S, Hasford J, Kurth B-M et al. (2011):** Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich; www.bundesversicherungsamt.de -> Risikostrukturausgleich -> Wissenschaftlicher Beirat (letzter Zugriff am 17.12.2012)
- Henke KD, Richter WF (2009):** Zur Zukunft des Gesundheitsfonds. *Wirtschaftsdienst*, Jg. 89, Heft 11, 727–732
- Jacobs K (2009):** Ring frei zur nächsten Runde – Eine „echte“ GKV-Finanzierungsreform ist weiter überfällig. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, Jg. 9, Heft 3, 13–22
- Jacobs K (2012):** Wettbewerb in Fesseln. *Gesundheit und Gesellschaft (G+G)*, Jg. 15, Heft 7-8, 24–29
- Mißbeck A (2012):** Kassenpolster: Versicherte wollen keine Prämien. *Ärzte Zeitung*, 12.09.2012

Monopolkommission (2008): Siebzehntes Hauptgutachten 2006/2007. Bundestags-Drucksache 16/10140 vom 19.08.2008

Pressel H (2012): Der Gesundheitsfonds. Entstehung – Einführung – Weiterentwicklung – Folgen. Wiesbaden: Springer VS

Reiners H (2009): Gesundheitspolitik als Implantierung von „Reformviren“ – Anmerkungen zum Postulat einer nachhaltigen GKV-Reform. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, Jg. 9, Heft 3, 7–12

Richter WF (2005): Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag. *Wirtschaftsdienst*, Jg. 85, Heft 11, 693–697

Richter WF (2008): Countdown beim Gesundheitsfonds. *Wirtschaftsdienst*, Jg. 88, Heft 10, 631–636

Richter WF (2010): Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes: Entgleiste Reformdebatte wieder auf der Spur. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, Jg. 9, Heft 3, 13–22

SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007): Kooperation und Verantwortung – Vor-

aussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007. Bundestags-Drucksache 16/6339 vom 07.09.2007

SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012. Bundestags-Drucksache 17/10323 vom 10.07.2012

TK (Techniker Krankenkasse) (2012): 24 Milliarden Euro im Haushalt 2013 – 80 Euro Dividende für Mitglieder. Pressemitteilung vom 14.12.2012

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2005): Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell. Stellungnahme des Beirats vom 17.10.2005

Zok K (2011): Reaktionen auf Zusatzbeiträge in der GKV. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage, *Wido-monitor*, Ausgabe 1/2011; http://www.wido.de/wido_monitor_1_2011.html (letzter Zugriff am 17.12.2012)

DIE AUTOREN



Professor Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Wido) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche



Professor Dr. rer. pol. Jürgen Wasem, Jahrgang 1959, ist seit 2003 Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen. Nach dem Studium der Wirtschafts- und Politikwissenschaften Promotion an der Uni Köln und Habilitation an der Uni Bielefeld. Tätigkeiten als Referent im Bundesministerium

Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen. Seit April 2009 im Erweiterten Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie.

für Arbeit und Sozialordnung und als Projektleiter am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung sowie Professuren an der Fachhochschule Köln und den Universitäten München und Greifswald. Designierter Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie.

Regionale Unterschiede in der Kodierqualität ambulanter Diagnosen

von Susanne Ozegowski¹

ABSTRACT

Die Relevanz ambulant kodierter Diagnosen ist erheblich gestiegen, seit diese auch zur Berechnung der Morbi-RSA-basierten finanziellen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen herangezogen werden. Regionale Kodierunterschiede können somit zu einer Verzerrung dieses Verteilungsmechanismus führen. Ziel der vorliegenden Untersuchung war daher eine Überprüfung, ob und inwiefern es systematische regionale Unterschiede in der Kodierqualität ambulanter Diagnosen bei den drei chronischen, irreversiblen Krankheiten Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)/Lungenemphysem, Demenz und Mukoviszidose gibt. Die Analyse erfolgte anhand eines Volldatensatzes des Bundesversicherungsamts mit allen ambulanten Diagnosen von GKV-Versicherten aus dem Jahr 2009. Für alle drei Krankheiten waren regionale Unterschiede in der Kodierqualität feststellbar, was insbesondere für regional konzentrierte Krankenkassen wettbewerbsverzerrend wirken kann. Die Ergebnisse stärken den Ruf nach gesetzgeberischen Maßnahmen zur Verbesserung der Kodierqualität im ambulanten Sektor.

Schlüsselwörter: ambulante Versorgung, ambulante Diagnosen, Diagnosefehler, Kodierung, kleinräumige Unterschiede

***The relevance of ambulatory diagnoses** has increased considerably since they are used for the allocation of financial resources to health insurance funds through the risk structure equalization scheme. Regional variations in coding quality may thus lead to relevant distortions of this distribution mechanism. Therefore, the aim of this analysis is to examine whether and to what extent there are systematic regional differences in the quality of coded ambulatory diagnoses of three chronic, irreversible diseases, i. e. COPD/emphysema, dementia, and cystic fibrosis. The analysis was based on a dataset of all German SHI insurees in 2009, provided by the Federal Social Insurance Office. The analysis revealed regional differences in coding quality for all three diseases, which could distort competition among regionally concentrated health insurance funds. The results strengthen the call for legislative action to improve the coding quality in the outpatient sector.*

Keywords: ambulatory care, ambulatory diagnoses, diagnostic errors, coding, small-area variations

1 Hintergrund und Fragestellung

Die richtige Kodierung ärztlicher Diagnosen hat in den letzten zehn Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. Im stationären Sektor haben die Diagnosen aufgrund der DRG-Systematik unmittelbaren Einfluss auf die Vergütung des einzelnen Leistungserbringers und sind damit stark in den Fokus geraten. Aber auch im ambulanten Sektor ist ihre Relevanz

deutlich gestiegen: Jeder Vertragsarzt ist verpflichtet, bei einer Behandlung auch die entsprechende Behandlungsdiagnose in der Abrechnung zu hinterlegen (KBV 2012). Andernfalls drohen Einsprüche oder Klagen der Krankenkassen aufgrund eines Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot. Doch auch aus systemischer Sicht spielen die Diagnosen eine Rolle: Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) betonen deren Bedeutung für ihre Verhandlungsmacht gegenüber

¹Susanne Ozegowski, MPH, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Projektgruppe „Challenging Inequities in Health and Health Care“, Technische Universität Berlin · Straße des 17. Juni 135 · 10623 Berlin · Telefon: 030 2887-1139 · Telefax: 030 314-28433 · E-Mail: ozegowski@mailbox.tu-berlin.de

den Kassen bei der Festlegung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), welche sich mit der Morbidität der Versicherten verändert (KBV 2012; *Bewertungsausschuss 2009*). Noch unmittelbarer ist die Relevanz der Kodierung jedoch für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA): Seit dessen Einführung im Jahr 2009 ist die Einnahmeforschung der Krankenkassen nicht mehr direkt von den Beiträgen ihrer Versicherten abhängig, sondern von den Zuweisungen, die sie aus dem Gesundheitsfonds aufgrund der Risikostruktur ihrer Versicherten erhalten. So werden rund 45 Prozent der GKV-Beiträge anhand der diagnostizierten und kodierten Morbidität der Versicherten zwischen den Kassen verteilt (*Wissenschaftlicher Beirat beim BVA 2011*). Neben stationären Diagnosen und Arzneimittelverordnungen werden dafür auch die (wiederkehrenden) ambulanten Diagnosen zur Morbiditätsfeststellung hinzugezogen.

Versäumnisse in der richtigen Kodierung der Diagnosen haben somit einen direkten Einfluss auf die Verteilung der finanziellen Ressourcen im deutschen Gesundheitssystem. Fehlerhafte oder fehlende Kodierungen könnten daher zu relevanten Verzerrungen in der Mittelverteilung führen. Eine mögliche Verzerrung könnte entstehen, wenn es systematische regionale Unterschiede in der Kodierung von Diagnosen gäbe, die nicht durch morbiditätsbedingte regionale Diagnoseunterschiede erklärbar sind. Aufgrund der Berechnung der Morbi-RSA-Zuweisungen anhand der kodierten Diagnosen könnten regionale Kodierunterschiede dann eine systematische Bevorteilung oder Benachteiligung von solchen Krankenkassen bewirken, deren Versicherte regional konzentriert sind. Damit würde das Ziel des Morbi-RSA, gleiche Wettbewerbschancen für Kassen zu schaffen, unterlaufen.

