

RPG

Band 17 | Heft 4 | 2011

4 | 2011

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

■ **Ärztliche Bedarfsplanung –
überflüssiges Relikt oder unentbehrliche
Grundlage für die Steuerung der
Versorgung?**

■ **Langfristige finanzielle Auswirkungen
des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

■ **Der doppelte Compliance-gap:
Warum das deutsche Gesundheits-
wesen die Qualität der
Arzneimitteltherapie stärker auf der
Mikro-Ebene steuern muss**

■ **Neue Krankenversicherung in den
Niederlanden: Einige Erfahrungen seit
der Einführung vor fünf Jahren**

HERAUSGEBER

A. P. F. Ehlers
E. Deutsch
P. Oberender
E. Wille
M. Feldmann
J. Stoschek (Schriftleitung)

MITHERAUSGEBER

B. Bender
B. Brennecke
R. von Esebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Autoren des Heftes

Kathleen Lehmann
Dr. Manfred Partsch
Dr. Michael Popp
Andreas Meusch
M. Eitel Homan
Siem Jan Koopman



pmi Verlag e. K.

GRPG

GESELLSCHAFT FÜR RECHT UND POLITIK
IM GESUNDHEITSWESEN E. V.

Editorial

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens sind einem fortlaufenden Wandel unterworfen. Die *Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)* begleitet diese Entwicklungen seit vielen Jahren. Eine wichtige Station war sicher die Einführung des Gesundheitsfonds mit Einheits- und Zusatzbeitrag und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA).

Bei einem Symposium der *GRPG* mit dem Thema „Die strategische und wirtschaftliche Situation der GKV 3 Jahre nach Gesundheitsfonds und Morbi-RSA“ soll nun Anfang Januar in Hamburg eine Zwischenbilanz gezogen werden. Denn Gesundheitsfonds und Morbi-RSA haben nicht nur die Situation der GKV, sondern auch die ihrer Vertragspartner nachhaltig beeinflusst. Die Einführung ging einher mit großen Erwartungen, aber auch berechtigten Ängsten.

In diesem Zusammenhang stellen sich eine Reihe von Fragen: Sind die Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen gerechter und damit besser geworden? Ist der Gesundheitsfonds Ursache für die ersten Insolvenzen oder hat er nur alte Schwächen offengelegt? Ist die Bereitschaft der Vertragspartner für innovative Verträge erweitert oder behindert worden? Und rechnet sich Prävention noch? Ein ausführliches Programm finden Sie in diesem Heft sowie im Internet unter www.grpg.de

Das Präsidium der *GRPG* würde sich freuen, Sie am 13. Januar 2012 in Hamburg begrüßen zu können.

Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Str. 4
82319 Starnberg

INHALT

Was bringt das GKV-Versorgungsgesetz und wem nützt es?

Ärztliche Bedarfsplanung – überflüssiges Relikt oder unentbehrliche Grundlage für die Steuerung der Versorgung?

Kathleen Lehmann, Dr. Manfred Partsch 59

Zur Diskussion gestellt

Langfristige finanzielle Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Dr. Michael Popp 70

Der doppelte Compliance-gap:

Warum das deutsche Gesundheitswesen die Qualität der Arzneimitteltherapie stärker auf der Mikro-Ebene steuern muss

Andreas Meusch 76

Überblick

Neue Krankenversicherung in den Niederlanden:

Einige Erfahrungen seit der Einführung vor fünf Jahren

M. Eitel Homan, Siem Jan Koopman 83

Mitteilung der Gesellschaft

Die strategische und wirtschaftliche Situation der GKV 3 Jahre nach Gesundheitsfonds und Morbi-RSA

92

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die *GRPG* zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die *GRPG* einen Jahrespreis in Höhe von 2500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der *GRPG* entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein. Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (*GRPG*), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber

Prof. Dr. med. Dr. iur.
Alexander P. F. Ehlers
Widenmayerstraße 29
80538 München

Prof. Dr. Dr. iur. h.c. Dr S. med. h.c.
Erwin Deutsch
Universität Göttingen
Goßlerstraße 19
37073 Göttingen

Prof. Dr. Peter Oberender
Lehrstuhl VWL
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30
95447 Bayreuth

Prof. Dr. Eberhard Wille
Lehrstuhl VWL
Universität Mannheim, A5
68131 Mannheim

Dipl.-Betriebswirt Michael Feldmann
Säbener Straße 62
81547 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Josef-Jägerhuber-Straße 4
82319 Starnberg

Mitherausgeber

B. Bender
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma- und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2011 (4 Hefte) Euro 170,- zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Beziehers kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag

pmi Verlag e.K. (Inh. Peter Hoffmann)
Bertha-Bagge-Straße 66
D-60438 Frankfurt
Telefon 069–5480000
Telefax 069–54800066
e-mail: pmiverlag@t-online.de

Bankverbindung: Volksbank Dreieich eG (BLZ 505 922 00) Konto-Nr. 8 501 319 • Gerichtsstand: Frankfurt/Main • Anzeigenpreisliste: Es gilt der Tarif Nr. 10 vom 01.01.2008 • Technische Gesamtherstellung: pagina media GmbH, 69502 Hemsbach.

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlags strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2011 pmi Verlag e.K. (Inh. Peter Hoffmann)
Printed in Germany

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Kathleen Lehmann, Dr. Manfred Partsch

Ärztliche Bedarfsplanung – überflüssiges Relikt oder unentbehrliche Grundlage für die Steuerung der Versorgung?

Gesundheit ist ein hohes Gut. Ein flächendeckendes Angebot an medizinischer Versorgung und angemessene Zugangsmöglichkeiten für alle Bevölkerungsgruppen gehören deshalb auch zu den zentralen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Zielen. Wie in vielen anderen Bereichen ist jedoch auch hier ein Ausgleich zwischen unterschiedlichen Interessen nötig. So beabsichtigen die Leistungsanbieter mit ihrer Tätigkeit, ein angemessenes, also möglichst hohes Einkommen erzielen; die Patienten erwarten im Bedarfsfall ein möglichst gutes medizinisches Betreuungsangebot in angemessener Entfernung; Versicherte, Krankenkassen und Steuerzahler legen Wert darauf, dass dieses Angebot möglichst wenig kostet.

Um den notwendigen Interessenausgleich herzustellen, gibt es verschiedenste Ansätze. Konsens besteht dabei weitestgehend darüber, dass Gesundheit als öffentliches Gut nur eingeschränkt für marktwirtschaftliche Steuerung geeignet ist. Am Beispiel der USA zeigt sich eindrucksvoll, dass ein weitgehend privat organisiertes und marktwirtschaftlich ausgerichtetes System sehr teuer sein kann, ohne gesamtgesellschaftlich betrachtet zufriedenstellende Ergebnisse zu produzieren. So weisen die USA im OECD-Vergleich zwar die höchsten Gesundheitsausgaben aus. Bezüglich wichtiger Ergebnisparameter werden jedoch nur unterdurchschnittliche Werte erreicht, so z. B. bei der durchschnittlichen Lebenserwartung oder bei der Kindersterblichkeit. In dem teuersten Gesundheitssystem der Welt haben vor allem Menschen mit geringerem Einkom-

men und Menschen ohne einen ausreichenden Versicherungsschutz nur einen eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung (OECD 2009). Das freie Spiel der Marktkräfte führt hier also offenbar nicht zu den politisch und gesellschaftlich erwünschten Ergebnissen.

Sofern daher ein gesellschaftlicher Konsens darüber besteht, dass allen Versicherten ungeachtet ihres Wohnortes und ihrer Lebens- und Vermögensverhältnisse flächendeckend eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen soll, und dass dies bei begrenzten finanziellen Mitteln dauerhaft zu gewährleisten ist, bedarf es einer aktiven Steuerung des Leistungsgeschehens. Ein wichtiges Element stellt hierbei die Regulierung des Leistungsangebotes dar. Einerseits sollen genügend Leistungen angeboten werden, um allen Versicherten im Krankheitsfall eine angemessene Versorgung zu ge-

währleisten; andererseits soll das Angebot aber auch nicht zu groß sein, da die Anbieter dann unter Druck geraten, ihre Kapazitäten dadurch auszulasten, dass sie Leistungen erbringen, die medizinisch nicht notwendig sind und denen kein adäquater Nutzen gegenüber steht (angebotsinduzierte Nachfrage). Eine Regulierung des Leistungsangebotes kann dabei direkt durch eine Begrenzung der Anbieterzahlen erfolgen oder indirekt z. B. durch die Regulierung von Preisen und Leistungsmengen oder durch Qualitätsanforderungen. Üblicherweise werden mehrere Regulierungsansätze parallel angewendet, um verschiedenen gesundheitsökonomischen Zielen Rechnung zu tragen. Denn tatsächlich geht es nicht isoliert um eine Begrenzung der insgesamt angebotenen Leistungsmenge, sondern um ein komplexes gesundheits- und gesellschaftspolitisches Zielsystem.

Angebotssteuerung durch Bedarfsplanung und Zulassungsrecht

In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erfolgt die Steuerung des ärztlichen Angebotes in erster Linie über die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht. Beide wurden in ihrer heutigen Form mit dem Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG) im Jahr 1992 eingeführt. Die Frage, wie viele Leistungserbringer für eine be-

WAS BRINGT DAS GKV-VERSORGUNGSGESETZ UND WEM NÜTZT ES?

darfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden und wie eine angemessene Verteilung dieser Leistungserbringer im Raum sichergestellt werden kann, ist jedoch beinahe so alt wie die gesetzliche Krankenversicherung selbst.

Am Anfang standen die Verhältniszahlen, die bestimmte Arzt-Einwohner-Relationen je Zulassungsbezirk vorgaben. So wurde bereits in dem sog. Berliner Abkommen im Jahr 1913 zwischen den Spitzenorganisationen der Krankenkassen und Ärzten ein Verhältnis von 1.350 Versicherten je Kassenarzt vereinbart. Diese Verhältniszahl wurde im Rahmen der Brüning'schen Notverordnungen 1931 auf 600 Versicherte je Arzt und Zulassungsbezirk abgesenkt. Sofern in einem Bezirk mehr Ärzte zugelassen waren, sollte bis zum Erreichen der Verhältniszahl nur jede dritte freie werdende Stelle besetzt werden (RGBl. 1931, S. 718). Eine erneute Anpassung erfolgte mit dem Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) im Jahr 1955. Um eine ausreichende ärztliche Versorgung und die freie Arztwahl zu gewährleisten, waren nun ein Arzt je 500 und ein Zahnarzt je 900 Mitglieder vorgesehen (BGBl. 1955, S. 513). Bald darauf folgte jedoch eine Zäsur. Nachdem die Steuerung des ärztlichen Angebots fast 50 Jahre lang durch die Festlegung von Verhältniszahlen und die hiermit verbundenen Zulassungsbeschränkungen erfolgt war, wurde dieses System im Jahr 1960 durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vollständig aufgehoben. Die starre Verhältniszahlregelung wurde als ein unzulässiger Eingriff in die durch Artikel 12 des Grundgesetzes geschützte Berufsfreiheit der Ärzte angesehen. Nach Auffassung des hohen Gerichts waren Verhältniszahlen als objektive Zulassungsvoraussetzungen nur gerechtfertigt, wenn sie durch besonders wichtige Interessen der Allgemeinheit gefordert wurden, die anders nicht geschützt werden könnten. Die damalige Bundesregie-

rung sah die Verhältniszahlen zur planmäßigen Verteilung des ärztlichen Angebotes und zur Sicherstellung einer gleichmäßigen ärztlichen Versorgung als unerlässlich an. „Bei unbeschränkter Zulassung würden sich die Ärzte in größeren Städten zusammendrängen und weniger bevorzugte Plätze, insbesondere auf dem flachen Lande meiden“ (BVerfG 1960, Rdnr. 20). Die Bundesregierung befürchtete, dass „eine Freigabe der Zulassung zu den Kassen für alle „niedergelassenen“ Ärzte [] das Durchschnittseinkommen der bereits zugelassenen Kassenärzte derart vermindern [würde], dass die Mehrzahl von ihnen keine auskömmliche Existenz mehr hätte. Die Folge wäre ein scharfer Konkurrenzkampf der Ärzte, ein Absinken der Berufsmoral, ein Ansteigen der Vielgeschäftigkeit, eine größere Bereitwilligkeit zur Verschreibung von Medikamenten und zur Krankschreibung. Die wirtschaftliche Notlage der Kassenärzte würde schließlich einen so starken politischen Druck erzeugen, dass die Vergütungen für die Kassenärzte und damit die Krankenkassenbeiträge erhöht werden müssten. Im Endeffekt würde eine Freigabe der Zulassung den Krankenkassen so hohe Mehrbelastungen bringen, dass ihre Existenz gefährdet würde“ (BVerfG 1960, Rdnr. 42). Eine Einschätzung, die interessanterweise auch heute noch überaus aktuell und nachvollziehbar erscheint. Das Bundesverfassungsgericht sah die beschriebenen Gefahren damals jedoch nicht als gegeben und ging bei einer Zahl von 41.700 freiberuflich tätigen Ärzten davon aus, dass sich die Zahl der Ärzte durch die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen um kaum mehr als 12 v. H. erhöhen würde (BVerfG 1960, Rdnr. 45).

Diese Annahme stellte sich jedoch schnell als falsch heraus. Im Jahr 1976 nahmen bereits 53.303 Ärzte an der ambulanten Versorgung teil und damit fast 30 v. H. mehr als im Jahr 1960 (KBV 1998).

Gleichzeitig kam es vor allem in ländlichen Gebieten zu Unterversorgungssituationen. Damit hatten sich die Bedenken der Bundesregierung als berechtigt herausgestellt. Die Liberalisierung der ärztlichen Zulassung hatte, wie vorhergesagt, zu einem deutlichen Arztzahlwachstum geführt und gleichzeitig zu Wanderungsbewegungen, die in einigen Regionen die Versorgung verschlechtert haben. Vor diesem Hintergrund ist es heute zumindest leicht möglich abzuschätzen, welche Wirkungen mit einer Aufhebung der Angebotssteuerung im Rahmen von Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen verbunden wären.

Nachdem, die Fehleinschätzung des Kassenarzturteils offensichtlich wurde, ergriff der Gesetzgeber Mitte der 70er Jahre erneut Maßnahmen für eine verbesserte Angebotssteuerung. So sah das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) aus dem Jahr 1976 nicht nur die Einführung einer Bedarfsplanung vor, sondern auch, dass bei drohender oder eingetretener ärztlicher Unterversorgung Zulassungssperren in anderen gut versorgten Gebieten angeordnet werden konnten (BGBl. 1976, S. 3871 ff). Offenbar genügten diese Maßnahmen jedoch nicht, um eine versorgungsgerechte Verteilung der Leistungserbringer zu erreichen, denn einerseits war zu Beginn der 80er Jahre in den urbanen Verdichtungsräumen eine ärztliche Überversorgung entstanden und zum anderen hatte sich ein unausgewogenes Verhältnis von Haus- und Fachärzten ergeben, wobei ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen dem Anstieg der Fachärzte und ihrer Konzentration in Verdichtungsräumen gesehen wurde. Die Zahl der ambulant tätigen Ärzte stieg weiter an und betrug im Jahr 1986 bereits rund 65 v. H. mehr als noch im Jahr 1960 (KBV 1999). Sowohl die Überversorgung als auch die Unausgewogenheit zwischen Haus- und Fach-

ärzten wurden von der damaligen Bundesregierung als erhebliches Risiko für die Wirtschaftlichkeit des ambulanten Versorgungssystems und für eine sachgerechte kassenärztliche Versorgung gesehen. Dabei wurde in den überversorgten Gebieten ein wachsender Konkurrenzdruck vermutet, der sich nachteilig auf die wirtschaftliche Verordnungsweise auswirken würde. Gleichzeitig hätten die Ärzte einen Anreiz, Leistungen zu erbringen und zu veranlassen, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind. Diese „angebotsinduzierte Nachfrage“ hat, so die Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung aus dem Jahr 1986, „ihre Ursache in den Dispositionsspielräumen des Kassenarztes“, der in der Lage ist, den Umfang seiner und der durch ihn veranlassten Leistungen weitgehend selbst zu bestimmen (BR 1986, S. 9 ff). Daneben bestehen zwischen Arzt und Patient asymmetrisch verteilte Informationen, die dem Patienten eine eigenverantwortliche Inanspruchnahme nahezu unmöglich machen. Zur Problematik der angebotsinduzierten Nachfrage hat die Bundesregierung in der Gesetzesbegründung auf eine Darstellung der Sozialenquete aus dem Jahr 1966 hingewiesen, die sehr treffend formulierte: „Die entscheidende strukturelle Schwäche des „Marktes“ für ärztliche Leistungen besteht [] darin, dass der Arzt als „Anbieter“ nicht nur die Möglichkeit, sondern geradezu die Aufgabe hat, Art und Maß der „Nachfrage“ im wesentlichen selbst zu bestimmen. Er ist der Sachkundige und weiß besser als der Patient, was diesem frommt. Diese eigenartige und auf fast keinem anderen [] Markt anzutreffende Anbieterposition stellt fast übermenschlich hohe Ansprüche an Selbstlosigkeit und moralische Widerstandskraft des Arztes; denn schließlich muss auch der Arzt leben und seine Familie ernähren.“ Eine Einschätzung, die

auch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geteilt wurde, die laut Bundesregierung in einer Stellungnahme im Jahr 1984 darauf hinwies, dass bei zunehmendem Konkurrenzdruck die Gefahr besteht, dass die Ärzte versuchen würden, ihre Praxen durch den Einsatz von teuren medizinisch-technischen Geräten attraktiv zu machen. Für eine Amortisation der Anschaffungskosten ist in der Regel eine hohe Auslastung der Geräte erforderlich, die mit entsprechend wirtschaftlich motivierten Leistungsmengenausweitungen einhergeht (BR 1986, S. 13 f). Auch dies eine Argumentation, die bis heute nichts an ihrer Aktualität verloren hat.

Um die Finanzierbarkeit und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten und die Gleichmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sicherzustellen, wurden die Zulassungsbeschränkungen im Folgenden weiter verschärft. So sah das Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung aus dem Jahr 1986 die Möglichkeit vor, in überversorgten Gebieten regional begrenzte, zeitlich befristete und arztgruppenbezogene Zulassungsbeschränkungen anzuordnen. 50 v. H. aller kassenärztlichen Planungsbereiche mussten hierbei jedoch für Niederlassungen frei bleiben. Zum Abbau von Überversorgung wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen gestattet, die freiwillige Aufgabe der Zulassung ab dem 62. Lebensjahr finanziell zu fördern (BGBl. 1986, S. 2593 f).

Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) aus dem Jahr 1992 verschärfte die Zulassungsbeschränkungen weiter und schuf die Grundlagen der heutigen Bedarfsplanung. Insbesondere wurde die Vorgabe, dass 50 v. H. der Planungsbereiche für Niederlassungen frei bleiben mussten, gestrichen. Die Zulassung wurde an gesetzlich festgelegte, arztgruppenspezifische Verhältniszahlen geknüpft, die auch das Verhältnis von Haus- und Fachärzten regeln sollten

(BGBl. 1992, S. 2282 f). Zentrales Ziel des Gesetzgebers war ein Abbau der Überversorgung und – vor dem Hintergrund der damals thematisierten „Ärztenschwemme“ – die Verhinderung eines weiteren Arztlanzahlwachstums. Dabei wurde die verfassungsrechtliche Bedeutung weitergehender Zulassungsbeschränkungen vor dem Hintergrund des Kassenarzt-Urteils aus dem Jahr 1960 gegen die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung abgewogen. Die mit dem Arztlanzahlwachstum und den durch das Überangebot an Ärzten verursachten Leistungsmengenausweitungen verbundene Ausgabenentwicklung wurde dabei „als schwere Gefahr für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut“ (die Finanzierbarkeit der GKV) angesehen, zugunsten dessen die freien Berufsausübungsmöglichkeiten der Ärzte zurücktreten mussten (BT 1992, S. 97). Die Bindungswirkung des 1960er Urteils wurde insbesondere als begrenzt bewertet, weil das Gericht die Arztlanzahlzunahme deutlich unterschätzt hatte. Während das Bundesverfassungsgericht von einer 12-prozentigen Steigerung ausging, hatte sich die Zahl der Ärzte innerhalb von 30 Jahren tatsächlich fast verdoppelt. Aus der Gesetzesbegründung wurde daneben deutlich, dass zu einer direkten Steuerung des ärztlichen Angebotes über Zulassungsbeschränkungen keine Alternative gesehen wurde. Offensichtlich war es weder in Deutschland noch in anderen industrialisierten Staaten gelungen, die Ausgabendynamik im Gesundheitswesen durch Vergütungsregelungen zu begrenzen. Die ärztliche Vergütung konnte als Korrekturfaktor, über eine kurzfristige Steuerungswirkung hinaus, nicht überzeugen und wurde damit als ungeeignet bewertet, die Finanzierbarkeit von Krankenversicherungssystemen dauerhaft sicherzustellen (BT 1992, S. 98 f).

Die Regelungen der Bedarfsplanung und des Zulassungsrechts wurden seit dem

WAS BRINGT DAS GKV-VERSORGUNGSGESETZ UND WEM NÜTZT ES?

GSG zwar weiterentwickelt, die grundlegende Konstruktion jedoch hat sich seit her kaum verändert. Die Zulassungsbeschränkungen auf Grundlage der Bedarfsplanung wurden dabei inzwischen mehrfach durch die Rechtsprechung bestätigt, die anerkennt, dass die Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung einen Gemeinwohlbelang von hinreichendem Gewicht darstellt, der eine Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit und auch der Berufswahl rechtfertigt (vgl. u. a. BVerfG 2001).

Diese kleine Reise durch die Geschichte der Bedarfsplanung und des Zulassungsrechts zeigt dabei eines sehr klar: Die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen und der Verzicht auf eine direkte Angebotssteuerung ist weder unter Versorgungsgesichtspunkten noch im Hinblick auf die finanzielle Stabilität der GKV eine verantwortbare Option.

20 Jahre Bedarfsplanung: Ergebnisse

Allen Widerständen zum Trotz haben sich Bedarfsplanung und Zulassungsrecht im übrigen als weit wirksamere Instrumente erwiesen, als die aktuelle Diskussion um die Reform der Bedarfsplanung vermuten lässt. Insbesondere wurde eine gleichmäßigere Verteilung der Leistungserbringer in der Fläche erreicht, während das Arztlanzahlwachstum in den Ballungsregionen begrenzt werden konnte. Zwar nahm die Anzahl der in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte seit 1990 um etwas mehr als 50 v.H. zu (KBV 2010). Ein großer Teil dieser Steigerung entstand jedoch aufgrund von Übergangsregelungen direkt nach der Einführung der Bedarfsplanung und ist auf die Niederlassungswelle Anfang der 90er Jahre zurückzuführen. Sie entstand, weil viele Ärzte aufgrund der neuen gesetzlichen Vorgaben die (berechtigte) Sorge hatten, sich zu einem späteren Zeitpunkt nur

noch begrenzt niederlassen zu können. Dennoch verlief der Arztlanzahlanstieg insgesamt deutlich weniger dynamisch als vor Einführung der Bedarfsplanung. Dabei wurde auch eine bessere räumliche Verteilung der Leistungserbringer erreicht. Dies ergibt sich insbesondere aus den Statistiken der KBV zur Anzahl der offenen Planungsbereiche. Diese gingen seit Einführung der Bedarfsplanung stetig zurück, so dass es heute tatsächlich nur wenige Planungsbereiche gibt, für die keine Zulassungsbeschränkungen bestehen. Freie Niederlassungsmöglichkeiten finden sich derzeit vor allem bei den Haus- und Augenärzten und in eher ländlich strukturierten Regionen. Die geringe Zahl der offenen Vertragsarztsitze bedeutet auch, dass Lücken in der Versorgung, die nach Einführung der Bedarfsplanung bestanden, inzwischen weitestgehend geschlossen werden konnten, und auch wenn dies die Niederlassungsmöglichkeiten der Ärzte weiter beschränkt, muss darin doch ein eindeutiger Erfolg der Bedarfsplanung bezüglich einer gleichmäßigeren Verteilung der Leistungserbringer gesehen werden (KBV 2010).

Bei einem Blick auf die Versorgungsdaten zeigt sich auch, dass es in Deutschland keinen generellen Ärztemangel gibt. Tatsächlich gab es noch nie so viele Ärzte, die im ambulanten und stationären Bereich für die Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung standen. Selbst die Zahl der Hausärzte hat aktuell einen neuen Höchststand erreicht (KBV 2011).

Die heutige Bedarfsplanung wurde eingeführt, um einem weiteren Arztlanzahlwachstum zu begegnen. Interessanterweise ist heute – bei einer noch einmal um 50 v.H. höheren Zahl an Ärzten – von einem Ärztemangel die Rede. Entgegen der allgemeinen Wahrnehmung und den Verlautbarungen der Ärzteschaft besteht jedoch fast im gesamten Land – vor allem aber in den bevorzugten städtischen Regionen – eine ausgeprägte Überversorgung. Beson-

ders im Bereich der fachärztlichen Versorgung bestehen Überkapazitäten, die durch die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgungsbereiche noch einmal erhöht werden. Gerade in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung, Beispiel: Herzkatheteruntersuchungen, haben die Leistungsanbieter aus ökonomischen Gründen einen Anreiz, möglichst viele Patienten zu untersuchen, da sich die vielen teuren Geräte nur bei einer entsprechenden Auslastung rechnen. Ob dies immer im Interesse der Patienten liegt und immer medizinisch notwendig ist, darf durchaus bezweifelt werden. Sicher ist jedoch, dass gerade die spezialisierte fachärztliche Versorgung ein Leistungsbereich mit einer überaus dynamischen Mengenentwicklung und entsprechenden Ausgabensteigerungen für die Krankenkassen ist (BMG 2011 (2)). Die teure und unnötige Überversorgung bindet dabei finanzielle Mittel der Krankenkassen und auch Ärzte, die für die allgemeine medizinische Versorgung in der Fläche ggf. nicht mehr in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen.

Versorgungsprobleme in den ländlichen Gebieten gibt es jedoch nicht deshalb, weil die Bedarfsplanung versagt hätte. Tatsächlich hat sich seit Einführung der Bedarfsplanung auch in diesen Gebieten die Versorgung oft deutlich verbessert. Dennoch bestehen weiterhin Allokationsprobleme: Nach wie vor lassen sich Ärzte bevorzugt in städtischen Gebieten nieder und weniger gern in ländlichen Gegenden mit geringer Bevölkerungsdichte und schlechter Infrastruktur. Nach wie vor ist die fachärztliche Tätigkeit für viele Ärzte attraktiver als die hausärztliche und nach wie vor gibt es Regionen, in denen Ärzte fehlen, und Regionen, in denen es viel zu viele Ärzte gibt. Dies ist jedoch nicht der Bedarfsplanung anzulasten. Ganz im Gegenteil verhindern Bedarfsplanung und Zulassungsrecht erfolgreich, dass die Konzentration von Ärz-

ten in den Städten und in den fachärztlichen Spezialdisziplinen überhandnimmt. Das Beispiel Berlin zeigt dabei im Kleinen, wie sich die Versorgungssituation entwickeln würde, wenn Ärzte den Ort ihrer Niederlassung frei wählen könnten: Sie verlegen ihre Praxen in die gut situierten Gegenden (wie Charlottenburg oder Wilmersdorf) und lassen die weniger attraktiven Gegenden mit einem hohen Versorgungsbedarf und geringem Privatpatientenanteil (wie Neukölln oder Lichtenberg) mit einer lückenhaften Versorgung zurück. Die Aufhebung der Bedarfsplanung und der Zulassungsbeschränkungen ist daher keine geeignete Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung – auch wenn dies durch überzeugte Anhänger von Deregulierung und marktwirtschaftlicher (Selbst)Steuerung immer wieder ins Gespräch gebracht wird. Woran liegt es nun aber, dass es trotz massiver staatlicher Steuerung durch die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht bisher nicht überall zu der gewünschten ausgewogenen Verteilung der Leistungsanbieter in der ambulanten Versorgung kommt und nach wie vor eine Unter-, Über-, und Fehlversorgung besteht (SVR 2000/2001)? Es liegt vor allem daran, dass Über- und Unterversorgung eng zusammenhängen. Solange es Niederlassungsmöglichkeiten in attraktiven Gegenden gibt, besteht für die wenigsten Ärzte ein Anreiz, in den peripheren ländlichen Gebieten tätig zu werden. Der Grund hierfür sind dabei nicht ausschließlich fehlende Preisanreize – das Einkommen der Landärzte ist bereits heute oft höher als das ihrer Kollegen in den Städten – sondern maßgeblich weichere Faktoren, wie die vorhandene Infrastruktur oder die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten, z. B. hinsichtlich möglicher Spezialisierungen, flexibler Arbeitszeitmodelle oder der Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit Kollegen. Da Niederlassungsentscheidungen in der Regel langfristig getroffen werden, oft für ein

ganzes Berufsleben, muss das Gesamtpaket stimmen. Und so ist es für viele Ärzte attraktiver, in städtischen Regionen zu leben und zu arbeiten.

Im übrigen handelt es sich bei der Bevorzugung von städtischen Regionen für ärztliche Niederlassungen nicht um einen aktuellen Trend, sondern um eine altbekannte Tatsache, der die Gesundheitspolitik von Beginn an entgegenzuwirken versucht. Ohne eine entsprechende Steuerung würde sich das ärztliche Angebot eben nicht flächendeckend und gleichmäßig im Raum verteilen, sondern hätte die Tendenz, sich in den attraktiven Regionen zu konzentrieren. Der entscheidende Grund dafür, dass es auch 20 Jahre nach Einführung der heutigen Bedarfsplanung noch einige schlechter versorgte und viele massiv überversorgte Regionen gibt, ist nicht etwa die verfehlte Niederlassungssteuerung durch die Bedarfsplanung. Hintergrund sind vielmehr die verkrusteten Strukturen im Zulassungsrecht, die auf einen Abbau der Überversorgung verzichten und statt dessen dafür sorgen, dass einmal überversorgte Gebiete auch stets überversorgt bleiben.

Besitzstände

§ 103 Abs. 4 SGB V regelt, dass ein Vertragsarztsitz neu ausgeschrieben werden muss, wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis nach dem Wunsch des ausscheidenden Arztes weitergeführt werden soll. Bei dem Nachbesetzungsverfahren erfolgt keine Bedarfsprüfung. Für die Ausschreibung des Vertragsarztsitzes spielt es daher keine Rolle, ob dieser unter Versorgungsgesichtspunkten benötigt wird oder nicht. In der Regel hat jedoch jeder ausscheidende Arzt ein wirtschaftliches Interesse an der Verwertung seiner Praxis. Zwar handelt es sich bei der Zulassung um einen öffentlich-recht-

lichen Status, der im Rahmen der Praxisübergabe nicht veräußert werden kann, jedoch kann die Veräußerung der Praxis regelmäßig nur gelingen, wenn der potenzielle Käufer auch die Zulassung, die ihm erst erlaubt, Leistungen zulasten der GKV zu erbringen, erwerben kann (Wenner 2008). Auch wenn es dafür im eigentlichen Sinne keine Rechtsgrundlage gibt, entspricht es in Deutschland gelebter Praxis, dass Arztpraxen nach dem Ausscheiden des bisherigen Praxisinhabers de facto vererbt und verkauft werden. Je nach Region und Fachgebiet wechseln dabei oft beträchtliche Summen den Besitzer. Ein Prozedere, das den bisherigen Praxisinhabern, neben ihrer berufsständischen Alterssicherung ein weiteres Altersentgelt sichert. Die nachfolgenden Ärzte sind dagegen, sofern sie sich zur Übernahme einer Praxis in einer überversorgten und damit für neue Niederlassungen gesperrten Region entscheiden, gezwungen, mit einer oft erheblichen finanziellen Belastung in die Selbstständigkeit zu starten. Im Ergebnis wird eine einmal bestehende Überversorgung auf alle Zeiten festgeschrieben. Eine Tatsache, die eine sinnvolle Versorgungssteuerung nahezu unmöglich macht. Die einzige Option zum Abbau von Überversorgung besteht nach gegenwärtiger Gesetzeslage in der Anwendung von § 105 Abs. 3 SGB V, der es den KVen ermöglicht, den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung ab dem 62. Lebensjahr zu fördern. Eine Regelung, die aufgrund ihrer Unverbindlichkeit in der Praxis bisher nur selten Anwendung findet.

Die Bedarfsplanung selbst ist im übrigen nicht dafür konzipiert, Über- oder Unterversorgungssituationen zu beseitigen. Sie gibt vor – nach den Maßgaben, auf die sich Ärzte und Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss geeinigt haben – wie viele Ärzte einer Fachgruppe in einem Planungsbereich benötigt werden. Die Planungsbereiche entsprechen dabei ge-

WAS BRINGT DAS GKV-VERSORGUNGSGESETZ UND WEM NÜTZT ES?

mäß der gesetzlichen Vorgabe in der Regel Stadt- und Landkreisen. Sie werden nach einer Systematik des Bundesamtes für Raumordnung und Bauwesen klassifiziert, um der unterschiedlichen Struktur der Regionen Rechnung zu tragen. So wird z. B. zwischen ländlichen Kreisen und Agglomerationsräumen unterschieden. Die Versorgungsgrade wurden für alle Arztgruppen je Regionstyp separat abgeleitet, indem die Zahl der Einwohner zur Zahl der Vertragsärzte zum Zeitpunkt der Einführung der betreffenden Arztgruppe in die Bedarfsplanung in Beziehung gesetzt wurde. Die Verhältniszahlen gehen damit maßgeblich auf die Versorgungssituation zu Beginn der 90er Jahre zurück (Uhlemann/Lehmann (2011(2))). Die Bedarfsplanung ist selbst kein Steuerungsinstrument. Sie bildet lediglich die Grundlage für steuernde Maßnahmen, in dem sie eine Einschätzung der Versorgungssituation erlaubt und Anhaltspunkte liefert für das Bestehen von Über- und Unterversorgung oder für das Vorliegen besonderer Zulassungstatbestände (Sonderbedarf, lokaler Versorgungsbedarf).

Bei der Diskussion um die Weiterentwicklung der Versorgung ist daher zu unterscheiden, inwiefern eine Verbesserung der Versorgungssituation durch eine Anpassung der bedarfsplanungsrechtlichen Grundlagen (Bedarfsplanungs-Richtlinie) oder durch eine Verbesserung der Steuerungsinstrumente (Zulassungsrecht) erreicht werden kann.

Verbesserungspotenzial in der Bedarfsplanung

Nachdem die Bedarfsplanung seit ihrer Einführung nur wenig modifiziert wurde, erscheint es inzwischen sinnvoll und notwendig, dem gesellschaftlichen Wandel, der medizinischen Entwicklung und den veränderten Versorgungsmöglichkeiten durch eine entsprechende Anpassung Rechnung zu tragen. In der Kritik stehen

dabei sowohl die Verhältniszahlen als auch die Planungsbereiche und die einbezogenen Arztgruppen.

Es hat sich gezeigt, dass der jetzige Zugschnitt der Planungsbereiche teilweise zu großflächig ist, wodurch es innerhalb der Planungsbereiche große Unterschiede in der Verfügbarkeit des ärztlichen Angebotes geben kann. Insbesondere im Bereich der ärztlichen Primärversorgung müssen die Patienten flächendeckend einen wohnortnahen Zugang zu medizinischer Versorgung erhalten. Je spezialisierter jedoch das ärztliche Angebot ist, desto sachgerechter erscheint unter Wirtschaftlichkeitserwägungen wie auch unter Qualitätsgesichtspunkten eine stärkere Konzentration des medizinischen Angebotes. Gerade im Bereich der spezialisierten fachärztlichen Versorgung können die Patienten in entsprechenden Zentren deutlich besser versorgt werden, als dies mit einer flächendeckenden Einrichtung spezialisierter Einzelarztpraxen möglich wäre. Diesen Gesichtspunkten könnte durch eine Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Rechnung getragen werden, der, abweichend von der bisherigen gesetzlichen Norm, nach der die Planungsbereiche Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen, festlegen könnte, dass im Bereich der ärztlichen Primärversorgung regelmäßig kleinere und im Bereich der spezialisierten fachärztlichen Versorgung regelmäßig größere regionale Einheiten anzuwenden sind. Dies würde auch eine stärkere Ausdifferenzierung der Arztgruppen ermöglichen. Bisher werden z. B. die Internisten, trotz ihrer unterschiedlichen fachlichen Ausrichtung als eine gemeinsame Arztgruppe geplant. Die meisten internistischen Subdisziplinen sind jedoch zu klein und zu stark regional konzentriert, um für sie eine Planung auf Ebene von Stadt- und Landkreisen vorzunehmen (Uhlemann/Lehmann 2011). Es wäre daher in mehrfacher Hinsicht hilf-

reich, wenn der Gesetzgeber eine entsprechende Klarstellung vornehmen und dem G-BA damit grünes Licht für eine nach Versorgungsbereichen differenzierte Versorgungssteuerung geben würde, so wie dies in dem aktuellen Entwurf zum Versorgungsstrukturgesetz vorgesehen ist (BMG 2011).

Die Verhältniszahlen selbst werden häufig als veraltet kritisiert, weil sie auf die tatsächliche Versorgungssituation zu Beginn der 90er Jahre zurückgehen und damit eine historische Ist-Versorgungssituation zur Sollversorgung erhoben wurde. Durch die Kategorisierung der Planungsbereiche nach verschiedenen Regionstypen wurde dabei auch die unterschiedliche Versorgungsdichte in den Regionen als bedarfsgerecht akzeptiert. So sind in den ländlichen Kreisen ländlicher Regionen z. B. nur halb so viele Frauenärzte je Einwohner vorgesehen wie in den Kernstädten großer Verdichtungsräume (G-BA 2010). Auch wenn dies zunächst ungerecht erscheint, ist es jedoch sachgerecht, eine solche Differenzierung vorzunehmen, da die Inanspruchnahme des ärztlichen Angebotes nicht nur vom Wohnort der Versicherten, sondern maßgeblich auch von Pendlerbewegungen und Mitversorgereffekten beeinflusst wird. Insofern spiegeln auch die in den Regionstypen zum Teil sehr unterschiedlichen Anbieterdichten, die Versorgungssituationen und Versorgungsnotwendigkeiten Anfang der 90er Jahre realistisch wider.

Im übrigen wird die Zahl der benötigten Ärzte, trotz der festen Arzt-Einwohnerrelationen in der Bedarfsplanung auch bereits heute aufgrund der Bevölkerungsentwicklung angepasst. Ein Bevölkerungszuwachs erhöht, ein Rückgang der Bevölkerung senkt die Zahl der benötigten Ärzte. Jedoch bezieht sich diese Anpassung allein auf die zahlenmäßige Veränderung und nicht auf demografische oder andere strukturelle Veränderungen, die einen er-

heblichen Einfluss auf den Bedarf der Bevölkerung an ärztlicher Versorgung haben können. Hinzu kommt eine durch den medizinisch-technischen Fortschritt veränderte Versorgungsstruktur, die ebenfalls Auswirkungen auf die benötigten Arztkapazitäten haben kann. Z. B. tragen technische Innovationen oder Entwicklungen im Arzneimittelbereich dazu bei, dass für viele Untersuchungen und Behandlungen heute weit weniger ärztliche Arbeitszeit aufgewendet werden muss, als noch vor zehn oder zwanzig Jahren. Gleichzeitig nehmen die Behandlungsmöglichkeiten insgesamt zu.

Die Kritik an den Verhältniszahlen ist grundsätzlich berechtigt. Dabei darf jedoch nicht vergessen werden, dass der tatsächliche Bedarf an medizinischer Versorgung nur schwer zu bestimmen ist. Auf die bisherige Systematik zur Festlegung der Verhältniszahlen hatte man sich vor dem Hintergrund der damaligen Versorgungssituation verständigt, die von allen Seiten als angemessen bzw. insgesamt sogar als mehr als ausreichend empfunden worden war. Dagegen war eine wissenschaftliche Herleitung des Bedarfes offenbar nicht gelungen. Zum einen wird Bedarf individuell sehr verschieden bewertet. Er ist deshalb auch nur schwer objektivierbar. Zum anderen muss die Festlegung einer angemessenen Angebotsmenge verschiedene Interessen und Rahmenbedingungen berücksichtigen. So ist nicht jede individuell wünschenswerte Versorgungssituation auch gesamtgesellschaftlich angemessen, finanzierbar und umsetzbar. Dabei ist im übrigen auch nicht evident, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung maßgeblich von der Arztdichte abhängt. Ein ärztliches Überangebot kann auch zu unerwünschten Versorgungsergebnissen führen (angebotsinduzierte Nachfrage, unnötige (Doppel-) Untersuchungen, vermeidbare Behandlungen und Operationen, Fehlbehandlungen, unnötige Selbstzahlerleistungen) und ist

daher als ebenso schädlich einzuschätzen wie ein unzureichendes ärztliches Angebot, bei dem notwendige Behandlungen unterbleiben. Eine wünschenswerte Versorgung kann daher nicht bedeuten, so viele Ärzte wie irgend möglich in die Versorgung zu bringen. Stattdessen sollten die Versicherten im Krankheitsfall die Leistungen erhalten, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.