Die Kodierqualität im stationären Sektor ist aufgrund der DRG-basierten Vergütung bereits vielfach im Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen, aber auch der Kostenträger gewesen (*Sievert 2011; Schönfelder et al. 2009; Stausberg 2007*). Zur Kodierqualität der ambulanten Diagnosen gibt es jedoch bisher nur wenige Untersuchungen. Einige dieser Studien wurden seitens des Instituts des Bewertungsausschusses durchgeführt beziehungsweise beauftragt. Darin versuchen die Autoren anhand ausgewählter Indikationen und verschiedener methodischer Ansätze zu einer Einschätzung der Kodierqualität zu kommen (*Giersiepen et al. 2007; Berger et al. 2009*). Nicht analysiert wurden hier jedoch mögliche regionale Unterschiede.

Ziel dieser Studie ist eine Analyse, ob und inwiefern regionale Unterschiede in der ambulanten Kodierqualität von Diagnosen existieren. Damit soll eine Einschätzung ermöglicht werden, ob aufgrund solcher Unterschiede in der Kodierqualität einzelne regional konzentrierte Kran-

kenkassen systematisch anderen Wettbewerbsparametern unterworfen sind.

2 Methodik

2.1 Vorgehen

Die Messung von nicht morbiditätsbedingten Unterschieden in der Diagnosekodierung birgt einige Schwierigkeiten. Zur Feststellung solcher Unterschiede wäre ein Vergleich der gemessenen Werte mit einem objektiven „wahren“ Wert oder zumindest einer zweiten unabhängigen Quelle zur Krankheitslast notwendig. Beides ist nicht vorhanden. Giersiepen und Mitarbeiter haben daher verschiedene Methoden vorgeschlagen, um dennoch die Plausibilität kodierter Diagnosen zu prüfen (*Giersiepen et al. 2007*). In dieser Studie wurde der Ansatz gewählt, die Qualität anhand der Persistenz der Kodierung zu messen. Die Grundannahme dieses Ansatzes ist, dass chronische, irreversible Krankheiten einer stetigen Verlaufskontrolle bedürfen und bei betroffenen Patienten daher in regelmäßigen Abständen als Behandlungsdiagnose kodiert sein sollten. Dies trifft insbesondere auf Diagnosen zu, die mit dem Merkmal „gesichert“ versehen sind. Verdachts- oder unsichere Erstdiagnosen sollten durch dieses qualifizierende Merkmal ausgeschlossen werden.

Liegt für einen Patienten innerhalb eines festgelegten Zeitraums dennoch nur eine einzige gesicherte Diagnose einer chronischen Krankheit – ohne Folgediagnose – vor, kann das somit nur darin begründet liegen, dass:

- die erste Diagnose eine Fehldiagnose war,
- die erste Diagnose fehlerhaft kodiert war oder
- der behandelnde Arzt die Folgekodierung der Diagnose unterlässt, weil er es vergisst oder für nicht relevant erachtet.

Alle drei Fälle können als Kodierfehler angesehen werden. Daher werden in dieser Arbeit als „gesichert“ kodierte Einzeldiagnosen ohne Folgediagnose als Maßstab für die Feststellung der Kodierqualität verwendet. Damit diese Methodik valide Aussagen erlaubt, werden Krankheitsbilder ausgewählt, die gemäß evidenzbasierten Leitlinien eine mehrmalige unterjährige Verlaufskontrolle erfordern. Für die Bemessung regionaler Unterschiede der Kodierqualität wird die Abweichung jedes Landkreises beziehungsweise jeder kreisfreien Stadt vom Erwartungswert (COPD) oder bundesweiten Mittelwert (Demenz, Mukoviszidose) errechnet und zwischen den 412 Landkreisen und kreisfreien Städten verglichen.

Für COPD wurde eine indirekte Adjustierung vorgenommen, jedoch einzig mit dem Ziel, den Anteil der COPD-Fälle je Kreis mit hohem Schweregrad zu approximieren. Der Hintergrund ist, dass gemäß Leitlinien nur für schwere COPD-Fälle eine mehrfache unterjährige Verlaufskontrolle erfolgen muss. Somit ist es nur für diese Fälle sinnvoll, die Kodierpersistenz innerhalb eines Jahres zu messen. Das wurde mit der angewendeten Methodik (Vergleich mit dem Erwartungswert) umgesetzt.

Für die beiden Indikationen Demenz und Mukoviszidose gilt dagegen eine mehrfache unterjährige Verlaufskontrolle für alle Fälle als leitliniengetreu. Somit war eine Schweregradadjustierung nicht erforderlich. Sondern prinzipiell sollte für jede Diagnose in Q1 mindestens eine weitere im Verlauf des Jahres vorliegen. Um jedoch eine konservative Schätzung vorzunehmen (zum Beispiel, um versehentliche Fehlkodierungen auszuschließen) wurde betrachtet, wie viele Q1-Diagnosen im Bundesdurchschnitt ohne Folgediagnose sind und wie stark der einzelne Kreis von diesem Durchschnitt abweicht. Daher gilt für Mukoviszidose und Demenz also der Vergleich mit dem Mittelwert.

2.2 Datenbasis

Als Datengrundlage für die kodierten Diagnosen dienten die Daten des Morbi-RSA für den Jahresausgleich 2010, bereitgestellt durch das Bundesversicherungsamt. Aufgrund des prospektiven Morbi-RSA-Modells stammen die Diagnose-daten somit aus dem Jahr 2009.

Verwendet wurde ein Volldatensatz über alle etwa 70 Millionen gesetzlich Versicherten. Darin enthalten sind die demografischen Daten, der Versichertenwohnort (Kreiskennzeichen), die zugeordneten Morbiditäten im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (HMGs), Versicherungsdauer und ICD-10-basierte ambulante Diagnosen. Letztere sind spezifiziert anhand des Quartals, des Abrechnungswegs sowie ihrer Einstufung als „gesichert“, „Verdacht“, „ausgeschlossen“ oder „Zustand nach/symptomlos“. Es wurden nur als „gesichert“ eingestufte Diagnosen einbezogen. Diagnosen, die nicht über die vertragsärztliche Versorgung nach Paragraph 295 SGB V, sondern nach den Paragraphen 116a bis 120 SGB V abgerechnet wurden, wurden (analog zum Vorgehen des BVA) auch anerkannt, sofern keine ambulante Einstufung als „gesichert“ vorlag.

Ausgeschlossen wurden Versicherte ohne eine gültige Angabe des Wohnorts, mit unvollständigen Versichertenepisoden und Personen, die mehr als die Hälfte des Jahres im Ausland gemeldet waren. Diagnose-Codes wurden anhand von Krankheitsbildern zusammengefasst, das heißt, auch eine Diagnosekodierung mit einem anderen (zum Beispiel weniger spezifischen) ICD-10-Code wurde als Folgediagnose aner-

kannt, solange sie das gleiche Krankheitsbild beschrieb. Die Zusammenfassung von ICD-10-Codes zu Krankheitsbildern erfolgte anhand der zusammengefassten Morbiditätsgruppen, die auch im Morbi-RSA Verwendung finden (BVA 2009).

Als Krankheitsbilder wurden solche ausgewählt, die chronisch und irreversibel sind und eine regelmäßige Verlaufskontrolle erfordern:

- COPD/Lungenemphysem bei Erwachsenen (Alter ≥ 18 Jahre): Betrachtet wurden die Diagnosen der ICD-10-Codes J43 und J44. In den entsprechenden Leitlinien wird betont, dass die Häufigkeit der Verlaufskontrollen sehr stark vom individuellen Fall abhängt (GOLD 2011). Für die schwerwiegenden Fälle wird jedoch grundsätzlich eine mindestens sechsmonatige Konsultationsfrequenz empfohlen (National Clinical Guideline Centre 2010; GBA 2004; Institute for Clinical Systems Improvement 2011). Nachfolgend werden diese Diagnosen immer als „COPD-Diagnosen“ bezeichnet; sie schließen jedoch die Lungenemphysem-Diagnosen aus J43 ein.
- Ausgewählte Demenzerkrankungen: Analog zur Differenzierung im Morbi-RSA wurden hier die Demenz bei Alzheimer-Krankheit (Fo0), vaskuläre Demenz (Fo1), Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten (Fo2), nicht näher bezeichnete Demenz (Fo3), Delir bei Demenz (Fo5.1) und weitere betrachtet. Des Weiteren sind Diagnosen mit den ICD-10-Codes Fo4, Fo6.5, Fo6.6, Fo6.8, Fo6.9, Fo9 und G31.2 eingeschlossen. Unberücksichtigt blieben dagegen spezifische degenerative Hirnerkrankungen (G31 exkl. G31.8), Morbus Alzheimer (G30) und normotensiver Hydrozephalus (G91.2, G94). Für Demenzerkrankungen besteht für die Erstdiagnostik die Vorgabe, dass die Symptomatik über mindestens sechs Monate bestehen muss (DGPPN 2009). Regelmäßige unterjährige ärztliche Kontrollen, insbesondere zur Überwachung der Arzneimitteltherapie, werden durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) empfohlen (DEGAM 2008; AkdÄ 2004).
- Mukoviszidose (ICD E84): Für Mukoviszidose-Patienten empfiehlt ein europäisches Konsensusstatement eine ein- bis dreimonatige Behandlungsfrequenz (Kerem et al. 2005).

Die kreisspezifische Kodierpersistenz wurde daher wie folgt gemessen: Für die COPD- und Demenzpatienten wurde im ersten Schritt berechnet, welcher Anteil der Versicherten eines Landkreises/einer kreisfreien Stadt mit einer ambulanten COPD-Diagnose beziehungsweise Demenzdiagnose im ersten Quartal 2009 mindestens eine Folgediagnose in Quartal 2 bis 4 erhielt. Darauf aufbauend wurde für die Demenzdiagnosen ermittelt, wie stark der Anteil der Patienten in

jedem Kreis ohne Folgediagnose in 2009 vom bundesweiten Mittelwert abwich.

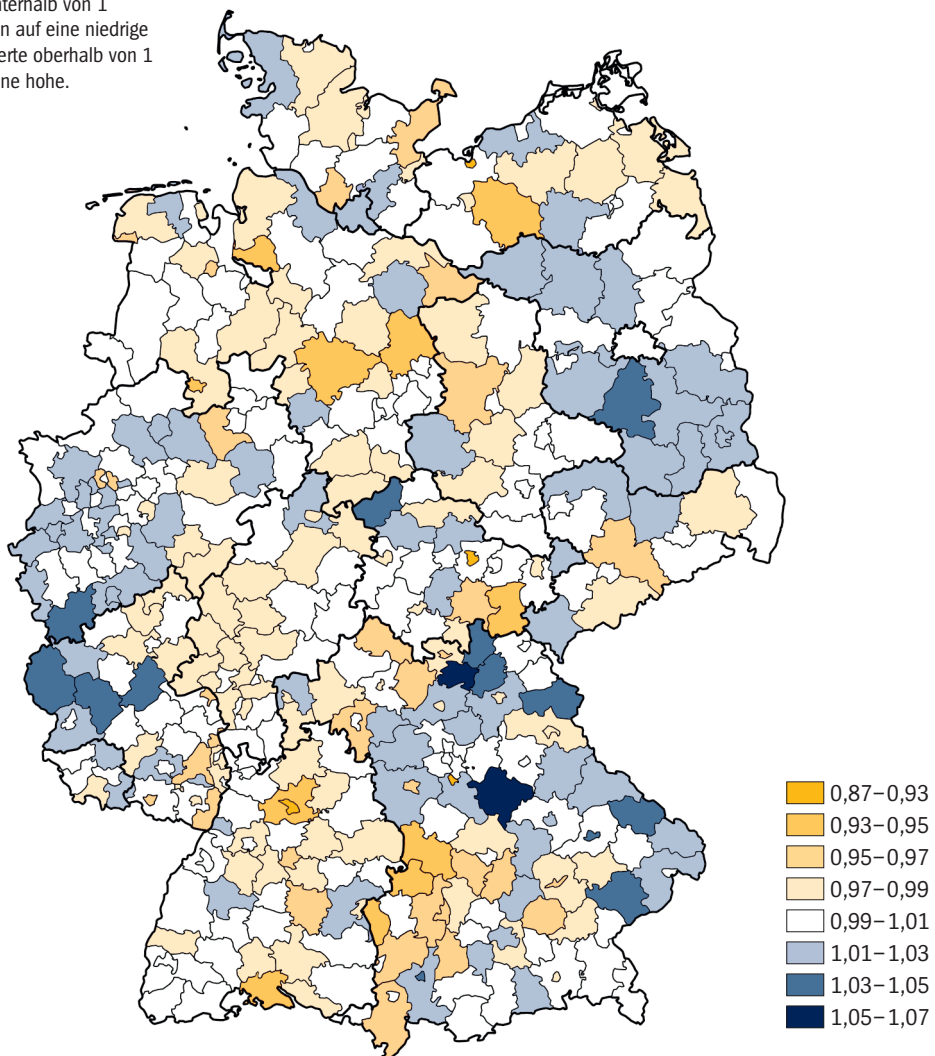
Da eine mehrfache unterjährige Verlaufskontrolle nur für Patienten mit schwerwiegender COPD empfohlen wird, erfolgte für die COPD-Diagnosen eine Schweregrad-Risikoadjustierung (siehe auch 2.1 Vorgehen). Der zu erwartende Anteil der COPD-Fälle mit einer Folgediagnose wurde

anhand folgender auf Kreisebene gemessener Prädiktoren berechnet: der alters- und geschlechtsbedingten Morbidität (gemessen anhand der ambulanten Morbi-RSA-Zuweisungen jedes Kreises, die als die Zuweisungen für den ambulanten Ausgabenanteil jedes Versicherten berechnet und anhand des Wohnortkreises jedes Versicherten aggregiert wurden, die nur auf der Alters- und Geschlechtsstruktur des Kreises beruhen), der sozioökonomischen Lage (gemes-

ABBILDUNG 1

Abweichung der COPD-Kodierqualität vom Erwartungswert

Erläuterung: Werte unterhalb von 1 (gelb markiert) deuten auf eine niedrige Kodierqualität hin; Werte oberhalb von 1 (blau markiert) auf eine hohe.



Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

sen anhand der SGB-II-Quote, also des Anteils der unter 65-Jährigen, die Hartz-IV-Leistungen beziehen, des Anteils der Personen ohne Schulabschluss und dem durchschnittlichen Haushaltseinkommen) und der COPD-Fälle je Kreis mit mindestens einer Krankenhauseinweisung aufgrund einer COPD-Hauptdiagnose in 2009. Die Abweichung jedes Kreises vom jeweiligen Erwartungswert diente dann als Indikator für die kreisspezifische Kodierqualität. Eine

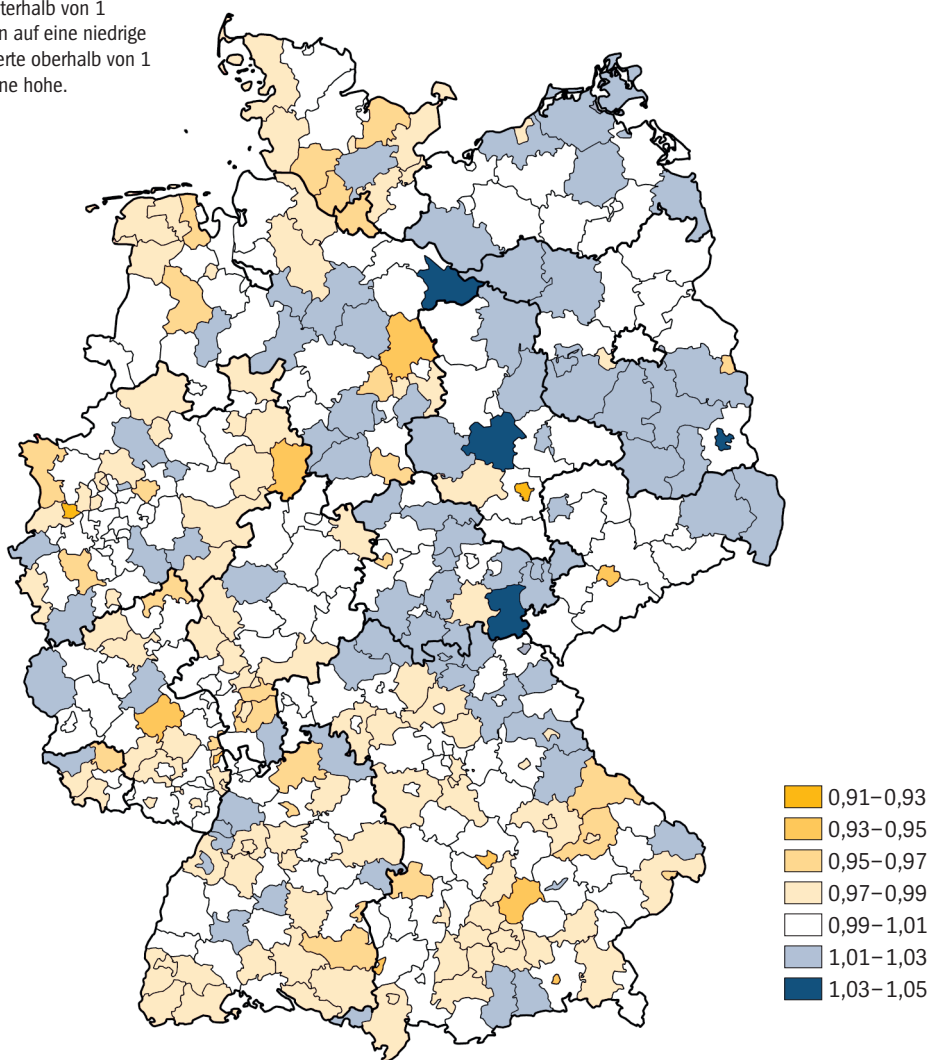
besonders hohe Kodierqualität war somit gegeben, wenn der Anteil der COPD-Patienten mit Folgediagnose den Erwartungswert übersteigt.