Das „richtige“ ärztliche Angebot kann dabei weder theoretisch hergeleitet, noch aus der aktuellen Versorgungssituation abgeleitet werden. Insbesondere Ansätze, die auf den sogenannten Leistungsbedarf abstellen, also auf die Menge der von den derzeit tätigen Ärzten abgerechneten Leistungen, sind hier verfehlt, da diese Leistungen bereits von der bestehenden Versorgungssituation beeinflusst sind. Sowohl Über- als auch Unterversorgungssituationen würden bei einem solchen Ansatz als „bedarfsgerecht“ akzeptiert und unreflektiert fortgeschrieben, ganz genauso wie bei dem häufig kritisierten Ansatz der bisherigen Bedarfsplanung. Auch wenn es gerade sehr modern erscheint, alle möglichen Parameter im Gesundheitssystem aus der Morbidität abzuleiten, so haben diese Modelle doch ihre Grenzen. Dies zeigte sich im Rahmen der Einführung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Abgesehen von den Problemen, die durch Up- und Rightcoding von Diagnosen entstehen, ist es aufgrund des Widerstandes der Ärzteschaft bis heute nicht gelungen, ambulante Kodierrichtlinien einzuführen. Die grundsätzliche Weigerung, ein verbindliches Kodiersystem zu akzeptieren, wird aktuell überraschenderweise auch durch den Bundesgesetzgeber unterstützt, der die bisher vorgesehenen Kodierrichtlinien ersatzlos streichen will, wobei an dem Konzept der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung inkonsequenterweise weiter festgehalten wird (BMG

2011). Ohne eine valide, einheitliche und überprüfbare Datenbasis können die Abrechnungsdaten der Ärzte keine geeignete Grundlage bilden – weder für eine Verteilung vorhandener Finanzmittel, noch für die Ermittlung einer aus Gründen der Morbiditätsentwicklung eventuell notwendigen Honoraranpassung.

Der Bedarf an ärztlichen Leistungen lässt sich aus den bereits vorhandenen Anbieterstrukturen heute nicht besser ableiten als zu Beginn der 90er Jahre. Ob hierbei Arztzahlen oder Leistungsmengen zugrunde gelegt werden, macht im Ergebnis keinen großen Unterschied. Beides spiegelt nicht den Bedarf der Bevölkerung, sondern lediglich das Angebot an medizinischen Leistungen wider. So werden in überversorgten Regionen insgesamt deutlich mehr Leistungen abgerechnet als in Regionen mit geringerer Arztdichte. Dies als bedarfsgerecht anzuerkennen, würde nicht nur das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage ignorieren, sondern auch die unterschiedlichen Zugangschancen der Bevölkerung zu medizinischer Versorgung in Stadt und Land, in reicheren und ärmeren Regionen als angemessen und sinnvoll bewerten. Wie es jedoch zu bewerkstelligen ist, dass die richtigen Leistungen am richtigen Ort und in der richtigen Menge angeboten werden, bleibt eine Frage, die weder durch den Rückgriff auf die Zahl und Verteilung der Ärzte noch durch die Menge der von ihnen abgerechneten Leistungen überzeugend beantwortet werden kann. Wünschenswert wäre in jedem Fall, dass sich die Suche nach dem „tatsächlichen“ Bedarf nicht primär an den Ärzten und ihren Leistungen, sondern an den Versicherten orientiert.

Hierbei helfen im übrigen auch epidemiologische Ansätze kaum weiter, da sich sehr ähnliche Schwierigkeiten ergeben, wie bei dem Leistungsbedarfsbezug. Zu einen ist fraglich, wie genau sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung anhand von epi-

WAS BRINGT DAS GKV-VERSORGUNGSGESETZ UND WEM NÜTZT ES?

demiologischen Daten abbilden lässt und wie hieraus Rückwirkungen auf den Bedarf an ärztlichen Leistungen abgeleitet werden können. Zum anderen stellt sich erneut die Frage nach der Qualität der vorhandenen Datengrundlagen. Immerhin kann auch in diese Daten nur eingehen, was von Medizinern dokumentiert und damit bereits diagnostiziert und behandelt wird. Auch hier dürfte sich damit das Problem ergeben, dass die vorgefundene empirische Basis, selbst bei bester Datenqualität, maßgeblich durch die bestehende Versorgungssituation beeinflusst wird. Ein Rückgriff auf internationale Daten und Benchmarks ist möglich, aber ebenfalls nicht unproblematisch. Hier gilt es vergleichbare Informationen zu finden, die wissenschaftlich aussagefähig und gleichzeitig auf das deutsche System anwendbar sind. Aufgrund der Heterogenität von Gesundheitssystemen und der Datenproblematik dürfte auch dieser Ansatz, zumindest isoliert, jedoch kaum zu einer fundierten Entscheidungsgrundlage taugen. Es erscheint damit insgesamt sehr fraglich, ob es gelingen kann, eine wissenschaftliche Grundlage zur Abbildung des „tatsächlichen Versorgungsbedarfs“ zu schaffen, die auf einer ausreichend validen Datenbasis beruht und gleichzeitig Effekte, die durch bestehende Versorgungsstrukturen mit ihren Unter-, Über- und Fehlversorgungsproblemen entstehen, angemessen berücksichtigen kann. So bleibt im Ergebnis, dass es sich bei der Festlegung des Bedarfes an ärztlichen Leistungserbringern um eine Optimierungsaufgabe unter vielen Nebenbedingungen handelt, deren Lösung absehbar nicht wissenschaftlich ermittelt werden kann und die daher in erster Linie als ein Interessenausgleich zwischen Versicherten, Ärzten, Berufsverbänden, Krankenkassen, Beitragszahlern und der Politik verstanden und letztlich normativ entschieden werden muss. Richtig ist aber dennoch, dass die Verhältniszahlen der bestehenden Bedarfs-

planung angepasst und aktualisiert werden müssen, und richtig ist auch, dass dies nicht möglich ist, indem eine aktuelle Ist-Situation zum planerischen Soll erhoben wird. Nachdem die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht die Versorgungssituation seit 20 Jahren beeinflussen, ist unmittelbar nachvollziehbar, dass die bedarfsgerechten Angebotsmengen und ihre Verteilung nicht aus der heutigen Versorgungssituation abgeleitet werden können. Dies gilt insbesondere für Arztgruppen, die zu einer größeren heterogenen Gruppe gehören und heute keiner eigenen Bedarfsplanung unterliegen. Um dies zu erreichen, müsste die bisherige Vorgabe, nach der bei der Anpassung oder Neufestlegung von Verhältniszahlen die Zahl der Ärzte zum Stand des 31.12. des Vorjahres zugrunde zu legen ist, aufgehoben werden (vgl. § 101 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Offenbar hat der Gesetzgeber diese Problematik erkannt und beabsichtigt deshalb in dem aktuellen Entwurf zum Versorgungsstrukturgesetz, die betreffende Passage zu streichen. Damit erhält der Gemeinsame Bundesausschuss künftig zumindest die Möglichkeit, neue Verhältniszahlen nach fachlichen Erwägungen zu bestimmen. Ob er auch eine Möglichkeit findet, den Bedarf zielgenauer abzubilden, als dies mit der heutigen Bedarfsplanung möglich ist, wird sich nach intensiven Diskussionen zeigen. Aufgrund der Komplexität der Fragestellung und der Bedeutung der Thematik für die Versorgung der Patienten ist hierbei jedoch nicht mit einer kurzfristigen Lösung zu rechnen.

Weiterentwicklung der Steuerungsinstrumente

Neben der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung können die bestehenden Allokationsprobleme durch eine Anpassung der Steuerungsinstrumente und dabei insbesondere durch eine Weiterentwicklung des Zulassungsrechts beseitigt werden. Zur Vermeidung von Unterversorgungssi-

tuationen gibt es bereits heute viele Maßnahmen, die künftig fortgesetzt und – auch wenn dabei mitunter die Interessen der etablierten Vertragsärzteschaft beeinträchtigt werden könnten – verstärkt eingesetzt werden sollten. Hierzu zählen insbesondere die Fördermaßnahmen gemäß § 105 SGB V (Sicherstellung) oder § 87 Abs. 2e SGB V (Zu- und Abschläge bei Unter- bzw. Überversorgung). Aber auch eine weitere Flexibilisierung der ärztlichen Berufsausübung, wie sie bereits mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz angestoßen wurde, kann bei der künftigen Gestaltung und Sicherstellung der Versorgung helfen. Insbesondere durch die Einrichtung von Zweigpraxen könnte es auch in ländlichen, dünner besiedelten Regionen weiterhin gelingen, die Versorgung zu gewährleisten. Diese muss dabei nicht zwingend durch die klassische Einzelarztpraxis geleistet werden. Vielmehr sind auch flexiblere, mobile Versorgungsansätze denkbar, wie z. B. Gesundheitsgemeindezentren, in denen Ärzte verschiedener Fachrichtungen tageweise Sprechstunden abhalten. Daneben werden die Möglichkeiten der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen sowie der Telemedizin bisher kaum genutzt und könnten ebenfalls ausgebaut werden.

Eine sehr wirksame Maßnahme zur Bekämpfung und Vermeidung von Unterversorgung wäre es jedoch, die Zulassungsmöglichkeiten in überversorgten Regionen zu verringern und den Ärzten damit die versorgungspolitisch kontraproduktive Möglichkeit zu nehmen, sich auch weiterhin bevorzugt in den attraktiven städtischen Regionen niederzulassen. Denn solange es in den prosperierenden Regionen, trotz der bereits ausgeprägten Überversorgung, weiterhin Niederlassungsmöglichkeiten gibt, haben die weniger attraktiven, ländlichen Gegenden kaum eine Chance, Ärzte für die Versorgung zu gewinnen. Zu interessant ist für viele das Leben in den

Städten. Dabei locken nicht in erster Linie bessere Verdienstmöglichkeiten und Privateinnahmen, sondern vor allem die städtische Infrastruktur, das Betreuungs- und Bildungsangebot für die Kinder, das Freizeit- und Kulturangebot, die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten für den Partner und die eigenen beruflichen Chancen. Auf dem Land muss der Arzt daneben oft als Einzelkämpfer und Generalist bestehen, der neben der Betreuung einer immer gut gefüllten Praxis auch zahlreiche Hausbesuche und Notdienste leisten muss. Dabei ist die Konkurrenz in den überversorgten städtischen Regionen groß und nur wer sich spezialisiert, wer seine Leistungserbringung und Abrechnung unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten optimiert, wer besonders viel „igelt“ und wer dazu noch möglichst viele Privatpatienten akquiriert, kann unter diesen Umständen noch hohe Überschüsse erzielen. Interessanterweise wird diese Einschätzung inzwischen auch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geteilt, die sich neuerdings ebenfalls für einen konsequenten Abbau der Überversorgung einsetzt. Bei so viel Einigkeit bleibt zu hoffen, dass der Gesetzgeber im Versorgungsgesetz noch einmal nachbessert und statt dem nur als unverbindliche Option geregelten Aufkauf von Arztpraxen durch die KVen eine verpflichtende Regelung vorsieht, die eine Nachbesetzung von Arztpraxen in überversorgten Regionen in Zukunft konsequent von einer Bedarfsprüfung abhängig macht und – sollte sich dieser Bedarf nicht zeigen – einen verpflichtenden Aufkauf des Sitzes durch die KVen vorsieht. Wie der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Herr Köhler ganz richtig festgestellt hat: „Wenn wir nicht dafür sorgen, dass überflüssige Praxen an attraktiven Standorten verschwinden, werden noch so hohe Honorare nicht reichen, mehr Mediziner aufs Land zu locken“ (vgl. u. a. Handelsblatt 2011).

Daneben muss es möglich sein, klar zu definieren, welche Leistungen und welchen Zeitaufwand ein Versorgungsauftrag umfasst. Insofern ist das Verhältnis von Zulassungsrecht und Berufsrecht zu konkretisieren. So ist es aus versorgungspolitischer Sicht nicht hinnehmbar, dass ein einmal zugelassener Arzt ganz nach persönlichen Vorlieben und ohne Rücksicht auf den Bedarf der Patienten entscheiden kann, welche Leistungen er erbringt. Beispielsweise kann sich ein zugelassener Augenarzt entscheiden, ausschließlich operativ tätig zu sein, womit er der konservativen Augenheilkunde tatsächlich nicht mehr zur Verfügung steht. Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, dass viele Ärzte und vor allem auch Psychotherapeuten ihren Versorgungsauftrag nicht in dem erforderlichen Umfang erfüllen. Hier ist klarzustellen, dass eine volle Zulassung zur Versorgung von GKV-Patienten auch eine entsprechende Vollzeitätigkeit erfordert. Das Angebot von IGeL und sonstigen Privatleistungen sowie von Nebentätigkeiten darf sich nicht negativ auf das Zeitvolumen für die Behandlung von GKV-Patienten auswirken, anderenfalls ist die Zulassung entsprechend zu reduzieren. Dies ist durch die vielfältigen Möglichkeiten, die der Gesetzgeber mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz geschaffen hat, inzwischen problemlos möglich, z. B. durch die Übernahme einer Teilzulassung oder einer Angestelltentätigkeit.

Ergebnisse

Die Bedarfsplanung wirkt ein wenig steif und unmodern. Sie ist in ihrer heutigen Form etwas mehr als 20 Jahre alt. Ihre Grundlagen reichen jedoch weit zurück bis in die Gründungsphase der gesetzlichen Krankenversicherung. Weder die Bedarfsplanung, noch das auf ihr basierende Zulassungsrecht, das für die aus der Bedarfsplanung abgeleiteten Zulassungsbeschränkungen verantwortlich ist, haben

sich im Zeitablauf sehr flexibel gezeigt. Dabei gilt das System nicht nur als veraltet, sondern auch als relativ erfolglos, denn nach wie vor gibt es Regionen, die zu wenige Ärzte aufweisen, und solche, in denen die Ärzte dicht gedrängt um Patienten konkurrieren. Ist die Versorgungssituation in einer Region nicht wie gewünscht, wird hierfür oft die Bedarfsplanung verantwortlich gemacht; die Verhältniszahlen sind zu alt und spiegeln weder die demografische Entwicklung noch den medizinisch-technischen Fortschritt wider, die Planungsgebiete sind zu groß und erlauben zu große Disparitäten im ärztlichen Angebot einer Region, die Arztgruppen nicht detailliert genug abgebildet, weshalb der Versorgungsbedarf der Bedarfsplanung die Versorgungsrealität zu ungenau abbildet.

Diese Kritikpunkte treffen in großen Teilen zu und es ist sicherlich an der Zeit, die Grundlagen der Versorgungssteuerung neu zu überdenken. Um die bestehende Bedarfsplanung weiter zu entwickeln, genügen schon wenige gesetzliche Änderungen, die dem Gemeinsamen Bundesausschuss mehr Flexibilität bei seinen Entscheidungen ermöglichen. So sollten die Verhältniszahlen ohne Bezug auf die bisher vorgesehene Stichtagsregelung neu festgelegt und bezüglich der Festlegung der Planungsgebiete auf die Vorgabe verzichtet werden, dass diese in der Regel Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen. Dadurch wird es dem Gemeinsamen Bundesausschuss ermöglicht, hiervon regelhaft nach vereinbarten Kriterien abzuweichen und für die verschiedenen Versorgungsbereiche (ärztliche Primärversorgung, allgemeine fachärztliche Versorgung und spezialisierte fachärztliche Versorgung) jeweils angemessene regionale Bezüge vorzusehen. Dabei ermöglicht es diese Differenzierung auch, die 14 bisher geplanten Arztgruppen weiter aufzugliedern und sachgerechte Vorgaben mit ausreichendem Detaillierungsgrad zu entwickeln.

WAS BRINGT DAS GKV-VERSORGUNGSGESETZ UND WEM NÜTZT ES?

Bei alledem sollte jedoch nicht vergessen werden, dass die bisherige Angebotssteuerung tatsächlich wesentlich besser funktioniert hat, als ihr Ruf vermuten lässt. Obwohl die Steuerungsinstrumente in ihrer Konzeption entscheidende Mängel aufweisen – insbesondere durch das gesetzlich vorgegebene Nachbesetzungsverfahren und die fehlenden Möglichkeiten zum Abbau von Überversorgung – ist es durch die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht in ihrer heutigen Form gelungen, das Arztzahlwachstum zu bremsen und die Verteilung der Leistungserbringer im Raum zu verbessern. Daneben ist die Kritik am Bedarfsbegriff selbst zu relativieren. Der Bedarf an ärztlichen Leistungen ist ein abstrakter Begriff, der nicht ohne Weiteres wissenschaftlich hergeleitet werden kann. Eine sinnvolle Angebotssteuerung medizinischer Leistungen erfordert vielmehr einen politischen und gesellschaftlichen Konsens über die gewünschte Versorgungssituation und deren Finanzierung. Ein solcher Interessenausgleich ist dabei im Zeitablauf immer wieder zu überprüfen und anzupassen. Insgesamt ist festzuhalten, dass es zu einer staatlich regulierten Angebotssteuerung durch die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht derzeit keine Alternative gibt. Auch wenn es noch so verlockend und zeitgemäß erscheint, zentralstaatliche Planungsinstrumente zugunsten dezentraler, marktwirtschaftlicher Prozesse aufzugeben, ist die Sicherstellung der medizinischen Versorgung mit angemessenen Zugangsmöglichkeiten für alle Bevölkerungsgruppen ein zu wichtiges Ziel zur Wiederholung von Experimenten, die in der Vergangenheit bereits negativ ausgegangen sind. Wichtig wäre es stattdessen, die Bedarfsplanung zur Grundlage wirksamer Steuerungsinstrumente zu machen, deren Ziel eine effiziente Versorgungssteuerung ist. Hierfür müssen steuerpolitisch problematische Konstrukte, wie das derzei-

tige Nachbesetzungsverfahren, abgeschafft werden. Zulassungen müssen allein am Bedarf orientiert werden. Besteht kein Bedarf für die Nachbesetzung eines Praxissitzes, darf dieser auch nicht erneut ausgeschrieben werden. Die KVen sollten die Möglichkeit erhalten, den betreffenden Ärzten in diesem Falle eine finanzielle Entschädigung zu gewähren, wobei jedoch darauf hinzuweisen ist, dass die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung ein öffentlich-rechtlicher Status ist, der nicht in das Eigentum des Vertragsarztes übergeht und damit auch nicht Grundlage einer entsprechenden Entschädigungsleistung sein kann. Ungeachtet dessen ist festzuhalten, dass der Abbau von Überversorgung das entscheidende Element ist, um Allokationsprobleme insgesamt zu beseitigen und vor allem Unterversorgung abzubauen. Über- und Unterversorgung sind zwei Seiten einer Medaille. Nur wenn die Niederlassungsmöglichkeiten in Ballungsgebieten reduziert werden, kann es gelingen, Ärzte für eine Tätigkeit in weniger attraktiven Regionen zu gewinnen. Allein durch finanzielle Anreize ist dies nicht zu erreichen.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstrukturgesetz); http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/V/Versorgungsstrukturgesetz/GKV_VStG_110803.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011(2)): Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung. Informationen zu den Finanzergebnissen der GKV. Endgültige Rechnungsergebnisse 1999 – 2008, 2009, 2010; <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung.html>.