Für die Mukoviszidosepatienten wurde die Anzahl der Patienten mit einer Diagnose im ersten bis dritten Quartal ermittelt, für die keine weitere gesicherte Diagnose im Gesamtjahr 2009 und kein stationärer Aufenthalt hinterlegt waren (im

ABBILDUNG 2

Abweichung der Demenz-Kodierqualität vom Bundesdurchschnitt

Erläuterung: Werte unterhalb von 1 (gelb markiert) deuten auf eine niedrige Kodierqualität hin; Werte oberhalb von 1 (blau markiert) auf eine hohe.



Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

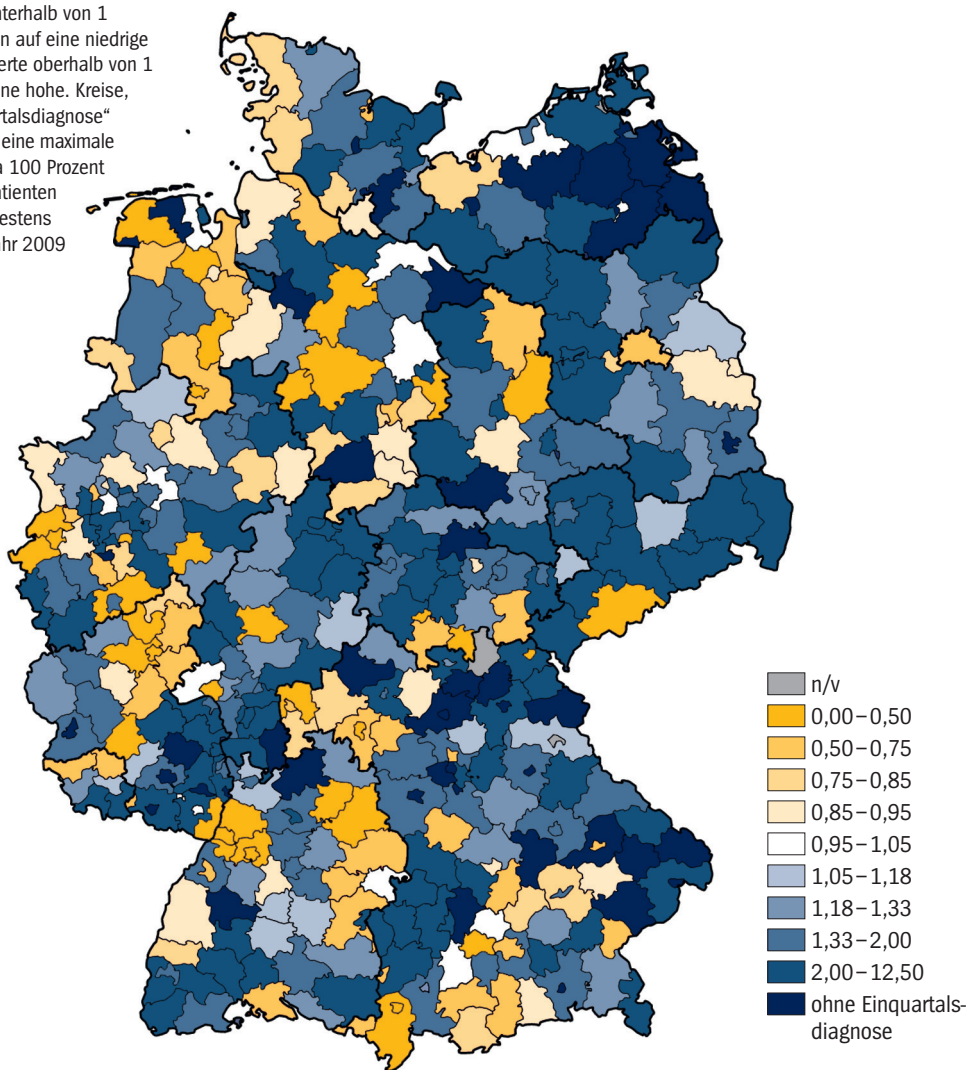
Folgenden als „Einquartalsdiagnosen“ bezeichnet). Patienten mit nur einer Mukoviszidosediagnose, die im vierten Quartal auftrat, wurden nicht betrachtet, da sie mangels Daten aus dem Jahr 2010 nicht weiterverfolgt werden konnten. Der Anteil der Einquartalsdiagnosen je 100.000 Versicherten je Kreis im Vergleich zum bundesweiten Mittelwert wurde als Maßstab für die Kodierqualität der Mukoviszidose verwendet. Es wurde der Kehrwert gebildet, damit analog zu den

Indikationen COPD und Demenz ein Wert über 1 eine hohe und ein Wert unter 1 eine niedrige Kodierpersistenz anzeigt. In den folgenden Darstellungen der regionalen Güte der Kodierqualität zeigen Werte unter 1 an, dass die Kodierqualität geringer ist als der erwartungs- beziehungsweise bundesweite Durchschnittswert und somit als niedrig anzusehen ist. Umgekehrt zeigen Werte für die Kodierqualität über 1 eine hohe Kodierqualität an.

ABBILDUNG 3

Abweichung der Mukoviszidose-Kodierqualität vom Bundesdurchschnitt

Erläuterung: Werte unterhalb von 1 (gelb markiert) deuten auf eine niedrige Kodierqualität hin; Werte oberhalb von 1 (blau markiert) auf eine hohe. Kreise, die als „ohne Einquartalsdiagnose“ markiert sind, weisen eine maximale Kodierqualität auf, da 100 Prozent der Mukoviszidose-Patienten in diesem Kreis mindestens zwei Diagnosen im Jahr 2009 erhielten.



3 Ergebnisse

3.1 COPD/Lungenemphysem bei Erwachsenen

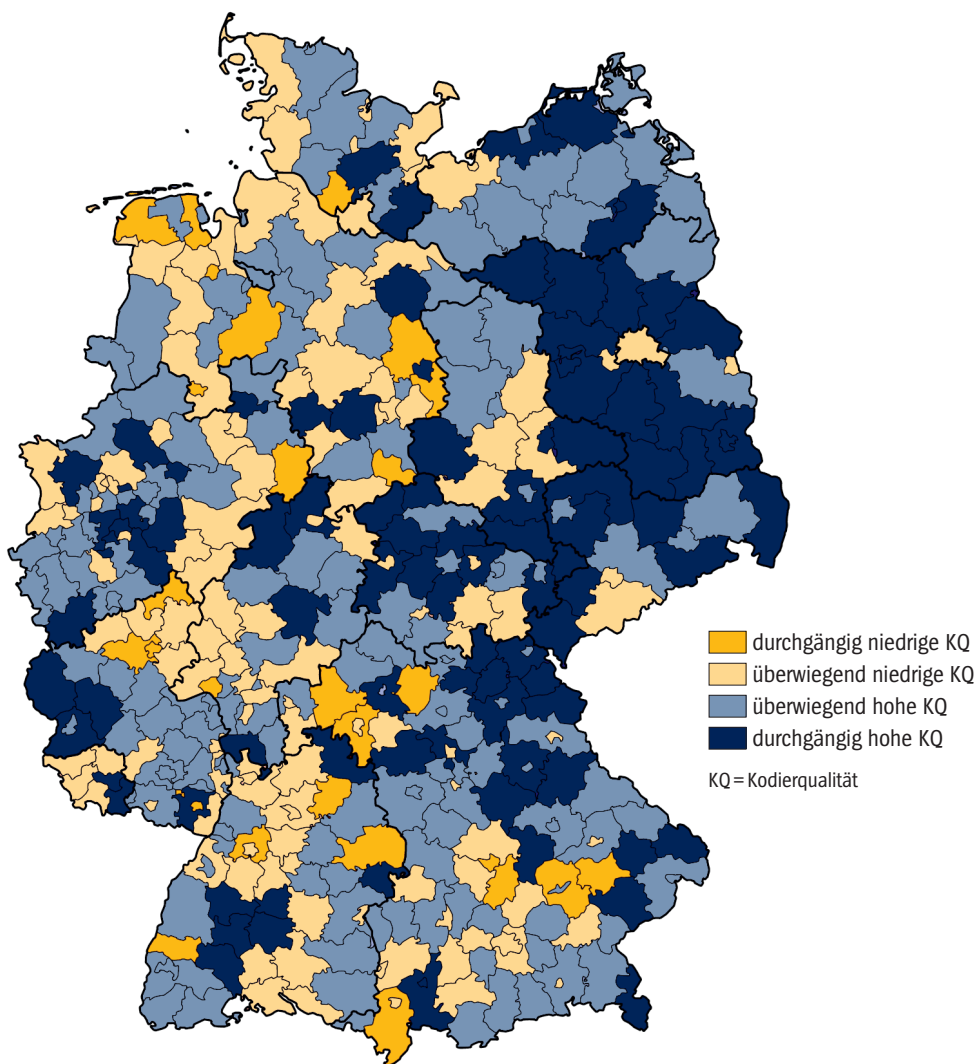
Für die Diagnosen der COPD weisen 191 Kreise (mit 45,7 Prozent der Einwohner) eine geringe Kodierqualität, also unterhalb des jeweiligen Erwartungswerts, auf; 221 haben eine

hohe Kodierqualität. Die Abweichung der tatsächlichen von der erwarteten Kodierpersistenz rangiert zwischen 0,87 und 1,07, wobei 154 Kreise um $\pm 0,01$, also nur geringfügig, um den Erwartungswert 1,0 schwanken.

Die Kartendarstellung zeigt, dass positive sowie negative Abweichungen in fast allen Regionen Deutschlands zu finden sind (Abbildung 1). Besonders starke negative Abwei-

ABBILDUNG 4

Vergleich der Kodierqualität anhand der drei Indikationen COPD, Demenz und Mukoviszidose



Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

chungen finden sich unter anderem in der Region (Stadt und Landkreis) Heilbronn, in Weimar, im bayerischen Schwaben und in einzelnen Kreisen Niedersachsens (Wolfenbüttel, Wolfsburg, Osnabrück). Deutlich oberhalb des Erwartungswerts liegen dagegen einzelne Kreise in Oberfranken und Ostbayern, im Süden und Nordwesten Brandenburgs sowie im Westen von Rheinland-Pfalz.

3.2 Demenzerkrankungen

Im Durchschnitt aller Kreise und kreisfreien Städte erhielten 92,7 Prozent der Patienten mit einer Demenzdiagnose im ersten Quartal (Q1) 2009 mindestens eine Folgediagnose im Jahresverlauf. Dabei wiesen 176 Kreise einen besseren Wert als den des Bundesdurchschnitts auf. 236 Kreise lagen darunter, eine Vielzahl davon jedoch nur knapp: Nur in 31 Kreisen erhielt mehr als jeder Zehnte mit einer Demenzdiagnose in Quartal 1 keine Anschlussdiagnose im Laufe des Jahres.

Betrachtet man diese regionalen Unterschiede in der Kartendarstellung, so zeigt sich, dass insbesondere die neuen Bundesländer, Oberfranken und die Kreise nördlich von Hannover eine überdurchschnittlich gute Kodierqualität aufweisen (Abbildung 2). Eine erhebliche Anzahl an Kreisen mit einer unterdurchschnittlichen Folgediagnostik findet sich in Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen. Die stärksten Negativausreißer sind hauptsächlich unter den kleineren kreisfreien Städten zu finden, wie Krefeld, Frankenthal, Ingolstadt, Memmingen und Wolfsburg.

3.3 Mukoviszidose

Die Verteilung der einzelnen Mukoviszidosediagnosen ohne Folgediagnose zeigt, dass 2009 nur 122 der 412 Kreise schlechter als der Bundesdurchschnitt von 3,5 Einquartalsdiagnosen je 100.000 Versicherten abschnitten. Dagegen ließ sich in 50 Kreisen eine (nach dem methodischen Ansatz dieser Analyse) optimale Kodierung feststellen, da jeder Mukoviszidose-Patient in diesen Kreisen mindestens zwei Quartale mit der kodierten Diagnose aufwies, es also keine Einquartalsdiagnosen gab. In insgesamt 240 der 412 Kreise zeigte sich eine höhere Kodierqualität als im Bundesdurchschnitt (das heißt weniger als 3,5 Einquartalsdiagnosen je 100.000 Versicherte) (Abbildung 3). Die Einquartalsdiagnosen sind somit relativ stark auf einige Kreise konzentriert. Die höchsten Dichten an Einquartalsdiagnosen fanden sich im Kreis Heinsberg (NRW) mit 57 Fällen je 100.000 Versicherten, in Karlsruhe (35 je 100.000 Versicherten) und in Osnabrück (31 je 100.000 Versicherten).

In Bezug auf regionale Schemata unter- oder überdurchschnittlicher Ergebnisse wird deutlich, dass eine hohe Anzahl an Kreisen mit niedriger Kodierqualität in der Region

Hannover, entlang der Nordseeküste, um das Mittelrheintal sowie im Osten Württembergs zu finden ist. Ein Großteil der Kreise mit 100-prozentiger Kodierpersistenz befindet sich in der Pfalz, in den neuen Bundesländern, in Ost-Bayern und Oberfranken sowie in Hessen.

3.4 Krankheitsübergreifender Vergleich der Kodierqualität

Es zeigt sich, dass für alle untersuchten Krankheitsbilder Unterschiede in der Kodierqualität zwischen Regionen bestehen. Mit einer alle drei Indikationen umfassenden Betrachtung sollen systematische regionale Unterschiede in der Kodierqualität eruiert werden.

Demnach weisen 27 Kreise eine für alle drei Krankheiten geringe, also unter dem Bundesdurchschnitt beziehungsweise Erwartungswert liegende Kodierqualität auf; 98 zeigen eine durchgängig hohe Kodierqualität (Abbildung 4). Die in der Kartendarstellung ersichtlichen regionalen Muster werden in einer Auswertung nach KV-Regionen noch einmal deutlich (Tabelle 1). Demnach liegt ein Drittel der Kreise mit durchgehend unterdurchschnittlicher Kodierqualität in Niedersachsen; dies betrifft unter anderem Hannover, Aurich, Osnabrück und Oldenburg. Insgesamt sind 45 Prozent der Einwohner aus einem Kreis mit durchgängig niedriger Kodierqualität in Niedersachsen zu Hause. An zweiter Stelle folgt Bayern, das 20 Prozent der Einwohner in Kreisen mit durchgängig geringer Kodierqualität beheimatet (beziehungsweise 30 Prozent der Kreise), die meisten davon in Kreisen Oberbayerns und Unterfrankens.

Auffällig positiv hebt sich dagegen Brandenburg ab: Fast vier Fünftel seiner Einwohner leben in einem der 14 von 18 brandenburgischen Kreisen mit durchgehend überdurchschnittlich guter Kodierung. Aber auch die anderen neuen Bundesländer stechen mit einer für alle drei Krankheiten hohen Kodierpersistenz ins Auge, sodass 40 Prozent der Einwohner aus einem Kreis mit überdurchschnittlich hoher Kodierqualität im Osten beheimatet sind. Daneben konnten sich nur noch der Norden, Osten und der schwäbische Teil Bayerns behaupten, in denen ebenfalls zusammenhängende Regionen an Kreisen eine überwiegend beziehungsweise durchgängig überdurchschnittliche Kodierqualität aufweisen.

Des Weiteren wurde untersucht, ob die Urbanität eines Kreises einen Anhaltspunkt für systematische Unterschiede bietet. Dazu wurden die Kreise anhand der vier siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) differenziert (BBSR 2011). Der Chi-Quadrat-Test zeigte, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen Kreistyp und Kodierqualität besteht ($p < 0,001$). In Abbildung 5 lässt sich entsprechend deutlich erkennen, dass der Anteil der Einwohner in Kreisen mit überwiegend

niedriger Kodierqualität abnimmt, je ländlicher der Kreis ist. Umgekehrt weisen nur wenige kreisfreie Großstädte und städtische Kreise eine durchgängig hohe Kodierqualität auf.

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Ziel dieser Analyse war es, mögliche systematische, regionale Unterschiede in der Kodierqualität im ambulanten Sektor festzustellen. Bemessen wurden diese anhand der Persistenz der kodierten Diagnosen für drei chronische Krankheiten, die eine regelmäßige Behandlungsdiagnose erwarten lassen.