Bundesrat (BR) (1986): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung, DS 232/86 vom 16.05.1986

Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (1960): Urteil vom 23. März 1960 (Kassenarzt-Urteil), BVerfG 11, 41

Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2001): BVerfG 1, BvR 1282/99 Absatz – Nr. 5 vom 27.04.2001

Bundesgesetzblatt (BGBl.) (1955): Gesetz über Änderungen von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung und zur Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes (Gesetz über Kassenarztrecht – GKAR) vom 17. August 1955, BGBl. I S. 513

Bundesgesetzblatt (BGBl.) (1976): Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz – KVWG) vom 28. Dezember 1976, BGBl. I S. 3871

Bundesgesetzblatt (BGBl.) (1986): Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung, BGBl. I S. 2593

Bundesgesetzblatt (BGBl.) (1992): Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz), BGBl. I S. 2266

Deutscher Bundestag (BT) (1992): Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz), Drucksache 12/3608 vom 05. November 1992

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2010): Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung in der Neufassung vom 15. Februar 2007 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007 S. 3 491, zuletzt geändert am 15. Juli 2010 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2010 S. 3 954, in Kraft getreten am 27. November 2010

Handelsblatt (2011): Überflüssige Praxen aufkaufen. Ärztechef fordert strengere Maßnahmen gegen medizinische Überversorgung; in Handelsblatt vom 05.08.2011

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (1999): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1998.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2010): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2009.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2011): Grunddaten 2009/2010 zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. II Ärzte, Stand 31.12.2009: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten von 2005 bis 2009.

OECD (2009): Health at a Glance. OECD indicators

Reichsgesetzblatt (1931): Vierte Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutze des Inneren Friedens vom 08. Dezember 1931, RGBl. Teil I, Nr. 79, S. 699

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2000

/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Uhlemann, T./Lehmann, K. (2011): Reformkonzept des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in: Gesundheits- und Sozialpolitik: Reform der Bedarfsplanung... Zwischen Sessel und Sitz, 1/2011, S. 26 – 33.

Uhlemann, T./Lehmann, K. (2011(2)), Steuerungsprobleme in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung; in Jacobs/Schulze: Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land, WIDO 2011.

Wenner, U. (2008): Das Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, C.H. Beck, Rnr. 42, S. 134

Autoren:

**Kathleen Lehmann,
Dr. Manfred Partsch
GKV-Spitzenverband
Abteilung Ambulante
Versorgung
Mittelstraße 51
10117 Berlin**

Buchbesprechung

Kommentar zum Arzneimittelgesetz (AMG), Deutsch, Erwin, Lippert, Hans-Dieter (Hrsg.), 3. Auflage, Springer Verlag Heidelberg, 2011.

Aus der zunehmenden Anzahl an Kommentierungen des Arzneimittelgesetzes ist die 3. Auflage des AMG-Kommentars von Deutsch und Lippert hervorzuheben. Dieses Werk, das erstmals im Jahre 2001 erschienen ist, bietet eine umfassende Übersicht über das Arzneimittelgesetz sowie Einführungen in weitere relevante Gesetze. In der dritten Auflage fanden insbesondere die AMG-Novelle von 2009, sowie zahlreiche weitere, v.a. europarechtlich bedingte Gesetzesänderungen Berücksichtigung.

Mit der aktuellen Auflage ist der Rechtsanwalt und Arzt Dr. iur. Dr. med. Adem Koyuncu aus Köln in den Kreis der Autoren getreten. Er ist verantwortlich für die ausführlichen Kommentierungen der §§ 1-4b AMG, die dem aktuellen Gesetzesstand entsprechen.

Inhaltlich ist den Autoren eine geradlinige und gut verständliche Kommentierung gelungen. Ferner sind alle relevanten Änderungen vom Kommentar umfasst und zumindest einführend, meist auch umfangreich erklärt. Diesbezüglich ist insbesondere auf das Folgende hinzuweisen:

Bei § 4a AMG wird im Rahmen des Weg-

falls des Ärzteprivilegs durch die AMG-Novelle 2009 auf die seitdem einschlägigen Vorschriften der §§ 13 Abs. 2b und 2c, 20d, 64ff. AMG verwiesen.

Auch die Kommentierung des § 4b AMG befindet sich auf dem aktuellen Stand und berücksichtigt die Änderungen, die sich durch die Verordnung (EG) Nr. 1394/2007 ergeben haben. Positiv zu bewerten ist, dass der Kommentar in den Vorbemerkungen zu § 21 AMG neben der ausführlichen Darstellung des Europäischen Zulassungsverfahrens auch einen Überblick über das bedeutsame US-Zulassungsverfahren bei der FDA enthält. Vervollständigt wird diese Darstellung durch die Nennung der Namen und Adressen der für das Zulassungsverfahren zuständigen Behörden. Der durch die AMG-Novelle 2009 in wesentlichen Teilen umstrukturierte § 13 AMG (Herstellungserlaubnis) wird unter Berücksichtigung der neugefassten Ausnahmen in Abs. 1a übersichtlich dargestellt. Der im Zuge der AMG-Novellierung neu aufgenommene § 52b AMG, der Art. 81 der RL 2001/83/EG in nationales Recht umsetzt, wird einführend behandelt.

In der Kommentierung von Lippert zur Qualitätssicherung und -kontrolle in § 54 AMG (Betriebsverordnungen) sind auch die relevanten Texte der Arzneimittel- und

Wirkstoffherstellungsverordnung, der Betriebsverordnung für Arzneimittelgroßhandelsbetriebe und der Verordnung über tierärztliche Hausapotheken abgedruckt. Des weiteren gilt es festzuhalten, dass das Werk auch das Medizinproduktegesetz, das Transfusionsgesetz, das Apothekengesetz, das Heilmittelwerbegesetz und die GCP-Verordnung enthält. Diese Gesetze wurden mit einer einführenden Kommentierung versehen, die dem Leser einen ersten Überblick verschafft. Das Literaturverzeichnis weist die relevanten großen Werke auf und wird durch die Literaturangaben der jeweiligen Kommentierung ergänzt. Das Sachregister ist für die Recherche hilfreich. Das Glossar enthält hingegen hauptsächlich Grundbegriffe und bietet damit wenig zusätzliche Erkenntnisse. In den Fußnoten finden sich zum Teil auch Hinweise auf Websites mit weiteren Informationen. Hiermit wird auch der zeitgemäße Anspruch auf aktuelle Information via Internet durch diesen Kommentar erfüllt. Als Fazit lässt sich feststellen, dass der AMG-Kommentar von Deutsch/Lippert in seiner 3. Auflage eine deutliche Weiterentwicklung zur Voraufgabe aufweist. Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P.F. Ehlers, München

Dr. Michael Popp

Langfristige finanzielle Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

In der Pflegeversicherung ist seit längerer Zeit die Diskussion darüber im Gange, ob die aktuelle Definition von Pflegebedürftigkeit in ausreichendem Maß alle Bedarfslagen erfasst oder ob hier Defizite bestehen.¹ Als Konsequenz aus diesen Überlegungen hat die Bundesregierung einen Beirat eingesetzt, der in seinem 2009 erschienenen Abschlussbericht einen konkreten Vorschlag unterbreitet, wie der somatische Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI durch ein umfassenderes Instrumentarium ersetzt werden kann; das Neue Begutachtungsassessment (NBA) soll diese Aufgabe übernehmen.²

Die Grundlage für die Beurteilung eines Pflegebedürftigen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder die MEDICPROOF GmbH bildet das SGB XI. Dieses Gesetz regelt in § 14, dass der Unterstützungsbedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens als Maßstab herangezogen wird. Die Einstufung in einen Schweregrad erfolgt mit Hilfe des Zeitaufwandes, „den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen (...) benötigt“ (§ 15 Abs. 3). Die Konzentration auf die Verrichtungen des Alltages führt zu einer Untererfassung anderer Bedarfslagen, wie sie bei vorrangig psychisch kranken Menschen vorherrschen (vgl. Zintl-Wiegand 2003, S.

571 ff.). Vor allem die Beaufsichtigung eines Pflegefalles deckt das SGB XI nicht ab. Als Folge der geringeren Zeitwerte erhalten die betreffenden Pflegebedürftigen eine niedrigere Pflegestufe. Sie können durch häufig auftretende Multimorbidität trotzdem eine hohe Pflegestufe erreichen. Aus dieser Problemlage heraus entstand ein Modellprojekt nach § 8 Abs. 3 SGB XI, auf dessen Ergebnisse die folgenden Ausführungen aufbauen.

In ihren Berichten führen die Gutachter aus, dass eine Abkehr von Pflegestufen auf Minutenbasis zugunsten von Bedarfsgraden, die ein Maß für die Selbstständigkeit der Betroffenen darstellen, hilft, mehr Personen einen gerechten Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung (GPV) zu ermöglichen. Den Grad der Selbstständigkeit ermittelt das NBA mit Hilfe einer mehrstufigen Skala beginnend bei „selbstständig“ bis hin zu „unselbstständig“, wobei es mehrere Abstufungen gibt. Der Anlagenband zu Wingenfeld (2008) enthält eine ausführliche Anleitung zur Anwendung dieses Grad-

messers. Zur Ermittlung des Endergebnisses gehen acht Module in die Bewertung ein, die alle mit unterschiedlicher Gewichtung jeweils aus mehreren Fragen bestehen. Exemplarisch sei hier Frage 4.5 aus dem vierten Modul herausgegriffen³: Oberkörper an- und auskleiden. Mithilfe der vierstufigen Skala soll der Gutachter feststellen, ob ein Mensch ihm bereitgelegte Kleidung ohne Hilfe wechseln kann („selbstständig“) oder auf mehr oder weniger umfangreiche Unterstützung angewiesen ist (entweder „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“ oder „unselbstständig“). Die größte Bedeutung besitzt aber nach wie vor die „Selbstversorgung“, die inhaltlich eine sehr große Ähnlichkeit mit dem verrichtungsbezogenen Pflegebegriff des SGB XI in seiner heutigen Fassung aufweist. Vor allem die Module „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ führen zu einer Ausweitung des Pflegebegriffs. Von dieser Verbesserung profitieren vorrangig Personen, die an einer Demenz oder einer ähnlichen Krankheit leiden und die der derzeitige Begutachtungsprozess tendenziell benachteiligt. Aus dem Gesamtscore der ersten sechs Module ergibt sich die Einstufung der Pflegebedürftigen in die Bedarfsgrade 1 bis 4. Die letzten beiden Module dienen der Planung der Pflegearran-

¹ Jüngst hat sich auch der Bundestag mit dieser Frage näher auseinandergesetzt: Drucksache 17/3012

² Grundlage für die folgenden Betrachtungen bilden mehrere Veröffentlichungen im Rahmen des Modellprojektes: BMG 2009b, BMG 2009c, Rothgang 2008, Windeler 2008, Wingenfeld 2007, Wingenfeld 2008.

³ Die Frage entstammt dem Anlagenband zu Wingenfeld (2008). Es handelt sich um das NBA in Version 1.0 mit der dazugehörigen Ausführungsanleitung.

Tabelle 1: Bisherige Begutachtung und Neues Begutachtungsassessment im Vergleich

	BG 0	BG 1	BG 2	BG 3	BG 4	BG 5	Gesamt
Pflegestufe 0	7,03 %	63,78 %	27,03 %	2,16 %	0,00 %	0,00 %	24,83 %
Pflegestufe I	0,00 %	14,88 %	47,13 %	35,04 %	2,64 %	0,31 %	43,29 %
Pflegestufe II	0,00 %	1,39 %	12,53 %	41,78 %	42,06 %	2,23 %	24,09 %
Pflegestufe III	0,00 %	0,00 %	1,75 %	4,39 %	65,79 %	28,07 %	7,65 %
Härtefall	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	50,00 %	50,00 %	0,13 %
Gesamt	1,74 %	22,62 %	30,27 %	26,11 %	16,38 %	2,89 %	N=1490

In der letzten Spalte ist die Verteilung der Pflegebedürftigen nach dem gelten Verfahren abgetragen, in der letzten Zeile die Verteilung nach dem NBA. Die restlichen Werte geben an, wie viel Prozent der Pflegebedürftigen, die im geltenden System eine Pflegestufe x erhalten mit dem NBA einen bestimmten Bedarfsgrad y erhalten.

Quelle: Windeler 2008, eigene Berechnung, eigene Darstellung

gements und zur Abklärung, ob es sich bei einem Pflegebedürftigen um einen Härtefall handelt, der Anspruch auf Bedarfsgrad 5 besitzt. Danach ergibt sich folgende Übersicht über die Bedarfsgrade:

- 0-9 Punkte → Bedarfsgrad 0: keine Pflegebedürftigkeit
- 10-29 Punkte → Bedarfsgrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- 30-49 Punkte → Bedarfsgrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- 50-69 Punkte → Bedarfsgrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- ab 70 Punkten → Bedarfsgrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Bedarfsgrad 5 benötigt neben 70 Punkten zusätzlich besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

An dieser Stelle verfügt der Gesetzgeber über einen großen Gestaltungsspielraum, da er durch Variation der Schwellenwerte den Zugang zu einem Bedarfsgrad begrenzen oder erleichtern kann. Die Veröffentlichungen enthalten unterschiedliche Konstellationen, die zeigen, dass ein restriktiverer Umgang bei der Gewährung

von Bedarfsgraden sowohl die Fallzahlen als auch die Ausgaben stark beeinflusst. Die folgenden Überlegungen basieren auf der Variante 1A aus dem Abschlussbericht. Tabelle 1 zeigt einen Vergleich des NBA mit dem bisherigen Verfahren aus der Evaluation des Modellprojektes. Die grau hinterlegten Werte zeigen an, wie groß die Übereinstimmungen zwischen beiden Verfahren ausfallen, da die Bedarfsgerade auf dieser Diagonale in etwa den Pflegestufen entsprechen. Beispielsweise korrespondiert Bedarfsgrad 3 im neuen System mit Pflegestufe II im geltenden System. Werte rechts oberhalb der grauen Diagonale stehen für eine Höherstufung und Werte links unterhalb für eine Herabstufung. Das NBA führt in seiner Tendenz zu einer eindeutigen Höherstufung von Pflegefällen; dies gilt auch für Pflegebedürftige, die im geltenden System nur eingeschränkt leistungsberechtigt sind (Pflegestufe 0). Das Instrument erzeugt zwei Effekte, einmal einen dominanten Struktureffekt, der zu einer Verschiebung in höhere Bedarfsgrade führt und einmal einen Mengeneffekt, der mehr Personen einen Anspruch auf Pflegeleistungen gewährt.

Die Gutachter ermitteln für das Basisjahr eine Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen von etwa 60.000. Als offene Frage bleibt für den Gesetzgebungsprozess, ab welchem Bedarfsgrad der Leistungsbezug beginnt. Der Vorschlag im Gutachten setzt Bedarfsgrad 2 mit Pflegestufe I gleich und die unteren beiden Bedarfsgrade berechnen nur zu geringen Leistungen und Beratung. Die finanziellen Auswirkungen auf die Soziale Pflegeversicherung (SPV) fallen in der Basisvariante mit einem Ausgabenanstieg von etwa 3,5 Milliarden Euro nicht unerheblich aus und lassen sich auch als eine Obergrenze verstehen. Für die darauf folgenden Jahre trifft das Gutachten keine Aussage. Insgesamt führt die Anwendung des NBA zu der erwünschten Erfassung weiterer Bedarfslagen und überwindet damit die Benachteiligung psychisch erkrankter Menschen, allerdings mit einer allgemeinen Tendenz zu höheren Pflegestufen bzw. Bedarfsgraden mit den daraus resultierenden fiskalischen Risiken.

Der erste Schritt zur Abschätzung der finanziellen Zusatzbelastung in der GPV besteht in der Prognose der zukünftigen Fallzahlen. Hierzu erfolgt die Berechnung in Anlehnung an das Verfahren aus dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung

ZUR DISKUSSION GESTELLT

im Gesundheitswesen (SVR-G) aus dem Jahr 2009 (vgl. SVR-G 2009, S. 291). Basis für die Berechnung bildet die Pflegeprävalenz aus dem Jahr 2007⁴, die mit der zukünftigen Bevölkerungszahl multipliziert wird. Im Unterschied zum SVR-G legt die folgende Schätzung die jüngste Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zugrunde und gelangt daher zu leicht abweichenden Ergebnissen (vgl. StaBu 2009). So führt u. a. eine höhere Lebenserwartung dazu, dass zukünftig mehr Menschen pflegebedürftig werden, als im Gutachten des SVR-G an-

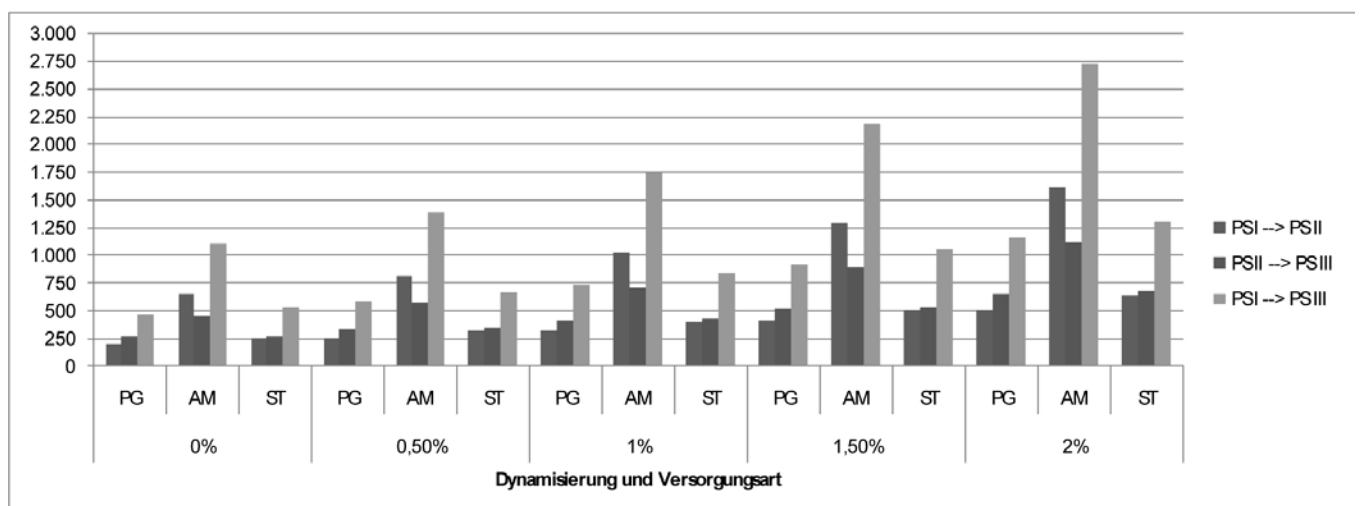
sichertenquoten in den einzelnen Zweigen erfordern würde.

In einem zweiten Schritt kommt Tabelle I in Kombination mit den Ergebnissen der Status-quo-Prognose zur Anwendung. Die nach oben beschriebenen Muster berechneten Pflegebedürftigen, beispielsweise in Pflegestufe I und stationärer Versorgung, werden hierzu entsprechend der ersten Zeile der Tabelle auf die Bedarfsgrade verteilt. Eine Vereinfachung mit abweichenden Ergebnissen zum Bericht der Gutachter besteht darin, sowohl für den ambulanten als auch für den stationären

bedürftig anerkannt werden, nun einen Bedarfsgrad mit Leistungsberechtigung erhalten sowie auf Personen, die bei den jetzigen Gegebenheiten aufgrund von zu geringen Erfolgsaussichten keinen Antrag stellen. Bei fortschreitender Alterung gibt es wahrscheinlich einen großen Pool von Menschen, die zu dieser Gruppe zählen, so dass hier als Untergrenze eine Zahl von 100.000 angenommen wird, die sich zu 50% auf den ambulanten und zu 50% auf den stationären Bereich verteilen.

Die Berechnung der finanziellen Mehrbelastung erfordert in einem dritten Schritt,

Abbildung 1: Monatliche Zusatzkosten bei der Höherstufung für die GPV (2060)



„PG“ steht für Pflegegeld, „AM“ für ambulante Sachleistung und „ST“ für stationäre Sachleistung.

Quelle: BMG 2009a, eigene Berechnung, eigene Darstellung

genommen.⁵ Eine Differenzierung zwischen SPV und Privater Pflegeversicherung (PPV) erfolgt nicht, da dies weitere Annahmen bezüglich der zukünftigen Ver-

Bereich gleich starke Verschiebungen der Stufen bzw. Grade zu unterstellen. Dies führt zu einer deutlichen Unterschätzung der Pflegebedürftigen, so dass die Ergebnisse eher eine Untergrenze darstellen. Zudem kommen keine altersspezifischen Quoten der einzelnen Bedarfsgrade zum Einsatz, was den im Modellprojekt ermittelten Verschiebungen nicht vollständig entspricht. Zudem bereitet die Abschätzung der Mengenkompente Schwierigkeiten. Diese beruht darauf, dass Personen, die im heutigen System nicht als pflegebe-

den Bedarfsgraden Leistungssätze zuzuordnen. Unsere Schätzung greift hier einen Vorschlag der Gutachter auf, der erst ab Bedarfsgrad 2 Leistungen vorsieht, die in der Höhe denen aus den korrespondierenden Pflegestufen gleichen. Im Zuge der jüngsten Reform der GPV hat der Gesetzgeber beschlossen, die Leistungen anzuhäufeln und ab 2014 regelmäßig zu überprüfen, ob und in welcher Höhe weitere Anpassungen erforderlich sind. Das Gesetz enthält in § 30 SGB XI jedoch nur Anhaltspunkte und keine Regeln für die Dy-

⁴ Diese liegt nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Pflegearrangement getrennt vor. Die Pflegestatistik (GBE 2010) wird im Rhythmus von zwei Jahren erhoben, die letzte Erhebung stammt aus dem Jahr 2007 und kann online bei der Gesundheitsberichterstattung des Bundes eingesehen werden.

⁵ Der SVR-G rechnet für das Jahr 2050 mit 4.350.804 Pflegebedürftigen (vgl. SVR-G 2009, S. 291 f.), während hier 4.406.207 Pflegebedürftige aus der Schätzung resultieren.

Tabelle 2: Mehr- und Minderbelastung der GPV im Jahr 2060 (in Mio. Euro)

		BG 1	BG 2	BG 3	BG 4	BG 5	Gesamt	
PG	PS 0	0	37,8	5,7	0	0	2.212	6.711,4
	PS I	- 856	0	1.758,5	335,8	0		
	PS II	- 72,4	- 304,2	0	1.363,9	0		
	PS III	0	- 23,7	- 33,2	0	0		
AM	PS 0	0	72,4	14,1	0	0	3.462,4	
	PS I	- 854,5	0	2.906,4	370,6	46,5		
	PS II	- 140,3	- 747,4	0	1.736,8	107,6		
	PS III	0	- 54	- 55,4	0	59,6		
ST	PS 0	0	329,1	32,9	0	0	1.037	
	PS I	- 2.026,9	0	1.194,4	185,3	26,2		
	PS II	- 300,4	- 542,1	0	1.926,1	142,4		
	PS III	0	- 72,5	- 93,5	0	236		

Die Werte in den Zellen geben an, wie hoch die Mehrbelastung oder Einsparung durch den Wechsel der Pflegebedürftigen von einer Pflegestufe x (Zeile) in einen Bedarfsgrad y (Spalte) für die GPV ausfällt. „PG“ steht für Pflegegeld, „AM“ für ambulante Sachleistung und „ST“ für stationäre Sachleistung.

Quelle: eigene Berechnung, eigene Darstellung

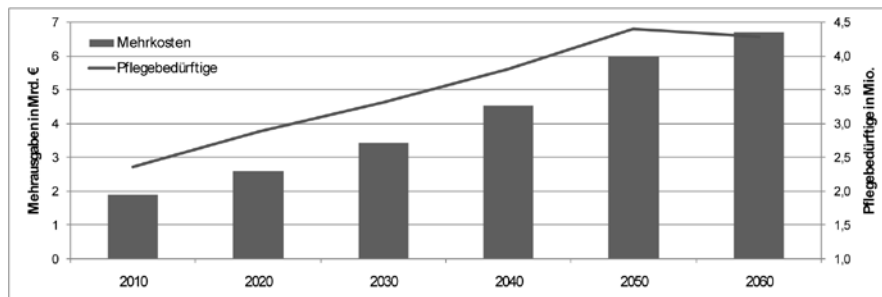
namisierung, so dass an dieser Stelle mehrere Szenarien denkbar sind, von denen im Folgenden die Variante mit 1,5% jährlicher Leistungssteigerung angewendet wird. Der Gesetzgeber kann allerdings hiervon abweichen, um Beitragssteigerungen zu verhindern, da § 70 SGB XI nach wie vor die Beitragsstabilität postuliert. Die Differenzen zwischen den einzelnen Leistungssätzen der Bedarfsgrade zueinander bilden die Basis für die Bewertung der Mehr- bzw. Minderbelastung durch den Struktureffekt. Abbildung 1 zeigt für die unterschiedlichen Varianten die Mehrbelastungen bei einem Wechsel in eine/n höhere/n Pflegestufe/Bedarfsgrad. So kostet ein Pflegebedürftiger, der im geltenden System ambulante Sachleistungen der Pflegestufe I erhält, bei einer Höherstufung in Bedarfsgrad 3 und unterstellter 1,5%igen jährlicher Dynamisierung im Jahr 2060 monatlich 1.289 Euro

mehr. Eine Verschiebung in Bedarfsgrad 4 fällt mit monatlich 2.182 Euro noch stärker ins Gewicht. Deutlich tritt hier zutage, dass vor allem bei ambulantem Sachleistungsbezug die zusätzlich erforderlichen Mittel erheblich sind. Umgekehrt zeigt die Grafik auch, wie viel Geld bei einer Herabstufung eingespart wird. Die Abbildung enthält nicht die Beträge für Härtefälle, deren Höhe ab 2012 einheitlich 1.918 Euro betragen und bis 2060 bei 1,5%-Dynamisierung auf 3.804 Euro ansteigen.

Vor einer Verrechnung der Fallzahlen mit den Werten der finanziellen Wirkungen bedarf es noch einer Korrektur der Härtefälle bzw. des Bedarfsgrades 5. Das Gesetz sieht in § 36 Abs. 4 und § 43 Abs. 3 SGB XI Höchstgrenzen für die Anerkennung von Pflegebedürftigen als Härtefall vor. Es dürfen nur 3% der ambulanten Sachleistungsempfänger mit Pflegestufe III Leistungen

als Härtefall erhalten, stationär liegt der Wert mit 5% etwas höher. Es ist davon auszugehen, dass es auch zukünftig eine Beschränkung gibt, so dass die bestehende Regelung in die Schätzung Eingang findet. Aus diesem Grund erfolgt eine Reduzierung der Pflegebedürftigen in Bedarfsgrad 5 für die jeweilige Versorgungsart auf maximal 3% bzw. 5% der Pflegebedürftigen mit Bedarfsgrad der Gruppen 4 und 5. Die Verrechnung der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Bedarfsgraden mit den korrespondierenden Mehr- oder Minderbelastungen ergibt im Saldo die finanziellen Auswirkungen für die GPV. Die Höherstufungen alleine führen im Jahr 2060 zu einer Mehrbelastung im Vergleich zum Status-Quo in Höhe von etwa 6.219 Millionen Euro. Bei Berücksichtigung des Mengeneffektes steigt der Mehrbedarf nochmals um fast 500 Millionen Euro auf 6.711

Abbildung 2: Jährliche Zusatzkosten durch das NBA von 2010 bis 2060



Quelle: eigene Berechnung, eigene Darstellung

Millionen Euro pro Jahr an. Diese Schätzwerte berücksichtigen noch nicht, dass es eine Vielzahl von weiteren Faktoren gibt, die dazu führen können, dass zunehmend mehr Menschen einer professionellen Hilfe in der Pflege bedürfen.⁶ Verschiebungen des Bedarfsgrades bei professioneller Pflege führen zu einer stärkeren finanziellen Belastung als bei Pflegegeld, so dass sich die Professionalisierungstendenz in Kombination mit dem NBA doppelt auf die Ausgabenseite der GPV auswirkt.

Im Zeitverlauf nehmen die Kosten, die mit der Einführung des NBA einhergehen, stark zu, wie Abbildung 2 überblickartig zeigt. Insgesamt belaufen sich die Mehrausgaben der GPV während der nächsten 50 Jahre auf über 200 Milliarden Euro (in jeweiligen Preisen). Besonders stark fällt der Anstieg zwischen 2040 und 2050 aus, da hier die Generation der Baby-Boomer langsam ein Alter mit hoher Pflegewahrscheinlichkeit erreicht. Nach 2050 sinkt zwar die Zahl der Pflegebedürftigen wieder leicht ab, allerdings steigen die Kosten durch die Dynamisierung weiter an.

Die Kosten der hier vorgestellten Berechnung liegen, wie bereits angedeutet, am unteren Rand möglicher künftiger Entwick-

lungen. Struktur- und Mengeneffekt können, abhängig vom Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung, auch deutlich höher ausfallen. Von den Ausgaben, die zusätzlich das System der GPV belasten, fällt insofern ein Großteil in der SPV an, da diese derzeit etwa 90% der Bevölkerung in der SPV versichert. Dieser Anteil kann im Ablauf der nächsten Jahre je nach Ausgestaltung der Rahmenbedingungen schwanken, aber auch 2060 dürfte der Großteil der Bevölkerung in der SPV versichert sein. Eine einfache Abschätzung der Anpassungshöhe des Beitragssatzes in der SPV zeigt für das Jahr 2010, dass der Beitragssatz bei zugrundegelegten beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe von 1.045.676 Millionen Euro (vgl. Schätzerkreis 2011) um etwa 0,16%-Punkte steigt. Nehmen die beitragspflichtigen Einnahmen nur mit einer niedrigen Wachstumsrate von 0,75% jährlich zu (moderates Lohn- und Rentenwachstum in Kombination mit einer schrumpfenden Bevölkerung), wächst aufgrund des erweiterten Pflegebegriffs – zusätzlich zum demografisch bedingten Anstieg – der Beitragsbedarf bis 2060 sogar auf über 0,4 Beitragspunkte an.

Ausgehend von dieser Kostenabschätzung steigt der Druck auf die SPV, ihr Finanzierungssystem derart umzugestalten, dass die notwendigen finanziellen Grundlagen für eine Leistungsausweitung bereitstehen. Insgesamt nimmt alleine in der SPV der Finanzierungsbedarf im Vergleich zu ei-

ner Status-quo-Entwicklung um 10% oder mehr zu.⁷ Hierzu stehen mehrere fiskalische Möglichkeiten zur Verfügung. In der Vergangenheit setzte der Gesetzgeber auf eine **Beitragserrhöhung** zur Finanzierung einer Leistungsausweitung/-erhöhung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). Aktuell konzentriert sich die politische Debatte auf eine Alternative, die ein Ansparen eines Kapitalstocks in Anlehnung an die Vorgehensweise der PPV beinhaltet. Unabhängig von der gewählten Option lassen sich steigende Zahlungen der Versicherten durch den neuen Pflegebegriff nicht verhindern. Nicht nur die SPV sieht sich auf der Finanzierungsseite mit einem Problem konfrontiert, sondern auch die PPV, denn ihre Beitragskalkulation basiert ebenfalls auf den Leistungsprofilen des geltenden Systems. Veränderungen des erwarteten Kopfschadens führen zu einer Unterdeckung durch die aktuellen Beiträge, so dass auch in der PPV aus einer Einführung des NBA Beitragserhöhungen resultieren. Speziell für Personen im Rentenalter kann so eine deutliche Zusatzbelastung entstehen, da ihnen die Zeit zum Ansparen der entsprechenden Rückstellungen fehlt. Das Gutachten schlägt dem Gesetzgeber auf der Ausgabenseite für mehr fiskalische Stabilität **andere Punktwertgrenzen** oder **niedrigere Leistungssätze** vor. Beide Alternativen führen zu einer Leistungskürzung, im ersten Fall indirekt durch die Beschränkung des Zugangs zu höheren Bedarfsgraden und damit auch zu höheren Leistungen, und im zweiten Fall direkt durch die Reduzierung der Höhe der erhaltenen Leistung. Vor allem letztere Option erscheint vor dem Hintergrund des bisherigen Realwertverlustes dieser Sätze und des zu erwartenden Dynamisierungspfades, der

⁶ Exemplarisch seien hier der gesellschaftliche Wandel, die zunehmende Kinderlosigkeit oder die steigende berufliche Mobilität angeführt. All diese Faktoren reduzieren das informelle Pflegepotenzial, welches im häuslichen Umfeld eine Pflege übernimmt.

⁷ Im Gutachten des Beirates steigen die Kosten um 19,3% von 17.779 Millionen Euro auf 21.217 Millionen Euro.

unterhalb der Preisentwicklung für Pflegeleistungen liegt, hinsichtlich der Ziele, die mit der Einführung der GPV verfolgt wurden, als ungeeignet. Eine Reduzierung der Leistungen erzeugt zwangsläufig einen Anstieg der Selbstbeteiligung und in diesem Kontext auch höhere Ausgaben der Hilfe zur Pflege.

Das NBA führt insgesamt zu einer verbesserten Berücksichtigung der verschiedenen Bedarfslagen der Pflegebedürftigen. Dadurch erhalten mehr Personen einen Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung. Zusätzlich verschiebt das NBA das Leistungsspektrum im Vergleich zum heutigen System hin zu höheren Leistungsstufen. Daraus folgt ein erhöhter Finanzierungsbedarf, der die ohnehin stark steigenden Kosten nochmals um 10-20% steigen lässt. Es liegt daher in der Verantwortung des Gesetzgebers, eine gute Mischung aus Leistungsanpassung, Mengen- und Struktureffekt sowie einer Finanzierung der Mehrausgaben zu finden.

Quellen

Bundesministerium für Gesundheit (**BMG 2009a**), Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Überblick, 2009

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) und Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (**BMG 2009b**), Bericht

des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin, 2009

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (**BMG 2009c**), Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs – 20. Mai 2009, Berlin, 2009

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (**GBE 2010**)

Rothgang, H.; Holst, M.; Kulik, D. und Unger, R. (**Rothgang 2008**), Finanzielle Auswirkungen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen – Ergänzungsprojekt zum Modellprojekt „Entwicklung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ – Abschlussbericht Dezember 2008, Bremen, 2008

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (**SVR-G 2009**), Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Baden-Baden, 2009

Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt (**Schätzerkreis 2011**), Schätztableau des GKV-Schätzerkreises für 2010 und 2011 aus der Schätzung vom 24.01.2011, 2011

Statistisches Bundesamt (**StaBu 2009**), Bevölkerung Deutschlands bis 2060, Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, 2009

Windeler, J.; Görres, S.; Thomas, A.; Langer, I.; Reif, K. und Wagner, A. (**Windeler 2008**), Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und ei-

nes neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI – Abschlussbericht – Hauptphase 2, Oktober 2008, Essen/Bremen, 2008

Wingenfeld, K.; Büscher, A. und Schaefer, D. (**Wingenfeld 2007**), Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten – Überarbeitete, korrigierte Fassung – Bielefeld, 23. März 2007, Bielefeld, 2007

Wingenfeld, K.; Büscher, A. und Gansweid, B. (**Wingenfeld 2008**), Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit – Überarbeitete, korrigierte Fassung – Bielefeld/Münster, 25. März 2008, Abschlussbericht zur Hauptphase 1: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments, Bielefeld/Münster, 2008

Zintl-Wiegand, A. und Krumm, B. (**Zintl-Wiegand 2003**), Werden Demenzkranke bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegeversicherungsgesetz benachteiligt? – Die Erfassung von kognitiver Einschränkung im Pflegegutachten (MDK) und mit standardisierten Instrumente, in: Der Nervenarzt, Jahrgang 74, Heft 7, S. 571–580, 2003

Autor:

Dr. Michael Popp
Kreuzstraße 22
67063 Ludwigshafen

Andreas Meusch

Der doppelte Compliance-gap: Warum das deutsche Gesundheitswesen die Qualität der Arzneimitteltherapie stärker auf der Mikro-Ebene steuern muss

Knapp 28 Milliarden Euro wendeten die gesetzlichen Krankenkassen in 2010 für Arzneimittel auf, die von niedergelassenen Ärzten verordnet wurden. Nicht enthalten in dieser Zahl sind die Kosten für Medikamente, die in der stationären Behandlung verordnet werden. Die Arzneimittelversorgung war und ist ein Schwerpunkt der Gesundheitsreformen seit 1977 und hat im Laufe der Jahrzehnte eine Vielzahl von zum Teil inkonsistenten Steuerungsinstrumenten mit hervorgebracht.[1]

Unbestreitbar ist, dass die Regelungsfülle die Ausgabenentwicklung gedämpft hat. Das zum Jahreswechsel in Kraft getretene Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) fügt sich in diese Tradition ein, zu der auch gehört, dass die Steuerungswirkung auf der Mikroebene, sprich im direkten Arzt-Patienten-Kontakt, irrelevant ist. Wenn die Forderung „mehr Qualität wagen“ für die Arzneimitteltherapie erhoben wird, dann bedeutet dies vor allem, dass wir die Steuerung auf der Mikroebene stärker in den Blick nehmen müssen. Hier müssen nach Überzeugung des Autors die zentralen Qualitätsprobleme in unserem Gesundheitswesen gelöst werden.

So ist es eine implizite Prämisse der Kosten-Nutzen-Diskussion, dass die in den klinischen Studien festgestellten Nutzen sich durch entsprechenden Einsatz der Medikamente durch den Arzt und eine entsprechende Compliance der Patienten im Versorgungsalltag wieder finden. Beides

ist aber keineswegs selbstverständlich. Der Aufsatz will zeigen, dass ein relevanter Teil dieses Geldes entweder keinen Nutzen stiftet oder sogar schadet, weil Arzt und/oder Patient strukturell mit der Komplexität der Pharmakotherapie überfordert sind und nach den Ursachen fragen.

Fehlende Compliance als Qualitätsproblem

Es gibt „kaum einen Patienten, der eine Arzneimitteltherapie richtig durchführt. Etwa ein Drittel der Rezepte wird nicht eingelöst, und die Hälfte aller Medikamente werden gar nicht oder falsch an-

gewandt. In einem Drittel der Fälle entstehen dadurch ernste Gesundheitsschäden“.[2] Geisler schätzt, dass selbst die regelmäßige Einnahme lebensnotwendiger Medikamente unter 50 Prozent liegt.[3] Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass über die Hälfte der Patienten vom medikamentösen Therapieschema abweichen, also ein Nicht-Compliance-Verhalten entwickelt haben.[4] Bei einer EMNID Befragung aus dem Jahr 1996 schätzten lediglich 33 Prozent der Befragten sich selbst als compliant ein.[5]

Die Einschätzungen sind im Grundtenor erschreckend, aber in der Dimension doch so unterschiedlich, dass es lohnt, genauer hinzusehen. Für zahlreiche Indikationen und Therapieschemata ist nachgewiesen, dass Nicht-Compliance zu zusätzlichen krankheitsbezogenen Komplikationen, Krankenhausaufenthalten und einer höheren Mortalität führt.[6] Allerdings sind die Compliance-Raten durchaus unterschiedlich:

Es überrascht nicht, dass bei diesen unterschiedlichen Einschätzungen auch die

Tab. 1: Compliance-Raten bei unterschiedlichen Krankheiten

Erkrankung	Non-Compliance-Rate
Asthma	20 % (- 80 %) ¹³⁴
Epilepsie	30 % - 50 %
Diabetes	40 % - 50 %
Bluthochdruck	50 %
Rheuma	55 % - 70 %
Osteoporose	über 50 %

Quelle: Pirk, O. et al.: *Field Research in: Schöffski, Oliver; Graf von der Schulenburg, Matthias (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen S. 201–260, S. 245*

Abbildung 1: Anzahl und Anteile der über 65jährigen in ausgewählten Ländern – aktuell und Prognose für 2030 und 2060. Quelle: Eurostat, EUROPOP2008

Land	2008		2030		2060	
	In Tausend	Prozent	In Tausend	Prozent	In Tausend	Prozent
EU 27	84.602	17.08	122.465	23.55	151.474	29.95
Deutschland	16.481	20.05	22.129	27.61	22.977	32.47
Frankreich	10.212	16.50	15.770	23.20	18.624	25.94
Österreich	1.431	17.17	2.130	23.69	2.619	28.98
Schweiz	1.246	16.41	2.018	23.38	2.575	28.01

Abbildung 2: Anzahl und Anteile der über 80jährigen in ausgewählten Ländern – aktuell und Prognose für 2030 und 2060. Quelle: Eurostat, EUROPOP2008

Land	2008		2030		2060	
	In Tausend	Prozent	In Tausend	Prozent	In Tausend	Prozent
EU 27	84.602	17.08	122.465	23.55	151.474	29.95
Deutschland	3.891	4.73	6.398	7.98	9.340	13.20
Frankreich	3.108	5.02	4.971	7.31	7.748	10.79
Österreich	384	4.61	602	6.70	1.026	11.35
Schweiz	355	4.68	606	7.02	996	10.83

Angaben differieren, wie hoch die Kosten fehlender Compliance sind:

- Ein Report der deutschen Agentur für Health-Technology Assessment (DAHTA) kommt 2007 zu dem Ergebnis, dass die medikationsbezogene Nicht-Compliance der Patienten in Deutschland Kosten von rund 10 Milliarden Euro jährlich verursacht.[7]
- Vollmer und Kielhorn schätzen konservativ die Gesamtkosten für Non-Compliance in Deutschland auf 8,1 bis 10,7 Milliarden Euro.[8]
- „Die direkten Kosten von Non-Compliance betragen jährlich ca. ... 4,4 Prozent der Gesamtausgaben für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung“.[9] Das wären für 2010 fast 7 Milliarden Euro.