Es zeigte sich, dass regionale Unterschiede für jede der analysierten Krankheiten bestanden und regionale Muster für alle

drei Krankheiten erkennbar waren. So war insbesondere in den neuen Bundesländern und in Ost- und Nord-Bayern eine durchgehend hohe Kodierqualität feststellbar, während sich in auffällig vielen Kreisen Niedersachsens und im südlichen Bayern eine hohe Anzahl einmaliger Diagnosen fanden.

Wie bereits eingangs betont, hat die Kodierung der Diagnosen einen erheblichen Einfluss auf die Verteilung der finanziellen Mittel im Gesundheitswesen. Da die Gründe für eine niedrige Kodierpersistenz jedoch vielschichtig sind, lässt sich nicht direkt ableiten, ob Kassen mit Versicherten in Kreisen mit niedriger Kodierpersistenz systematisch bevorteilt oder benachteiligt werden: So kann eine niedrige Kodierqualität auf der einen Seite auf eine Unterkodierung hindeuten, da beispielsweise der Arzt die Kodierung in den Folgequartalen vergisst oder für unnötig erachtet. In diesem Fall erhielte die

TABELLE 1

Kodierqualität der einwohnergewichteten Kreise, nach KV-Region

	Kodierqualität				gesamt
	durchgängig niedrig	überwiegend niedrig	überwiegend hoch	durchgängig hoch	
Schleswig-Holstein	–	44,5%	41,9%	13,6%	100%
Hamburg	–	–	100,0%	–	100%
Niedersachsen	28,1%	36,0%	28,8%	7,1%	100%
Bremen	–	–	100,0%	–	100%
Nordrhein	–	22,2%	55,7%	22,1%	100%
Westfalen-Lippe	1,8%	35,5%	43,6%	19,0%	100%
Hessen	4,6%	48,7%	34,0%	12,7%	100%
Rheinland-Pfalz	12,3%	27,5%	48,8%	11,4%	100%
Baden-Württemberg	7,2%	41,2%	40,9%	10,6%	100%
Bayern	8,0%	31,2%	43,9%	16,9%	100%
Saarland	–	71,8%	–	28,2%	100%
Berlin	–	100,0%	–	–	100%
Brandenburg	–	8,6%	12,6%	78,8%	100%
Mecklenburg-Vorpommern	–	9,8%	64,7%	25,6%	100%
Sachsen	–	11,8%	40,6%	47,6%	100%
Sachsen-Anhalt	–	29,9%	37,1%	32,9%	100%
Thüringen	–	18,4%	34,6%	47,0%	100%
Gesamt	6,0%	34,0%	40,9%	19,1%	100%

Erläuterung: Dargestellt wird der Anteil der Einwohner je KV-Region, die in einem Kreis leben, dessen Kodierqualität für alle drei Indikationen („durchgängig“) beziehungsweise für zwei der drei Indikationen („überwiegend“) niedriger beziehungsweise besser („höher“) als der Bundesdurchschnitt (für Mukoviszidose und Demenz) oder Erwartungswert (für COPD) ist.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

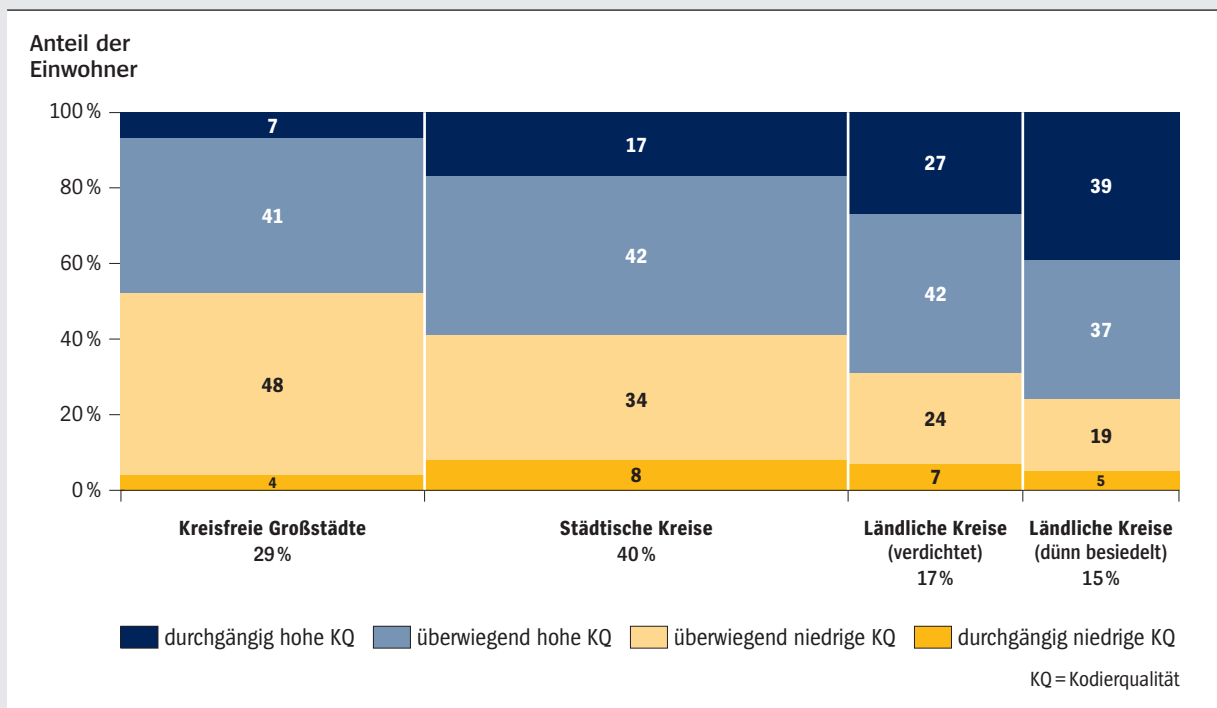
Kasse für ihre Versicherten eine zu geringe Zuweisung aus dem Morbi-RSA. Auf der anderen Seite könnte aber auch eine Überkodierung vorliegen, zum Beispiel durch fehlerhafte Kodierungen. Eine einzelne fehlerhafte Kodierung hat in der derzeitigen Konstruktion des Morbi-RSA keine finanziellen Auswirkungen, da mindestens zwei valide ambulante Diagnosen vorhanden sein müssen (beziehungsweise eine relevante Arzneimittelverschreibung oder eine stationäre Diagnose) (*Wissenschaftlicher Beirat beim BVA 2011*). Nimmt man jedoch an, dass eine hohe Anzahl fehlerhaft kodierter Diagnosen auf eine wenig gewissenhafte Kodierung hindeutet, so wären auch wiederholte fehlerhafte Kodierungen (insbesondere bei einer Hinterlegung als „Dauerdiagnose“, die automatisch im System verbleibt) denkbar. In diesem Fall erhielte die Krankenkasse für den Versicherten einen Morbiditätszuschlag, der ihr nicht zustünde. Eine hohe Anzahl von solchen Kodierfehlern (unabhängig von ihrer Regionalität) könnte außerdem zu einer Unterschätzung der Krankheitskosten und somit zu einem zu geringen Morbiditätszuschlag führen.

Der erkennbare Zusammenhang von hoher Kodierqualität und Ländlichkeit bietet einen weiteren Hinweis darauf, dass

regionale Unterschiede in der Kodierqualität nicht zufällig sind, sondern einer Systematik unterliegen. Ein Erklärungsansatz für die höhere Kodierqualität in ländlichen Regionen ist beispielsweise, dass aufgrund der geringeren Ärztedichte in diesen Regionen weniger verschiedene Ärzte kontaktiert werden (*Thode et al. 2005*) und somit eine engere Bindung der Patienten an ihren (Haus-)Arzt besteht. Dadurch können Falschdiagnosen, die durch eine fehlende Kenntnis der Patientenhistorie entstehen, möglicherweise eher vermieden werden. Auch eine ungenaue Differenzierung zwischen einer Verdachts- oder gesicherten Diagnose könnte hier eine Rolle spielen. Solch ein Kodierfehler ist am wahrscheinlichsten bei einer Erstdiagnostik, welche wiederum in städtischen Gegenden mit einer höheren Fluktuation der Patienten häufiger vorkommt als bei Ärzten mit einer großen Anzahl an „Bestandspatienten“. Darüber hinaus könnte die geringere Kodierqualität in städtischen Regionen auch durch die höhere Ärztedichte in den Ballungsräumen begründet sein: Die durch höheren Wettbewerbsdruck ausgelöste angebotsinduzierte Nachfrage (*Evans 1974*) könnte einen Fehlanreiz zu einer Überdiagnostik setzen und somit mehr Einzeldiagnosen ohne entsprechende Folgediagnosen verursachen.

ABBILDUNG 5

Anteil der Einwohner in Kreisen mit hoher oder niedriger Kodierqualität, differenziert nach siedlungsstrukturellen Kreistypen



Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

Die Ergebnisse dieser Analyse sollten vor dem Hintergrund einiger Limitationen gesehen werden: Die Ermittlung der Kodierqualität anhand der Diagnosepersistenz ist ein indirektes Verfahren, um Kodierqualität zu approximieren. Eine geringe Diagnosepersistenz könnte beispielsweise auch durch das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten begründet sein. Fehlende Folgediagnosen könnten demnach auch daraus resultieren, dass ein Patient nur unregelmäßig oder bei akuter Notwendigkeit einen Arzt kontaktiert.

Eine weitere Limitation ist dadurch gegeben, dass die regionale Auswertung anhand des Wohnorts des Patienten durchgeführt wurde, obwohl Patienten mitunter auch einen Arzt in einem Nachbarkreis in Anspruch nehmen. Dadurch könnte die regionale Zuordnung eines Kodierfehlers mitunter fehlerhaft sein.

Außerdem wäre eine Absicherung der Ergebnisse durch den kombinierten Einsatz verschiedener Methoden zur Approximierung der Kodierqualität empfehlenswert, um die Reliabilität dieser Analyse zu erhöhen. Wie von Giersiepen und Mitarbeitern vorgeschlagen, wäre das durch das Hinzuziehen von Arzneimittelverordnungen und stationären Diagnosen möglich (*Giersiepen et al. 2007*). Zum anderen wäre auch eine Ausweitung der Analysen auf andere Indikationen von Nutzen.

Dennoch zeigt diese Analyse, dass die Kodierqualität, gemessen anhand der Persistenz kodierter Diagnosen für drei chronische Krankheiten, regional variiert. Die regionalen Muster, die sich in einer alle drei Krankheiten übergreifenden Analyse zeigten, sowie die erheblichen Stadt-Land-Unterschiede, geben dabei Hinweise auf systematische regionale Kodierunterschiede. Wie eingangs dargestellt, können sich diese Unterschiede auf den Morbi-RSA auswirken: Vor allem die Gesundheitsfonds-Zuweisungen an regional konzentrierte Krankenkassen könnten dadurch verzerrt werden – sowohl zum Vor- als auch zum Nachteil der einzelnen Kasse. Um solche Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, ist eine Verbesserung der Kodierqualität ambulanter Diagnosen unbedingt erforderlich. Die verpflichtende Anwendung von Kodierrichtlinien, die durch das Versorgungsstrukturgesetz gestoppt wurden, hätten hier ein wirksames Instrument sein können. Eine andere Möglichkeit des Gesetzgebers bestünde darin, entsprechende (finanzielle) Anreize für eine Erhöhung der ambulanten Kodierqualität zu setzen.

Literatur

- AkkÄ (2004):** Demenz: Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. 3. Auflage. Berlin
- BBSR (2011):** Laufende Raubeobachtung – Raumabgrenzungen: Siedlungsstrukturelle Kreistypen; <http://www.bbsr.bund.de> → Raubeobachtung → Raumabgrenzungen → Siedlungsstrukturelle Kreistypen (letzter Zugriff 25.07.2012)
- Berger I, Horenkamp-Sonntag D, Leipnitz K et al. (2009):** Bericht zur Schätzung der Morbiditätsveränderung 2008/2009 und zur Repräsentativität und Plausibilität der Datengrundlage des Bewertungsausschusses; <http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de> → Publikationen (letzter Zugriff 07.01.2013)
- Bewertungsausschuss (2009):** Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010
- BVA (2009):** Festlegung der Morbiditätsgruppen, des Zuordnungsalgorithmus, des Regressions- sowie des Berechnungsverfahrens im Jahresausgleich 2010; <http://www.bundesversicherungsamt.de> → Risikostrukturausgleich → Festlegungen (letzter Zugriff 3. 1. 2013)
- DEGAM (2008):** Demenz: DEGAM – Leitlinie Nr. 12. Düsseldorf: Omikron Publ.
- DGPPN (2009):** S3-Leitlinie „Demenzen“. (Langfassung): Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; Deutsche Gesellschaft für Neurologie
- Evans R (1974):** Supplier-induced demand: Some empirical evidence and implications. In: Perlman M (Hrsg.): The economics of health and medical care: Proceedings of a conference held by the International Economic Association at Tokyo. New York: Wiley, 162–173
- GBA (Hrsg.) (2004):** Begründung zu den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen: Teil II: COPD
- Giersiepen K, Pohlabein H, Egidí G, Pigeot I (2007):** Die ICD-Kodierqualität für Diagnosen in der ambulanten Versorgung. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, Jg. 50, Heft 8, 1028–1038
- GOLD (2011):** Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. [S.l.]: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Inc.
- Institute for Clinical Systems Improvement (2011):** Diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease. 8. Auflage. <http://www.icsi.org> → Guidelines & More → Respiratory Disease Guidelines → COPD Guideline (letzter Zugriff 10.11.2012)
- KBV (2012):** Sachgerechte Diagnosenkodierung nach ICD-10-GM in der ambulanten Versorgung; <http://www.kbv.de/kodieren> → Schulungsunterlagen (letzter Zugriff 10.11.2012)
- Kerem E, Conway S, Elborn S, Heijerman H (2005):** Standards of care for patients with cystic fibrosis: a European consensus. Journal of Cystic Fibrosis, Jg. 4, Heft 1, 7–26
- National Clinical Guideline Centre (2010):** Chronic obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care update guideline. Updated version. London: Royal College of Physicians

Schönfelder T, Balázs S, Klewer J (2009): Kosten aufgrund von DRG-Upcoding durch die Einführung der Diagnosis Related Groups in Deutschland. Heilberufe, Jg. 61, Heft S3, 77–81

Sievert J (2011): Möglichkeiten der Abrechnungsmanipulation im Krankenhaus: Upcoding, Downcoding und Abrechnen nicht notwendiger Leistungen. Berlin: Logos

Stausberg J (2007): Die Kodierqualität in der stationären Versorgung. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, Jg. 50, Heft 8, 1039–1046

Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth B (2005): Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, Jg. 48, Heft 3, 296–306

Wissenschaftlicher Beirat beim BVA (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich: Endfassung. Bonn

DIE AUTORIN



Susanne Ozegowski, MPH, Jahrgang 1983, Studium der Internationalen Beziehungen und Wirtschaftskommunikation an den Universitäten Dresden, Bordeaux und Lugano. Von 2008 bis 2010 Tätigkeit als Unternehmensberaterin bei der Boston Consulting Group. 2010

und 2011 Studium von Public Health an der Berlin School of Public Health. Seit 2011 Doktorandin an der TU Berlin; Dissertationsthema: Regionale Unterschiede in der ambulanten Versorgung.

Medizinprodukte vor Zertifizierung teilweise nur unzureichend geprüft

von Christiane Roick*

Medizinprodukte mit hohem Risikopotenzial, wie Herzschrittmacher oder künstliche Hüftgelenke, benötigen für die Zulassung auf dem EU-Markt nur eine CE-Kennzeichnung, die ihre Sicherheit und Funktionstauglichkeit belegt. Im internationalen Vergleich ist dies eine niedrige Hürde, da die Wirksamkeit nicht belegt werden muss. Eine investigative Recherche zeigt nun, dass die Sicherheitsprüfungen nicht immer mit der nötigen Gewissenhaftigkeit und Neutralität durchgeführt werden.

1 Was ist das Problem?

In der Europäischen Union führen über 70 „Benannte Stellen“ (BS) CE-Kennzeichnungen (CE-K) durch. Als private Unternehmen verdienen sie am Zertifizierungsprozess, der überall den gleichen EU-Normen folgen soll. Journalisten des British Medical Journal und des Daily Telegraph testeten, wie gewissenhaft BS in Ungarn, der Slowakei und in Tschechien die Sicherheit von Medizinprodukten (MP) prüfen.

2 Wie wurde untersucht?

Die Journalisten gaben sich als Vertreter der fiktiven chinesischen Firma „Changi“ aus und beantragten eine CE-K für ein künstliches Hüftgelenk (kHG) mit den gleichen Merkmalen wie ein kHG, das 2010 wegen schwerer Gesundheitsschäden (unter anderem Weichteilschädigungen durch Metallabrieb, toxische Kobaltionenkonzentration im Blut) und hoher Austauschraten vom Markt genommen wurde.