Die zitierten Arbeiten haben nicht empirische Befunde aus beobachtetem Patientenverhalten und noch weniger aus Beobachtungen der Arzt-Patienten-Interaktion gewonnen, sondern betrachten die Compliance-Problematik auf der Systemebene. Dort ist sie aber nicht lösbar. Sie entzieht

sich dem Zugriff des Gesetzgebers genauso wie dem der Vertragspartner der Krankenkassen und Leistungserbringer. Bereits hier lässt sich also feststellen, dass dem deutschen Gesundheitssystem systematische Ansätze zur Lösung der Problematik fehlen.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

Schaut man sich über einen längeren Zeitraum die Defizite im Ordnungsverhalten der Ärzte an, so sieht man, dass es bei der Qualität der Arzneimittelversorgung in Deutschland erheblichen Handlungsbedarf gibt. So stellt die OECD für Deutschland fest: „Several reports mentioned inadequacies of pharmaceutical therapy in some areas. For instance, results of an epidemiological study on hypertensive patients showed several shortfalls in treatments by general practitioners“.[10] Der Sachverständigenrat Gesundheit beschäftigt sich in seinem Jahresgutachten 2007 auf 27 Seiten mit dem Thema unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln

und Pharmakovigilanz und stellt „dringenden Handlungsbedarf und zahlreiche Optimierungspotenziale“ fest.[11] Für Deutschland geht der Rat von Übereinstimmung mit den internationalen Literaturdaten aus, wozu auch Untersuchungen aus den USA gehören, wonach Arzneimittelnebenwirkungen die sechsthäufigste Todesursache waren.[12] Außerdem schätzen die Sachverständigen, dass fünf bis neun Prozent der Gesamtkrankenhauskosten eingespart werden könnten (350 bis 400 Millionen Euro), die durch UAWs verursacht werden.[13] Im Gutachten 2009 wird das Thema vertieft: Insgesamt erfolgten 6,5 Prozent der Aufnahmen wegen UAWs, wobei fast drei Viertel dieser Ereignisse (72 Prozent) nach Ansicht der Autoren vermeidbar gewesen wären. „Von den 1.225 Patienten, die wegen UAWs stationär aufgenommen wurden, verstarben 28 (2,3 Prozent) als direkte Folge des Ereignisses“.[14] Auch Haefeli hat bei der Analyse von Versichertendaten festgestellt, dass jedem zwanzigsten Versicherten Arzneimittel verordnet wurden, die zu

klinisch relevanten Arzneimittelinteraktionen führen und 23,6 Prozent der Versicherten mehr als fünf verschiedene Wirkstoffe gleichzeitig verschrieben wurden.[15]

„Entgegen der weit verbreiteten Ansicht wandern die meisten Betroffenen nicht von Arzt zu Arzt, um ihren Medikamentenkonsum möglichst unauffällig zu betreiben. Vielmehr erfolgen Dauerverschreibungen am häufigsten durch den gleichen Arzt, obwohl zum Beispiel Benzodiazepine gemäß den Leitlinien maximal für acht Wochen verordnet werden sollten“.[16]

Auch wenn die Häufung von UAWs kein spezifisch deutsches Problem ist [17], sind die vorhandenen Erkenntnisse für Deutschland erschreckend. In den Studien werden Zahlen zwischen 6.000 und 8.000 Arzneimittel-toten[18] als geringste Annahme und 57.000 Arzneimittel-toten allein in internistischen Fachabteilungen deutscher Krankenhäuser genannt. [19] Letzteres entspräche statistisch über 156 Arzneimittel-toten allein in den internistischen Krankenhausabteilungen an jedem Tag des Jahres. Selbst wenn man den geringsten Wert annimmt, der hier belegt ist, bedeuten 6.000 Arzneimittel-tote pro Jahr statistisch über 115 Tote pro Woche. Stichtenoth weist darauf hin, dass 40 Prozent der UAWs vermeidbar seien.[20] Es gibt auch Studien, die belegen, dass rund 50 Prozent der tödlichen Fälle vermeidbar wären.[21]

Fehlmedikation im Alter

Bei der themenbezogenen, synoptischen Lektüre des seit 1985 jährlich erscheinenden Arzneiverordnungsreports (AVR) wird dies deutlich.[22] Als ein Beispiel[23] soll hier schlaglichtartig die Medikamentenversorgung älterer Menschen beleuchtet werden. „Durch Polytherapie kann ein voll funktionsfähiger Mensch zu einem verwirrten, inkontinenten, bettlägerigen Patienten werden“.[24] Außerdem sind unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei äl-

teren Patienten häufiger und „viel gefährlicher“. Darüber hinaus können bei sehr alten Patienten Medikamente lebensverkürzend sein, die für alte Patienten nützlich sind.[25]

Wie stellt sich mit Blick auf diese Problematik die Praxis der Pharmakotherapie in Deutschland dar? Zu diesem Thema wird erstmals im AVR 1987 berichtet: „Die Altersgruppe der 71- bis 80-jährigen, in die 7,7 Prozent der GKV Versicherten fallen, vereinigt 23,5 Prozent der Arzneimittel-ausgaben auf sich – also das Dreifache des Anteils an der Bevölkerung. In dieser Altersgruppe ist im statistischen Durchschnitt jeder mit fast drei Arzneimitteln dauertherapiert. Im Durchschnitt wurden jedem Versicherten dieser Altersgruppe 1985 299 Arzneipackungen im Gegenwert von knapp 900 DM verordnet [...]. Addiert man die Tagesdosen, die aus den Indikationsgebieten der Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa verordnet wurden, so reichen sie aus, um jeden fünften Patienten dieser Altersgruppe in einer Dauertherapie zu halten“.[26] Und zusammenfassend heißt es dazu: „Gerade die älteren Menschen erhalten offenbar deutlich mehr Arzneimittel als angezeigt wäre“.[27]

Im AVR 1990 heißt es: „Die Versicherten mit einem Lebensalter von mehr als 60 Jahren, die lediglich rund 22 Prozent der Gesamtpopulation darstellen, vereinigen über 52 Prozent der gesamten Arzneimittelkosten auf sich, also rund das 2,4fache des Bevölkerungsanteils. [...] Addiert man die Tagesdosen, die aus den Indikationsgebieten der Psychopharmaka, Hypnotika und Sedative verordnet wurden, so reichen sie aus, um beinahe jeden fünften Patienten dieser Altersgruppe in einer Dauertherapie zu halten. [...] Gerade ältere Menschen erhalten offenbar deutlich mehr Arzneimittel, als angezeigt wäre“.[28]

Im AVR 2006 findet sich eine Tabelle, die veranschaulicht, dass pro Versicherten die 80- bis 84-jährigen mehr als 2,8-mal

so viele Arzneimittel erhalten als die 50- bis 54-jährigen und elfmal so viel wie die 35- bis 39-jährigen. Im Text heißt es dazu erläuternd: „Die Einnahme zahlreicher verschiedener Arzneimittel ist wegen oft schwer überschaubarer Wechselwirkung jedoch nicht unproblematisch. ... Studien über die Häufigkeit unerwünschter Arzneimittelwirkungen zeigen, dass ältere Patienten besonders gefährdet sind [...]“.[29] Im AVR 2009 findet sich wiederum eine Tabelle, die veranschaulicht, dass pro Versicherten die 80- bis 84-jährigen mehr als 3,2-mal so viele Arzneimittel erhalten als die 50- bis 54-jährigen und 9,6-mal so viel wie die 35- bis 39-jährigen. Im Text heißt es dazu erläuternd: „Die Einnahme zahlreicher verschiedener Arzneimittel ist wegen oft schwer überschaubarer Wechselwirkung jedoch nicht unproblematisch. [...] Analysen zur Arzneimittelversorgung älterer Menschen und Studien über die Häufigkeit unerwünschter Arzneimittelwirkungen zeigen, dass ältere Patienten besonders gefährdet sind [...]“.[30]

„Von mehr als drei Viertel aller schädlichen Arzneinebenwirkungen sind über Siebzigjährige betroffen, und ein Drittel dieser Schäden entsteht durch Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Substanzen“, zitiert „Der Tagesspiegel“ eine Pharmakologin, die ein Forschungsvorhaben mit dem Ziel einer besseren Versorgung alter Menschen (Priscus) betreut.[31] „Vor allem Ältere und Alte, die mehrere Krankheiten gleichzeitig haben, werden manchmal mit einer solchen Menge an Tabletten, Salben und Spritzen medikamentös behandelt, dass nach Meinung von Arzneimittelexperten der Schaden den Nutzen übertreffen kann. [...] Von mehr als drei Viertel aller schädlichen Arzneinebenwirkungen sind über Siebzigjährige betroffen, und ein Drittel dieser Schäden entsteht durch Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Substanzen, [...] An der Spitze der eine Klinikeinweisung verursachenden

Medikamente steht der Gerinnungshemmer Phenprocoumon (bekanntestes Präparat: Marcumar) wegen innerer Blutungen, gefolgt von Insulin, Insulin-Analoga und Diabetesmitteln in Tablettenform; ferner Digitalis, Diuretika, Betablocker und die große Gruppe der (nichtsteroidalen) Schmerz- und Rheumamittel, von denen einige im Alter besonders häufig Magenbluten auslösen können.

Zur Vorsicht rät Petra Thürmann, Pharmakologin aus Wuppertal, aber auch im Umgang mit allen Substanzen, die bei Älteren die Gefahr eines Sturzes verstärken, wie Beruhigungsmittel und andere Psychopharmaka (zum Beispiel Antidepressiva, Neuroleptika, Benzodiazepine). Besonders in Pflegeheimen würden sie oft falsch angewandt. Auch andere Substanzen wie etwa Anticholinergica (etwa Atropin) können im Alter Schläfrigkeit, Schwindel, Verwirrtheit und Abbau der Hirnleistung verursachen und damit einen Sturz mit der gefürchteten Folge einer Hüftfraktur herbeiführen.[32]

Sucht auf Rezept

Dass Sucht auf Rezept in Deutschland ein Thema ist, belegen diverse wissenschaftliche Untersuchungen: „Tabletten rangieren nach Alkohol längst auf Platz zwei der Abhängigkeitsstatistik. Nach Expertenschätzungen sind bis zu 1,9 Millionen Deutsche tablettensüchtig, in ca. 80 Prozent der Fälle liegt eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen vor“.[33] Jacobowski geht von 1,5 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland aus, davon über drei Viertel von Benzodiazepinen bzw. Analoga. Grundlage der Einschätzung ist die dynamische Auswertung der Benzodiazepin-Rezepte von über 16 Millionen Einwohnern aus sieben Bundesländern über sechs Monate: bei 748.000 Patienten Verstöße gegen die bestehenden Leitlinien. In 790.000 erfassten Fällen wurden Patienten Mengen von Benzodiazepinen verschrie-

ben, die nach medizinischen Erkenntnissen schaden. Davon waren bei 50.000 Patienten die verordneten Mengen (im Durchschnitt 23,6 Rezepte im Erfassungszeitraum pro Patient) so hoch, dass bei Einnahme dieser Mengen von Sucht gesprochen werden muss.[34]

„Zu den Medikamentensüchtigen kommen noch etwa 1,7 Millionen Menschen, die als mittel- bis hochgradig gefährdet gelten“.[35] Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. geht davon aus, dass 1,7 bis 2,8 Millionen der über 60-jährigen Frauen und Männer einen problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente bzw. von Schmerzmitteln aufweisen oder gar als medikamentenabhängig zu bezeichnen sind. Besonders stark sind diese Folgen in der stationären Altenpflege zu beobachten. Hier wird der Anteil der von Psychopharmaka abhängigen Bewohner/-innen über 70 Jahre auf mindestens 25 Prozent geschätzt.[36]

Offenkundig gibt es auch ein Compliance-Problem auf Ärzte-Seite. Viele wenden die bestehenden Leitlinien und Therapieempfehlungen nicht so an, wie es sein müsste. Dies kann auf der einen Seite ein Problem fehlenden Wissens sein. Allerdings wissen wir sehr wenig über die komplexen Gründe für die offenkundigen Versorgungsprobleme und wie sie vermieden werden.

Dringender Handlungsbedarf

Es gibt es Maßnahmen, gegen die geschilderten Probleme anzugehen. Drei Beispiele:

- Die Bundesärztekammer hat einen 56-seitigen Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ für die ärztliche Praxis erarbeitet.[37]
- Die Techniker Krankenkasse stellt Versicherten über 65 Jahren, die das wünschen, Informationen darüber zur Verfügung, welche Verordnungskombi-

nationen für diese Personengruppe problematisch sind.[38] Grundlage ist die PRISCUS-Liste, eine auf deutsche Verhältnisse adaptierte Variante der in den USA entwickelten Beers-List.[39]

- „RpDoc“ ist eine Software für die elektronische Ordnungsunterstützung zur Optimierung von Sicherheit und Kosteneffizienz der medikamentösen Therapie. Sie kann in Akut- und Reha-Kliniken, in Arztpraxen, Apotheken und Altenpflegeheimen eingesetzt werden.[40] Das Produkt wurde sogar von der Financial Times Deutschland als besonders innovativ ausgezeichnet.[41]

Die Beispiele sind löblich, nichts spricht aber dafür, dass sie ausreichen, die oben beschriebenen Probleme zu lösen. Offenkundig hat das deutsche Gesundheitswesen noch keinen Hebel gefunden, die bestehenden Qualitätsprobleme bei der Wurzel zu packen. Damit stellt sich die Frage, worin die Wurzel des Übels liegt. Ein Indikator, der das oben geschilderte Bild von Problemen in der Arzneimitteltherapie auf der Mikroebene abrundet und den Weg zu diesen Wurzeln zeigt, ist die hohe Menge der Arzneimittel, die jährlich auf dem Müll landen:

- „Allein in der Region Hannover werden jährlich zwischen 20 und 30 Tonnen Arzneimittel bei der kostenlosen Annahmestelle der Abfallwirtschaft Region Hannover abgegeben, 28 Tonnen waren es im vergangenen Jahr“.[42]
- „Mehr als 55 Kilogramm Medikamente landen nach Angaben der Techniker Krankenkasse (TK) täglich im Müll. Allein 2009 wurden bei der Berliner Stadtreinigung (BSR) 20 Tonnen Medikamente bei den Schadstoffannahmestellen oder Apotheken abgegeben“.[43]
- „Etwa 4000 Tonnen Arzneimittel landen jährlich auf dem Müll. [...] Medikamente landen auf dem Müll, wandern in den Abfluss oder werden schlichtweg nicht genommen. Die Gründe dafür rangie-

ren von der Angst vor Nebenwirkungen bis hin zum schlichten Vergessen“.[44]

Was wissen wir darüber, wie man Compliance verbessern kann?

Es ist auch wenig plausibel anzunehmen, dass dieses Problem auf der Systemebene gelöst werden kann, oder glauben wir wirklich, dass die Menschen weniger Arzneien wegwerfen, wenn wir die Zuzahlungen erhöhen oder verändern? Der Autor zumindest hält dies für unwahrscheinlich. Das deutsche Gesundheitswesen wird sich also der Mühen der Ebene unterziehen müssen, um Bottom-up zu Verbesserungen zu kommen. Der Top-down der letzten Jahrzehnte hat das Problem ignoriert. Wir brauchen eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen, um der Pharmakotherapie als wichtigster Therapieform im Gesundheitswesen die Wirksamkeit zu geben, die in diesem Instrument steckt, und die noch lange nicht *lege artis* genutzt werden.

Verglichen mit dem großen Forschungsaufwand für die Entwicklung neuer Medikamente fällt auf, wie wenig empirische Forschung es zu Fragen gibt, die sich damit beschäftigen, wie die wirksame Anwendung sichergestellt werden kann. Die empirischen Sozialwissenschaften scheinen sich für diese Fragen wenig zu interessieren. Und Institutionen, die Gelder zur Verfügung stellen, scheint es nicht zu geben. So werden Compliance-Probleme eher abstrakt und nicht Empirie-gesättigt diskutiert:

Verbessert individuelle Verblisterung die Compliance? Selbst auf der Homepage des „Bundesverbandes patientenindividueller Arzneimittelverblisterer“ erhält man dafür keine zwingenden Argumente. Man findet dort zwar Quellenhinweise zum volkswirtschaftlichen Nutzen des Verblisterns auf der Grundlage „konditionale(r) Kostenrechnung“;[45] eine Argumentation, warum zum Beispiel eine Krankenkasse für die Verbesserung der Arzneimittelqualität

auf patientenindividuelles Verblistern setzen soll, liefert nicht einmal die zuständige Lobbying-Organisation.

Verschlechtern Rabattverträge die Compliance? „Pharmafirmen warnen: Rabattverträge mindern Compliance“ meldet das Deutsche Ärzteblatt und beruft sich dabei auf eine „Studie des Marktforschungsinstitut IMS Health“.[46] Doch schaut man sich die Studie an, macht sie mehr auf das grundsätzliche hier diskutierte Compliance-Problem aufmerksam, als dass sie Argumente gegen die Rabattverträge liefert. Ihr Ergebnis: Bei Antidepressiva lösen Patienten bei nichtrabattierten Medikamenten Rezepte ein, die 36 Therapie-tage mehr umfassen als bei rabattierten Medikamenten.[47] Bei der Lipidsenktherapie ist der Unterschied 22 Tage.[48] Die Studie taugt deshalb im politischen Meinungskampf, fördert aber keine hinreichenden Erkenntnisse über Compliance. Schrecken Beipackzettel von der Einhaltung einer sinnvollen Arzneimitteltherapie ab? Tatsächlich sehen dies laut EMNID 14 Prozent der befragten Patienten.[49] Wo aber sind die Ansätze, hier etwas zu verbessern?

Das Arzt-Patienten-Verhältnis als zentraler Faktor einer erfolgreichen Arzneimitteltherapie

„Das entscheidende für die Compliance scheint die Art zu sein, wie sich ein Patient von seinen Behandlern [...] verstanden fühlt“.[50] Das Zitat stammt zwar aus dem engen Kontext der Psychiatrie, es spricht aber sehr viel dafür, es als einen Schlüsselsatz für die Verbesserung der Arzneimitteltherapie allgemein anzusehen. Ob es sich nun um fehlende Compliance, UAWs oder Übermedikamentierung alter Menschen handelt, Probleme in der Interaktion Arzt-Patient sind in der Regel ein wichtiger Teil des Problems. Es soll deshalb dafür plädiert werden, der Kommunikation

zwischen Arzt und Patient als einem entscheidenden Faktor zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Kommunikation ist dabei mehr als die Weitergabe von Information und das Sprechen. Viel oder wenig zu reden ist kein geeigneter Indikator für gelungene oder misslungene Kommunikation. Auch wenn man dies nur im konkreten Einzelfall beurteilen kann, so gibt es doch Surrogatparameter, mit deren Hilfe man sich dem Thema Kommunikation zwischen Arzt und Patient nähern kann: Wie lange sprechen sie miteinander? Worüber sprechen sie miteinander? Welche Rolle nehmen sie ein? Ist der Arzt Halbgott in Weiß? Ist er Coach oder Partner auf Augenhöhe? Welcher Patient reagiert in welchen Krankheitsepisoden auf welche Form der Kommunikation besonders positiv im Sinne von Compliance? Ist das Zücken des Rezeptblocks der Übergang von Diagnose zu Therapie oder das Signal, dass das Zeitkontingent, das der Arzt für den Patienten investieren will, ausgeschöpft ist? Über die Kommunikation in deutschen Sprechzimmern ist so sehr wenig erforscht. Wenn wir mehr Qualität in der Arzneimittelversorgung wagen wollen, dann müssen wir uns endlich diesen Fragen zuwenden.