3 Was ist rausgekommen?

Trotz der bekannten Risiken wurden die fiktiven Changi-kHG als für den euro-

päischen Markt geeignet eingestuft, obwohl das eingereichte Dossier Hinweise auf potenziell giftige Metallionen-Konzentrationen enthielt. Sicherheitsbedenken äußerten die BS nicht. Dass es sich hierbei nicht um ein seltenes Systemversagen handelt, legen die von den konsultierten BS angegebenen hohen Erfolgsquoten nahe. So erklärt eine slowakische BS, man habe in fünf Jahren nur vier Fälle ohne Erfolg abgeschlossen. Eine tschechische BS rühmt sich einer Erfolgsquote von 90 Prozent, die asiatischen Servicestellen zweier getesteter BS gar einer hundertprozentigen. Aufgrund der Konkurrenzsituation, so ein Mitarbeiter einer tschechischen BS, würden auch Produkte zertifiziert, die nicht die EU-Standards erfüllten, weil manche Hersteller damit drohten, sonst zu einer anderen BS zu gehen. Tatsächlich kann ein Hersteller solange in verschiedenen EU-Ländern eine Zertifizierung beantragen, bis eine BS diese genehmigt. So versicherte ein BS-Mitarbeiter den als Kunden auftretenden Journalisten auch, man sei aufseiten der Hersteller, nicht der Patienten. Abweichend von ihren eigentlichen Aufgaben berieten die getesteten BS ihre Kunden zudem, wie sie den Zertifizierungsprozess angehen sollten und wie ihr MP in der EU vermarktet werden

könnte. Dabei zeigten sie auch Wege auf, in Asien hergestellte MP als europäische Produkte erscheinen zu lassen.

4 Wie gut ist die Studie?

Die Tests einzelner BS ergaben: Das MP-Zertifizierungssystem in Europa ist fragmentiert und weitgehend undurchsichtig. Die getesteten BS agierten nicht angemessen neutral und unabhängig von den Wünschen der Hersteller und prüften die Sicherheit der MP nicht hinreichend. Ob die zugelassenen MP auch wirksam sind, muss in der EU bislang überhaupt nicht geprüft werden. Anders ist es in den USA, wo eine unabhängige staatliche Institution, die Food and Drug Administration, für die Zulassung von Medikamenten und MP verantwortlich ist und neben der Sicherheit und Funktionsfähigkeit auch den Nutzen der MP auf Basis klinischer Studien prüft. Diesbezüglich besteht in der EU noch erheblicher Nachholbedarf.

Quelle: Cohen D et al.: Artikelserie zum Thema Medical Device Regulation. *BMJ* 2012; doi: 10.1136/bmj.e7173; e7193; e7225 und e7090

* PD Dr. med. Christiane Roick, MPH, Stellv. Leiterin des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: christiane.roick@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Der Befund ist bedrückend, aber keineswegs überraschend. Anzunehmen, der internationalen Konkurrenz ausgesetzte Privatunternehmen stünden nicht auf der Seite ihrer Kunden, wäre bestenfalls naiv. Nach dieser investigativen Recherche kann aber keiner mehr behaupten, von den

„benannten Schwach-Stellen“ in der Regulierung des Marktzugangs nichts gewusst zu haben. Ob das ein Umdenken einleitet, ist zweifelhaft: Hatten Bundesgesundheitsministerium und EU-Kommission doch auch nach den jüngsten Skandalen um Brustimplantate und Hüftprothesen geäußert, die bestehenden Regelungen hätten sich bewährt. Auch der neue EU-Richtlinienentwurf bezeugt: Wirtschaftsinteressen haben noch immer Vorrang vor Patientensicherheit.

Prof. Dr. med. Jürgen Windeler,

Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln



KÖPFE

Dr. med. Jens Papke (51), Internist in Neustadt/Sachsen, ist von der Hochschule Zwickau zum bundesweit ersten Honorarprofessor für Palliative Care bestellt worden. Papke, der von 1981 bis 1987 in Berlin und Dresden studierte, arbeitete dann im Kreiskrankenhaus Sebnitz, bevor er sich 1993 als Internist und Onkologe niederließ. Er hat in Zwickau bereits seit 2005 einen Lehrauftrag und mehr als 60 wissenschaftliche Publikationen verfasst.

Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus (45), seit 2011 Professor für Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung in Bremen, hat den Vorsitz der Deutschen Gesellschaft für Public Health von **Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. Thomas Gerlinger** (52) aus Bielefeld übernommen. Gerhardus studierte von 1988 bis 1995 Medizin in Heidelberg. Neben seinen Tätigkeiten als Arzt und Wissenschaftler an der Uniklinik Heidelberg und der Me-

dizinischen Hochschule Hannover machte er bis 2005 zwei Master in Ethnologie und Public Health. Von 2006 bis 2010 leitete er das Arbeitsfeld Evidence-Based Public Health an der Universität Bielefeld, wo er auch habilitierte.

Prof. Dr. med. Andreas Sönnichsen (55) leitet seit 1. November 2012 das Institut für Allgemein- und Familienmedizin der Universität Witten/Herdecke. Sein Vorgänger **Prof. Dr. med. Stefan Wilm** (53) ist jetzt an der Uniklinik Düsseldorf. Sönnichsen studierte in Illinois/USA und München. Zuletzt leitete er das Institut für Allgemein- und Familienmedizin der Paracelsus-Privatuniversität Salzburg.

Prof. Dr. med. Helmut Brand (55), Vorstand der Abteilung für Internationale Gesundheit der Universität Maastricht, ist neuer Präsident des European Health Forum Gastein (EHFG) in Bad Hofgastein. Brand studierte Medizin

in Düsseldorf, Zürich und London. Seit 1988 arbeitete er in Deutschland zunächst im Kreisgesundheitsamt Minden und dann im Landesgesundheitsministerium Hamburg. Von 1995 bis 2007 leitete er das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LGÖD) in Nordrhein-Westfalen. Neue EHFG-Generalsekretärin ist **Dorothea Kahr-Gottlieb** (49). Die Österreicherin studierte Public Health in Graz und koordiniert den seit 1998 veranstalteten EHFG-Kongress bereits seit 2006.

Dr. jur. Joachim Breuer (56), Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) ist seit 7. November 2012 Vorstandsvorsitzender der Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung (GVG) in Köln. Der Jurist studierte in Bonn und Berlin. Nach fünf Jahren im Bonner Agrarministerium ging er 1990 zum Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG).

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
Workshop „Erprobungsregelung für Medizinprodukte“	Konzeption und Antragsverfahren, Studieneckpunkte	5. 2. 2013 Berlin	Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) Reinhardtstraße 29 b 10117 Berlin	www.bvmed.de/events E-Mail: pecher@bvmed.de Telefon: 030 246255-24
KNP-Projekt-Abschlussstagung „Erfolgsfaktoren für eine zukünftige Prävention und Gesundheitsförderung“	Ergebnisse des BMBF-Förderschwerpunkts, Vernetzung, transdisziplinäre Forschung	21.–22. 2. 2013 Berlin	Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP) Institut für Gesundheitssystemforschung, 30625 Hannover	www.knp-forschung.de E-Mail: pomp.madlen@mh-hannover.de Telefon: 0511 532-4199
Jahreskonferenz 2013 der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ)	Steuerung der Gesundheitsversorgung	11.–12. 3. 2013 Essen	Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) c/o Universität Duisburg-Essen Schützenbahn 70, 45117 Essen	www.dggoe.de/konferenzen/2013 E-Mail: jahrestagung@dggoe.de Telefon: 0201 183-3679
14. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin	Umgang mit Unsicherheit bei klinischen und Gesundheitssystem-Entscheidungen	15.–16. 3. 2013 Berlin	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin Straße des 17. Juni 106–108 10623 Berlin	www.ebm-kongress.de E-Mail: kontakt@ebm-netzwerk.de Telefon: 030 4005-2506
13. Internationale Konferenz über Integrierte Versorgung (IV)	Vergütungssysteme und bezahlbare Anreize zur Optimierung und Ausweitung von IV-Projekten	11.–12. 4. 2013 Berlin	International Foundation for Integrated Care (IFIC), AQUA-Institut, Bundesverband Managed Care, AOK-Bundesverband u. a.	www.integratedcarefoundation.org/conference/184 E-Mail: info@integratedcarefoundation.org
Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)	Patientenrechtgesetz, Ökonomisierung des Gesundheitswesens	18.–19. 4. 2013 Berlin	Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) Stiftsplatz 12 53111 Bonn	www.aps-ev.de E-Mail: info@aktionsbuendnis-patientensicherheit.de Telefon: 022873-8366

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.

G+G-Wissenschaft (GGW)

GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: *Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)*

Verantwortliche Redakteure:

Bettina Nellen (KomPart),
Prof. Dr. Klaus Jacobs, Sabine Schulze (WIdO)
Red.-Mitglieder: Dr. Silke Heller-Jung, Burkhard Rexin (KomPart); Grafik: Johannes Nerger

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-220, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@komp.art.de