Fazit

Es gibt ein Delta zwischen dem vorhandenen Wissen über eine rationale Arzneimitteltherapie und deren Anwendung durch Ärzte. Dies wird genauso als Compliance-Gap beschrieben wie die Defizite in der Anwendung bestehender Therapieempfehlungen von Ärzten durch den Patienten. In diesem Sinne kann man von einem doppelten Compliance-Gap sprechen, den es zu schließen gilt, um die dramatischen Defizite in der Arzneimitteltherapie in Deutschland zu verringern. Es gibt aber wenig Wissen und noch weniger Ansätze darüber, wie diese systematisch beseitigt werden können. Es braucht eine Vielzahl

von Ansätzen zur Verbesserung, wobei der Verbesserung der Interaktion „Arzt-Patient“ besondere Aufmerksamkeit zukommt. Fehlende Anwendung bestehender Leitlinien und Therapiehinweise. Es wird dafür plädiert, eine sozialwissenschaftlich geprägte Compliance-Forschung zu verstärken, die Compliance-Probleme verstehbar und damit managebar macht.

Autor:

Andreas Meusch
Rothenbaumchaussee 239
20149 Hamburg
mail@andreas-meusch.de

Endnotes

- ¹ Eine Übersicht dazu findet sich in: Wille, Eberhard; Cassel, Dieter; Ulrich, Volker (2009): Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und des Arzneimittelmarktes, Baden-Baden, S. 86
- ² Sonnenmoser, Marion: Fehlende Compliance: Patienten, die dem Arzt etwas vorgaukeln, in: Deutsches Ärzteblatt vom 11. 03. 2005, Jg. 102, Heft 10 S. A-704
- ³ Geisler, Linus: Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege, Frankfurt 2002 – online verfügbar: http://www.linus-geisler.de/ap16_compliance.html
- ⁴ 4 WHO (2003) Failure to take prescribed medicine for chronic diseases is a massive, world-wide problem <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/en/> – Ähnliche Dimensionen der Non-Compliance sieht Mühlig, Stephan (2004): Compliance: Formen und methodische Fragen. In: Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, S. 45–52, S. 45. „Die Non-Compliance chronisch kranker PatientInnen stellt eines der bedeutendsten Probleme des modernen Gesundheitswesens dar. Bei einer durchschnittlichen Compliance-Rate von nur ca. 50 % können viele medikamentöse Therapien keine ausreichende Wirksamkeit entfalten. Infolgedessen haben sich die Morbiditäts- und Mortalitätsraten der großen ‚Volkskrankheiten‘ trotz großer Fortschritte bei den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren kaum verbessert.“
- ⁵ Zit. in: Pirk, Olaf.; Claes; Christa.; Schöffski, Oliver: Field Research in: Schöffski, Oliver; Graf von der Schulenburg, Matthias (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen S. 201–260, S. 244
- ⁶ Osterberg, L., Blaschke, T.: (2005): Adherence to medication, in: N Engl J Med. 2005 Aug 4; 353(5), S. 487–497
- ⁷ Gorenovi Vitali, Schönermark Matthias P., Hagen Anja (2007): Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg; <http://www.egms.de/static/en/journals/hta/2008-3/>

hta000049.shtml

- ⁸ Volmer, Timm; Kielhorn, Adrian (1998): Compliance und Gesundheitsökonomie, S. 49–56
- ⁹ Zit. nach: Schuller, Susanne: Steigerung der Patienten-Compliance, Wiesbaden 2002, S. 127
- ¹⁰ Paris, Valérie; Docteur, Elizabeth (2008): Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Germany. (OECD Health Working Papers, 39). Online verfügbar unter <http://www.oecd.org>, S. 50
- ¹¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Herausgegeben von Deutscher Bundestag. (BT-Drs. 16/6339). Online verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de>, S. 688
- ¹² ibid., S. 674
- ¹³ ibid., S. 689
- ¹⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Gutachten 2009 „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“. Online verfügbar unter <http://www.svr-gesundheit.de>
- ¹⁵ Straub, Christoph (2007): Arzneimittelversorgung aus Sicht der TK. Kostenoptimierung vs. Therapieoptimierung. Veranstaltung vom 07.11.2007, aus der Reihe „12. Pharma-Gipfel“. Berlin. Veranstalter: ZENO, Folien 14 und 15
- ¹⁶ Braunwarth, Anja (2010): Dauerrezepte kommen meist vom eigenen Hausarzt. In: Medical Tribune Deutschland, H. 8, S. 16
- ¹⁷ Für die USA gibt es Studien, die davon ausgehen, dass jede 14. Medikation gefährlich ist. Barker, Kenneth N. (2002): Medication Errors Observed in 36 Health Care Facilities. In: Archives of Internal Medicine, Jg. 162, H. 16, S. 1897–1903. Online verfügbar unter <http://archinte.ama-assn.org>
- ¹⁸ Schönhöfer, Peter S. (1999): Klinik-basierte Erfassung Arzneimittel-bedingter Erkrankungen im Pharmakovigilanz-System. In: Arzneimitteltherapie, H. 17, S. 83–86
- ¹⁹ Schnurrer, Jochen U.; Frölich, Jürgen C. (2003): Zur Häufigkeit und Vermeidbarkeit von tödlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen. In: Internist, H. 44, S. 889–895
- ²⁰ Stichtenoth, Dirk O. (2008): Medikationsfehler. Veranstaltung vom 18.02.2008. Hannover. Veranstalter: Fachtagung Patientensicherheit in Niedersachsen. Online verfügbar unter <http://www.patientenuniversitaet.de>
- ²¹ Ebbesen, Just et al. (2001): Drug-Related Deaths in a Department of Internal Medicine. In: Archives of Internal Medicine, H. 161, S. 2317–2323. Online verfügbar unter <http://archinte.ama-assn.org>
- ²² <http://wido.de/arnzeiverordnungs-rep.html>
- ²³ Ein weiteres Beispiel ist die Therapie von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen. Die Zunahme der Verschreibung von Methylphenidat (wichtigster Handelsname: Ritalin) gegen das sogenannte „Zappelphilipp- oder Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom“ (ADHS) ist medizinisch sehr bedenklich: „2008 waren es 1617 Kilogramm. Besonders drastisch fällt die Statistik aus, wenn man auf das Jahr 1993

- zurückblickt: Dort lag der Erwerb von Methylphenidat durch die Apotheken lediglich bei 34 Kilogramm“. Kontrolliert wird die Vergabepaxis der Mediziner bislang nicht. „Es handele sich um eine Selbstverpflichtung“ der Ärzte, heißt es beim Bundesinstitut für Arzneimittel, und das obwohl die Verschreibung dieser Mengen als bedenkliche Fehlversorgung bewertet werden kann und einige Mediziner sogar grundsätzlich den Sinn dieser Pharmakotherapie bestreiten wie der Göttinger Hirnforscher Gerald Hütter: Das Problem der ADHS-Kinder sei keine Aufmerksamkeitsstörung oder ein gestörter Hirnstoffwechsel, sondern eine mangelnde Sozialisationserfahrung. Irlé, Katja (2010): ADHS: Immer mehr Pillen. In: Frankfurter Rundschau, 10.05.2010
- ²⁴ Zit. n.: Frölich, Jürgen C. (2005): Besonderheiten der Pharmakologie bei älteren Menschen und bei Kindern. In: Wehling, Martin; Diener, Hans-Christoph (Hg.): Klinische Pharmakologie. Stuttgart, S. 638–650.
- ²⁵ ibid., S. 641
- ²⁶ Paffrath, Dieter (1987): Arzneimittelverordnung nach Altersgruppen. In: Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (Hg.): Arzneimittelverordnungs-Report '87. Stuttgart, New York, S. 469–479, S. 471
- ²⁷ ibid., S. 472
- ²⁸ Paffrath, Dieter (1990): Arzneimittelverordnungen nach Altersgruppen. In: Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (Hg.): Arzneiverordnungs-Report '90. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Stuttgart, New York, S. 401–409, S. 405f.
- ²⁹ Nink, Katrin; Schröder, Helmut (2007): Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (Hg.): Arzneiverordnungs-Report 2006. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin, Heidelberg, S. 966–978, S. 971f.
- ³⁰ Coca, Valentina; Nink Katrin (2009): Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (Hg.): Arzneiverordnungs-Report 2009. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare Berlin, S. 901–914, S. 904f.
- ³¹ Nach OECD-Angaben liegt Deutschland etwa im Durchschnitt. Dabei geht die OECD von folgenden Zahlen aus: „5 % of patients with drug treatment experienced ADRs, that 3 to 6 % of hospital admissions are due to ADRs [adverse drug reactions, A.M.], and that 0.15 % of hospitalised patients died because of ADRs“. Siehe auch: Stein, Rosemarie (2009): Chaos im Körper. Viele Medikamente vertragen sich nicht – vor allem bei älteren Menschen kann das schwerwiegende Folgen haben. In: Der Tagesspiegel, 18.09.2009. Online verfügbar unter <http://www.tagesspiegel.de>
- ³² Stein, Rosemarie (2009): Chaos im Körper. Viele Medikamente vertragen sich nicht – vor allem bei älteren Menschen kann das schwerwiegende Folgen haben. In: Der Tagesspiegel, 18.09.2009
- ³³ Raschke, Peter (2005): Medikamentenabhängigkeit. Zahlen und Fakten aus epidemiologischer Sicht. Veranstaltung vom 25.11.2005. Mainz. Veranstalter: Techniker Krankenkasse. Prof. Dr. Peter Raschke ist stellvertretender Direktor des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der

Universität Hamburg (ZIS).

<http://www.wiso.uni-hamburg.de>

³⁴ Jacobowski, Constanze (2009): *Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis*. Veranstaltung vom 25.11.2009. Mainz. Veranstalter: Techniker Krankenkasse

³⁵ Professor Dr. Frieder Hessenauer, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, zit. in: Braunwarth, Anja (2010): *Dauerrezepte kommen meist vom eigenen Hausarzt*. In: *Medical Tribune Deutschland*, H. 8, 2010, S. 16. Online verfügbar unter <http://www.medical-tribune.de>

³⁶ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2010): *Medikamentenabhängigkeit im Alter erzeugt hohe Mehrkosten im Gesundheitssystem*. Pressemitteilung vom 07.04.2010. Berlin / Hamm. Online verfügbar unter <http://www.dhs.de>

³⁷ <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/LeitfadenMedAbhaengigkeit.pdf>

³⁸ <http://www.tk.de/tk/arzneimittel/tk-services-zu-arzneimitteln/priscus/273198>

³⁹ <http://www.priscus.net/>

⁴⁰ <http://www.rpdoc.de/>

⁴¹ *Financial Times Deutschland* vom 12. April 2011 „Ideen für die Zukunft“

⁴² „28 Tonnen Medikamente landen im Sondermüll“ Hannover, 30.03.2010, dpa Landesdienst Niedersachsen

⁴³ „Mehr als 55 Kilogramm Medikamente landen täglich im Müll“, 15.04.2010, ddp

⁴⁴ WANC (05.03.07): „Etwa 4000 Tonnen Arzneimittel landen jährlich auf dem Müll“, herausgegeben von [medizinauskunft.de](http://www.medizinauskunft.de). Online verfügbar unter <http://www.medizinauskunft.de>

⁴⁵ <http://www.blisterverband.de/>

⁴⁶ *Deutsches Ärzteblatt* 11. Februar 2010

⁴⁷ „Bis zum Therapieabbruch der Antidepressiva dauert es bei Patienten, die auf ein rabattiertes Produkt umgestellt wurden, 329 Tage,

bei den nicht umgestellten Patienten 365 Tage.“

BAH-Studie 2010: Einfluss von Rabattverträgen auf die Arzneimittelversorgung Folie 8 http://www.bah-bonn.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=uploads/media/IMS-BAH-Compliance-FINAL10-09.pdf&t=1303392757&hash=7d8de8dc95ec932c44ce5dea171b18cb

⁴⁸ „Bis zum Therapieabbruch der Lipidsenker-Therapie dauert es bei den nicht umgestellten Patienten im Schnitt 365 Tage, bei den auf ein rabattiertes Produkt umgestellten Patienten 343 Tage“, *ibid.*, Folie 11

⁴⁹ Zit. in: Pirk, Olaf.; Claes; Christa.; Schöffski, Oliver: *Field Research in: Schöffski, Oliver; Graf von der Schulenburg, Matthias (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen* S. 201–260, S. 244

⁵⁰ Rössler, Wulf (2004) *Psychiatrische Rehabilitation*, Heidelberg, Berlin, S. 416

Buchbesprechungen

Musterverträge im Gesundheitswesen, Schlegel (Hrsg.), C.F. Müller, 2011.

Die Loseblattsammlung „Musterverträge im Gesundheitswesen“ wird herausgegeben von Prof. Dr. Thomas Schlegel unter Mitarbeit zahlreicher namhafter Autoren. Sie erscheint im C.F. Müller Verlag. Das Werk befindet sich inzwischen in der 17. Auflage und ist letztmals erschienen im Juli 2011.

Es behandelt die Themenbereiche niedergelassene Heilberufe (1000), Krankenhaus (2000), Pflege (3000), Industrie

(4000) und Kooperation (5000). Die Erläuterungen umfassen nicht nur die relevanten rechtlichen, sondern auch steuerlichen Aspekte. Die Loseblattsammlung zeichnet sich besonders durch ihren klaren Aufbau und ihre einheitliche Struktur aus. Zu Beginn erfolgt regelmäßig eine allgemeine Einführung in das Rechtsproblem, gefolgt von einer detaillierten Erläuterung zu vertraglichen Lösungsmöglichkeiten und abschließend dem Vertragsmuster mit hilfreichen Anmerkungen.

Dieses Loseblattwerk ist nicht nur für

Mehrtens/Brandenburg: Die Berufskrankheitenverordnung (BKV), Ergänzungslieferungen 2/10 - 2/11; aktueller Stand August 2011; Erich Schmidt Verlag

Die Ergänzungslieferungen aus Mai 2010 (Lieferung 2/10), April 2011 (Lieferung 1/11) und August 2011 (Lieferung 2/11) des Handkommentars zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) enthalten wiederum interessante Aktualisierungen.

Überwiegend wurden darin die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales

herausgegebenen Merkblätter überarbeitet. Änderungen gibt es beispielsweise bei den Nummern der Berufskrankheiten (BK-Nrn.) M 1318 (Erkrankungen durch Benzol), M 2112 (Gonarthrosen), M 4102 (Siliko-Tuberkulose), M 1301 (Erkrankungen durch aromatische Amine) sowie M 4104 (Lungenkrebs in Verbindung mit Asbestose).

Bestandteil der Ergänzungslieferungen ist überdies eine erneuerte Version der Statistik „Entwicklungstrends der einzelnen

Rechtsanwälte, sondern auch für Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen sowie Steuerberater und sonstige Angehörige von Heil- und Pflegeberufen ein sehr hilfreiches Nachschlagewerk. Insbesondere aufgrund der praxisorientierten Darstellung und Gewichtung der Themen, der kontinuierlichen Aktualisierung und der ergänzenden CD-ROM mit Dokumenten zu den Vertragsmustern kann das Werk für die Praxis sehr empfohlen werden.

Rechtsanwältin Heike Stark, Ann-Cathrin Bergstedt, München

Berufskrankheiten“ (R 10). Diese wurde um die Jahre 2007 bis 2009 erweitert.

Der Handkommentar zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) enthält nun weiterhin eine aktualisierte Kommentierung zu der Norm § 9 Sozialgesetzbuch VII mit Einarbeitung neuer Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes.

Rechtsanwältin Heike Stark, Ann-Cathrin Bergstedt, München.

M. Eitel Homan, Siem Jan Koopman,¹

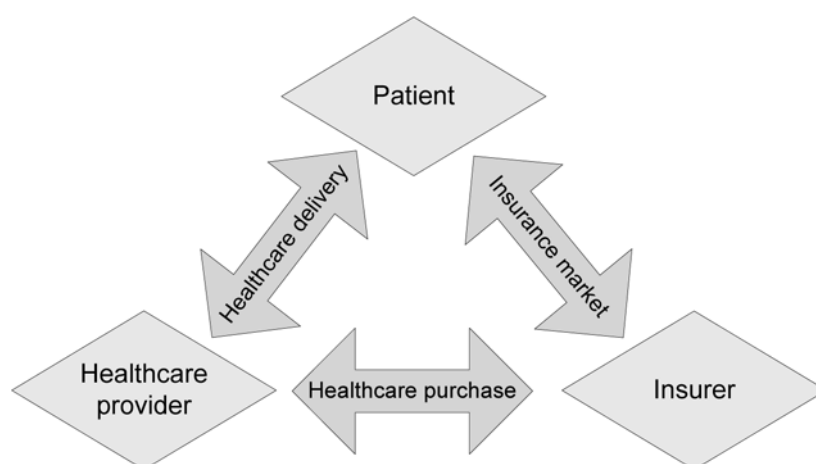
Neue Krankenversicherung in den Niederlanden: Einige Erfahrungen seit der Einführung vor fünf Jahren

1. Einführung

In diesem Beitrag werden in Kürze die fundamentalen Änderungen des Krankenversicherungssystems in den Niederlanden erläutert. Diese sind auf das neue Krankenversicherungsgesetz aus dem Jahre 2006 zurückzuführen. Mit diesem Gesetz wurde der Parallelität der gesetzlichen Krankenkassen mit den privaten Versicherungen ein Ende gesetzt. Seitdem gibt es nur noch eine privatrechtliche soziale, wenn auch gesetzliche Basisversicherung. Mittlerweile können wir auf die Erfahrungen von fünf Jahren zurückblicken. Diese bisherigen Erfahrungen sind der Schwerpunkt dieser Ausführungen, mit denen auch ein kurzer Ausblick für die Zukunft verbunden ist.

2. Wettbewerb im Gesundheitswesen

Mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (Zorgverzekeringswet (Zvw); Januar 2006) und des Gesetzes über die Marktordnung der Gesundheitsversorgung (Wet Marktordening Gesundheits-



zorg (Wmg); im Oktober 2006) wurde eine fundamentale Änderung der Lenkungsphilosophie des niederländischen Gesundheitswesens eingeführt. Die Änderungen bezwecken in erster Linie, dass Bürger, Leistungsanbieter und Krankenversicherer mehr Verantwortlichkeit bekommen und übernehmen müssen. Früher steuerte der niederländische Staat stark von oben, z. B. die Budgetierung der Leistungsanbieter und auch die Bewilligung und Festlegung der Zahl systemisierten Spitalsbetten. Im neuen System spielt das Konzept eines „regulierten Wettbewerbs“ eine zentrale Rolle. In diesem System gibt es drei Gruppen von Akteuren: Patienten/Konsumenten, Anbieter und Versicherer und damit drei Märkte.

Der Konsument spielt eine wichtige Rolle. Er wählt seine Versicherer und die Versicherer werben um seine Gunst (Versicherungsmarkt). Der Konsument wählt seinen Versicherer aufgrund seines Vertrauens in die Qualität seiner Dienstleistungen und seiner Vertragspartner: die Leistungs-

anbieter im Gesundheitswesen (Leistungsanbietermarkt).

Der Versicherte wählt auch den Leistungsanbieter und die Anbieter werben um seine Gunst (Leistungslieferungsmarkt). Die Leistungsanbieter werben auch um die Gunst der Versicherer (Vertragspartnermarkt).

Der Staat sorgt dafür, dass das Gesundheitswesen finanzierbar ist und dies auch langfristig bleibt, zugänglich und qualitativ gesichert ist. Der Staat also, bestimmt das Spielfeld und die Regeln, spielt aber selbst nicht mit.

Der Staat hat für das Funktionieren des Gesundheitswesens eine institutionelle Struktur errichtet. Neben dem Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport, gibt es eine Anzahl von (meist öffentlich-rechtlichen) Einrichtungen im und rund um das Gesundheitswesen. Die Tabelle 2.1 gibt einen Überblick:

Das NZa hat mit diesen Organisationen Vereinbarungen getroffen, um Informationen untereinander auszutauschen und um

¹ Dr. M.E. Homan und Dr. S. Koopman sind Vorstandmitglieder und Senior Mitarbeiter des NZa (Behörde für das Gesundheitswesen). Im Rahmen einer mit Unterstützung der Österreichischen Botschaft in Den Haag von Prof. Dr. Alfred Radner geleiteten Gesundheitsmanagement-Delegation haben die beiden Experten des niederländischen Gesundheitswesens und dessen Aufsichtsbehörde neue Aspekte vermittelt, die auch für österreichische Fachleute interessante Schlüsse ermöglichen kann. Nachdruck aus: „Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung“, 64 Jg., Ausgabe 4/2011, S. 213-223

ÜBERBLICK

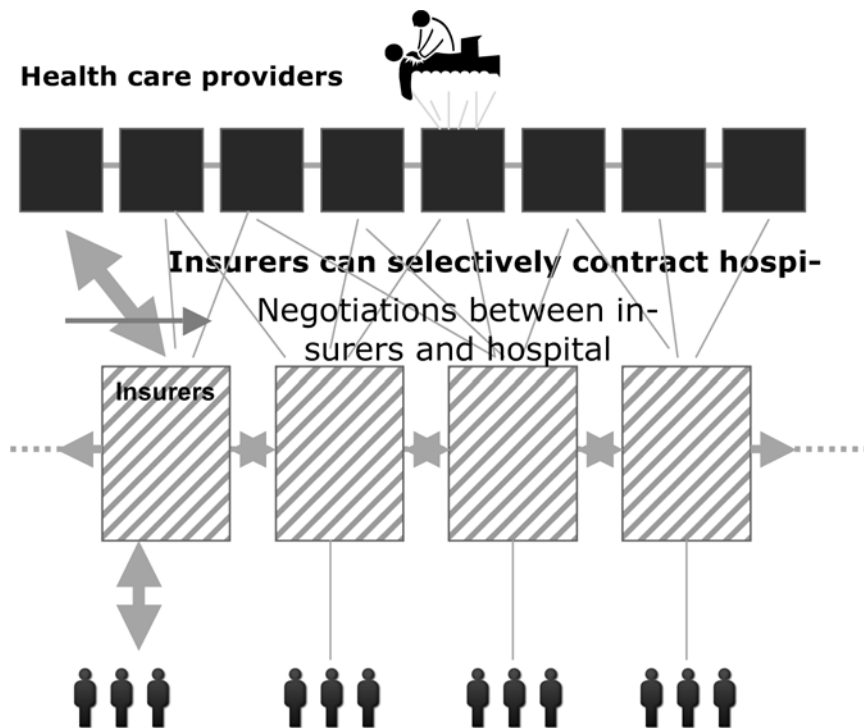


Tabelle 2.1: Einrichtungen und ihre Aufgaben

Einrichtung	Aufgaben
DNB (Die Niederländische Zentralbank)	<ul style="list-style-type: none"> • Solidität Versicherer
CVZ (Kollegium für Krankenversicherungen)	<ul style="list-style-type: none"> • Versicherte Leistungen • Internationale Verträge • „Gemoedsbezwaarden“ • Unversicherte • Nichtzahler
IGZ (Niederländische Gesundheitsbehörde)	<ul style="list-style-type: none"> • Qualität der Anbieter
NMA (Aufsichtsbehörde für Wettbewerb)	<ul style="list-style-type: none"> • Wettbewerb allgemein • Konzentration
NZa (Behörde für das Gesundheitswesen)	<ul style="list-style-type: none"> • Preisregulierung Dienstleistungen Anbieter • Wettbewerb Gesundheitswesen • Aufsicht Rechtmäßige Ausführung Zvw Finanzielle Rechtmäßigkeit, rechtmäßige Ausführung und Zweckmäßige Ausführung AWBZ Transparenz und irreführende Werbung Abrechnungskontrolle

zu verhindern, dass Doppel- und Mehrgleisigkeiten zwischen Anbietern und Versicherern sowie Prüfungsmaßnahmen von zwei oder mehreren Organisationen unterbleiben. Trotzdem beschweren sich immer wieder Anbieter und Versicherer über die nicht ganz zu vermeidende Mehrgleisigkeit des Kontrollsystems. Eine fundamentale Änderung ist jedoch in absehbarer Zeit nicht zu erwarten.

In den verschiedenen Märkten gibt es noch viele Probleme und Hindernisse, die aus der Welt geschafft werden müssen. Eine wichtige, aber auch immense, Aufgabe vor allem für die NZa.

In diesem Beitrag fokussieren wir den Versicherungsmarkt und die wichtige Rolle des Versicherers.

3. Das niederländische Krankenversicherungssystem in Kürze

In den Niederlanden besteht das Krankenversicherungssystem aus drei Segmenten. Tabelle 3.1 gibt darüber eine kurze Zusammenfassung.

Die grundlegenden Änderungen des zweiten Segments im Jahre 2006

Bis 2006 gab es in den Niederlanden sowohl Krankenkassen (67 % der Bevölkerung war bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert) als auch private Krankenversicherungen (33 % Versichertenanteil). Ab 2006 gibt es nur noch eine Basisversicherung für jedermann.

Wichtig ist festzustellen, dass diese Basisversicherung eine privatrechtliche Versicherung ist und daher dafür die europäischen Richtlinien für Schadensversicherungsunternehmen Geltung haben. Aufgrund dieser Richtlinie ist es nicht ohne weiters zulässig, für Versicherte soziale Elemente in rahmengesetzlichen Vorschriften zu erlassen. Auf der Grundlage einer Korrespondenz mit der EU und unter

Berufung auf eine in der Richtlinie enthaltene Ausnahmebestimmung hat die Niederländische Regierung das privatrechtliche Gesetz zur Regelung der Sozialversicherung für die medizinische Versorgung der Gesamtbevölkerung erlassen. Somit finden auch internationale Abkommen auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit Anwendung.

Die wichtigsten sozialen gesetzlich geregelten Grundbedingungen sind folgende:

• **Das Gesetz bestimmt den versicherten Leistungsumfang**

Die Regierung legt die Leistungen der gesetzlich sozialen Krankenversicherung (AWBZ und Zvw) fest. Die Krankenversicherer übernehmen diese in ihre Versicherungsbedingungen. Die NZa prüft, ob dies umfassend und korrekt umgesetzt wird. Das heißt, ob die Versicherungsbedingungen nicht mehr, aber auch nicht weniger als die gesetzlich festgelegten Leistungen und andere gesetzliche Verpflichtungen enthalten.

• **Natura- oder Rückerstattungsversicherung**

Bis 2005 gab es zwei Arten von Versicherungen in den Niederlanden. Eine gesetzliche, öffentlich-rechtliche Krankenversicherung oder eine private Krankenversicherung. Die gesetzliche Krankenversicherung war für eine bestimmte Zielgruppe obligatorisch. Es war eine Sachleistungsversicherung. Die Kosten der Krankenbehandlung wurden direkt zwischen der Krankenkasse und dem Leistungsanbieter abgerechnet. Die private Krankenversicherung war eine „Rückerstattungsversicherung“. Der Versicherte hatte vorerst die Krankenbehandlungsleistungen beim Anbieter selbst zu bezahlen und erhielt von seinem Versicherer die Kosten erstattet. Für die Versicherer bestanden unterschiedliche Leistungspflichten (Zorgpflicht). Beim Sachleistungsprinzip muss der Versicherer die Leistungen in natura vom Ver-

Tabelle 3.1: Die Segmentierung des niederländischen Krankenversicherungssystem

Segment 1	AWBZ (Algemene wet bijzondere ziektekosten (Allgemeines Gesetz für besondere Krankheitskosten))
Charakter	Öffentlich-rechtlich
Leistungen	Pflege zu Hause, Aufnahme im Wohnheim, Pflegeheim, Einrichtung für körperlich oder geistig Behinderte sowie langjährige psychiatrische Hilfe
Euro (x 1.000.000)	23.000
Beitragshöhe	Einkommensabhängig, im ersten Steuersatz enthalten
Segment 2	Zvw (Basisversicherung) (Zorgverzekeringswet (Krankenversicherungsgesetz))
Charakter	Privatrechtlich
Leistungen	Medizinische Versorgung, Heilmittel, Mutterschaftshilfe, Pharmazeutische Leistungen, Hilfsmittel, Zahnärztliche Behandlung (bis 21 Jahre), Krankenhausaufenthalt, Krankentransport
Euro (x 1.000.000)	33.000
Beitragshöhe	Pauschalbeitrag (etwa 50%) - wird von Versicherten direkt an Versicherer bezahlt Einkommensabhängige Prämien (auch etwa 50%) - via Steuer, de facto bezahlt durch Arbeitgeber
Segment 3	AV (Aanvullende verzekering (Zusatzversicherung))
Charakter	Privatrechtlich
Leistungen	Diverses (zum Beispiel zahnärztliche Behandlung ab einem Alter von 22 Jahren)
Euro (x 1.000.000)	3.000
Betragshöhe	Pauschalbeitrag

tragspartner erbringen lassen oder erbringt sie selbst. Beim Rückerstattungs-system hat der Versicherer nur eine Zahlungspflicht. Darüber hinaus war der private Versicherer noch zu einer Leistungsvermittlung gesetzlich verpflichtet, wenn der Versicherte

darum ersucht hat.

Im Jahr 2006 wurde der Unterschied zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Versicherung beseitigt. Um beide Optionen offen zu halten, sind im neuen Gesetz beide Arten von Versiche-

rungen (Sachleistungsprinzip oder Rückerstattung) möglich. Eine kombinierte Versicherung, das heisst, teilweise Sachleistung und teilweise Rückerstattung ist auch möglich.

Die derzeitigen Krankenversicherer bieten in der Regel beide Arten an. Es liegt am Verbraucher zu wählen. Zu Beginn des neuen Systems im Jahr 2006 gab es über dieses Thema viel polemische und politische Diskussionen. Die Rückerstattungsversicherung bietet dem Versicherten die Möglichkeit, den Leistungsanbieter seiner Wahl in Anspruch zu nehmen. Beim Sachleistungsprinzip wird seine Wahl beschränkt durch die vorangegangene Vertragspartnerauswahl des Versicherers. Manche fanden und finden Letzteres unakzeptabel. Wie sich in der Zwischenzeit herausstellte, ist de facto der Unterschied gering, weil alle Versicherer für die Sachleistungsversicherung mit allen Anbietern Vereinbarungen eingehen und so (noch) nicht den Versichertenstrom aktiv lenken. Wie schon darauf hingewiesen wurde, hat im neuen Versicherungssystem der Wettbewerb eine wichtige Rolle. Kostenvorteile sollen durch eine effiziente Verwaltung erreicht werden und der Wettbewerb soll Versicherer dazu anregen. Aber die Kosten des Gesundheitswesens sind nicht so sehr die Kosten der Verwaltung, sondern vielmehr die Kosten der Krankenbehandlung. Auch hier hat der Versicherer eine wichtige Rolle. Er soll effiziente und effektive Leistungen für seine Versicherten durch seine Vertragspartner bereitstellen. Dazu soll der Versicherer privatrechtliche Vereinbarungen mit Leistungsanbietern abschließen. Bei einer reinen Rückerstattungsversicherung gibt es diese Vereinbarungen (meistens) nicht. Der Versicherer spart sich dabei die Kosten des Vertragsabschlusses, verzichtet aber auf Einsparungen bei den Behandlungskosten. Aus der Perspektive des neuen Versicherungssystems sind die Sachleistungsver-

sicherungen und die dazugehörige gezielte kostengünstige „Kontraktierung“ der Leistungsanbieter sehr wichtig. Zusätzlich ist es wichtig, dass die Versicherer ihren Versicherten auch tatsächlich zu den Präferenzenanbietern lenken.

- **Verpflichtung, eine Basisversicherung abzuschließen**

Alle Einwohner der Niederlande und diejenigen, die nicht in den Niederlanden wohnen, aber lohnsteuerpflichtig in den Niederlanden sind, sind verpflichtet eine Basisversicherung abzuschließen. Dabei sind sie frei in der Wahl des Versicherers. Juridisch gesehen handelt es sich um eine privatrechtliche Vereinbarung zwischen dem Versicherten und dem Versicherer. Wenn jemand die Verpflichtung zum Abschluss der Basisversicherung mit einem Versicherer nicht einhält, dann ist dies ein Vergehen, das mit einem Bußgeld (130 % des Pauschalbeitrags) geahndet wird. Eine Ausnahmemöglichkeit besteht für die ‘Gemoedsbezwaarden’. Personen, die aus Glaubens- und Gewissensgründen keine Versicherung abschließen wollen, brauchen sich nicht zu versichern, aber sie müssen sich melden und statt eines Versicherungsbeitrags eine Extrasteuer bezahlen. Mit dem Geld wird ein persönliches „Sparkonto“ angelegt. Diese Personen können ihre Rechnungen für Krankenbehandlung an das CVZ (College voor Zorgverzekeringen) einschicken, die dann aus ihrem persönlichen Sparkonto bezahlt werden.

- **Kontrahierungszwang der Versicherer**

Wie bereits ausgeführt wurde, muss jeder Niederländer eine Basisversicherung abschließen. Wenn jemand sich beim Versicherer seiner Wahl meldet, dann ist dieser Versicherer verpflichtet, mit dieser Person eine Vereinbarung einzugehen. Diese Verpflichtung ist bedingungslos und es ist ausdrücklich untersagt,

jemanden aufgrund Alter, Geschlecht, Gesundheit usw. nicht zu akzeptieren. Übrigens bedeutet dies nicht, dass es verboten ist, um bestimmte spezielle Zielgruppen zu werben. Auch ist es möglich, im Rahmen der Kollektivversicherungen (dazu später mehr) Zusatzvereinbarungen zur Kollektivversicherung zu stellen.

- **Verbot zur Differenzierung des Pauschalbeitrags**

Die Höhe des Krankenversicherungsbeitrags bestimmt der Versicherer ohne Einmischen des Staates. Es ist gesetzlich dem Versicherer verboten, verschiedene Pauschalbeiträge für die gleiche Basisversicherung zu verlangen. Dies bedeutet, dass jedermann, der sich für eine bestimmte Basisversicherung anmeldet, den gleichen Pauschalbeitrag zu bezahlen hat. Auch hier ist dem Versicherer verboten, nach Alter, Gesundheit und/oder Geschlecht zu differenzieren. Dieses Verbot kann dazu führen, dass Unterschiede in der Zusammensetzung ihrer Versicherten sich nachteilig auf die Marktposition der Versicherer auswirken. Ein Versicherer zum Beispiel mit relativ viel älteren Personen und damit zusammenhängend höheren Kosten ist viel ungünstiger im Wettbewerb, als ein Versicherer mit relativ vielen jungen Versicherten. Weil es aber den Versicherer verboten ist, einen höheren Beitrag von älteren Versicherten zu verlangen, wurde ein Ausgleichsmechanismus geschaffen. Dies erfolgt in den Niederlanden folgendermaßen: Jeder Versicherer muss einen Anteil seiner eingenommenen Prämien in einen Topf, den Krankenversicherungsfonds, abführen. Diese Mittel werden dann auf der Grundlage des Risiko-Profiles des Versicherers dem Versicherer zugeteilt. Ein Versicherer bekommt für einen älteren Versicherten mehr Geld aus dem Topf als

für junge Versicherte. Aufgrund dieses fortschrittlichen, aber komplexen Ausgleichsmechanismus wird verhindert, dass Versicherer ungewünschte Wettbewerbsnachteile haben und damit das unerwünschte Auswählen von Versicherten mit einem günstigen Risiko-Profil vorgebeugt wird, weil damit ein „level playing field“ geschaffen wird. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass damit nicht beabsichtigt ist, andere Wettbewerbsvorteile, z.B. niedrige Sätze wegen einer effizienten und kostengünstigen Verwaltung oder Vorteile durch günstige Vertragspartnervereinbarungen mit den Anbietern zu konterkarieren. Im Gegenteil ist es wichtig, dass Versicherer sich unterscheiden und dies zu Unterschieden in den Versicherungsbeiträgen führt. Es ist der Konsument, der für sich den optimalsten Versicherer mit dem besten Preis/Qualitätsverhältnis wählt und so die Versicherer zu einem scharf kalkulierten Management zwingt.

• **Kollektivversicherungen**

Ein wichtiges Element des neuen Krankenversicherungssystems ist die Möglichkeit für die Versicherer, sogenannte „Kollektivversicherungen“ anzubieten. Traditionell gab und gibt es Arbeitgeber, die ihren Mitarbeitern die Möglichkeit einer Kollektivversicherung beizutreten, bieten. Damit ist manchmal ein Abschlag auf die Prämie oder eine Kombination mit einer spezifisch günstigen Zusatzversicherung verbunden. Dieses Kollektiv ist nur für die Mitarbeiter und deren Familienmitglieder zugänglich und ist daher in diesem Sinn eine Art Ausnahme von der allgemeinen Verpflichtung, alle Versicherten zu akzeptieren. Voraussetzung dafür ist, dass die der Kollektivversicherung zugrunde liegende Police für jedermann zugänglich ist, aber ohne die Vergünstigungen (z.B. Rabatt).

Das Gesetz begrenzt die Möglichkeit einen Rabatt von 10 % auf die Prämie zu geben. Sonst enthält das Gesetz wenig Regelungen zu Form und Inhalte der Kollektivversicherungen. In der Praxis bedeutet dies, dass zusätzlich zu den traditionellen Arbeitgeberkollektiven eine große Anzahl anderer Kollektivversicherungen entstanden sind, wie z.B. eine Kollektivversicherung für Mitglieder einer Gewerkschaft, für Mitglieder eines Sportverbandes usw. Es gibt sogar eine Kollektivversicherung für Kunden einer Drogeriekette (Kruidvat-Versicherung).

• **Selbstbeteiligung**

In den Zvw gibt es derzeit zwei Arten von Selbstbeteiligungen. Es gibt eine gesetzlich festgelegte Selbstbeteiligung (2011: 165 Euro) für jeden Versicherten. Keine Selbstbeteiligung gibt es bei Inanspruchnahme eines Allgemeinmediziners, da diese Leistung ohne finanzielle Hindernisse verfügbar und zugänglich sein soll. Es gibt eine beschränkte Anzahl von zusätzlichen freiwilligen Selbstbeteiligungen in der Höhe von 100, 200, 300, 400 oder

500 Euro. Diese Niveaus sind im Gesetz festgelegt, damit sich die angebotenen Varianten leichter miteinander vergleichen lassen.

• **Wechsel des Versicherers**

Jeder Niederländer hat die Verpflichtung, eine Basisversicherung bei einem Versicherer eigener Wahl abzuschließen. Der Versicherer hat jeden, der mit ihm einen Vertragsabschluss will, zu akzeptieren. Ein wichtiges Element des neuen Systems ist der Wettbewerb. Der Verbraucher wählt seine Versicherer und muss wechseln können. Im Gesetz ist daher festgelegt, dass jeder Versicherte am Ende eines jeden Kalenderjahres seinen Versicherer wechseln kann. Zum Beispiel, wer mit der Dienstleistung seines Versicherers unzufrieden ist oder ein attraktiveres Angebot von einem anderen Versicherer bekommt, kann ohne jede Beschränkung wechseln. Die Versicherer haben gemeinsam einen sogenannten „Wechselservice“ eingerichtet, um das Wechseln so einfach wie möglich zu machen. Allerdings ist anzumerken, dass es bei einer Zusatzversicherung keinen gesetz-

Tabelle 4.1: Beschreibung von dem Versicherermarkt

	2005	2006	2010
Marktanteil c1 (%)	Nb	26	29
Marktanteil c4 (%)	Nb	75	88
HHI a)	1.346	1.625	2.111
Concerns (#)	Nb	14	11
Versicherer (#)	57 b)	33	28
Labels (Polizzen) (#)	Nb	55	57

a) HHI ist der Herfindahl-Hirschman-Index und vergleicht die Summe aller Marktanteile im Quadrat

b) 22 Krankenkasse und 35 private Versicherer

nb Nicht bekannt

ÜBERBLICK

Tabelle 4.2: Übersicht über die abgeschlossenen Basisversicherungen

	2005	2006	2010
Labels (Polizzen) (#)	Nb	55	57
Art der Polizzae (#)			
– Natura		12	15
– Ruckerstattung		17	17
– Kombination beider		26	25
Gewählt von Versicherten (%)			
– Natura	66	68	49
– Ruckerstattung	33	15	19
– Kombination beider		17	32
		100	100
Kollektive Versicherungen (%)			
– Marktanteil	30	46	64
– Nachlass		6,6	7,3
– Arbeitgeber	100	67	62
– Patienten		1	1
– Sonstige		32	37
		100	100
Pauschalbeitrag (Euro)	Nb		
– maximum		1.172	1.239
– mediaan		1.073	1.158
– minimum		990	960
– range (max-min)		182	279
Freiwillige Selbstbeteiligung (%)	Nb		
– nein		95	95
– ja		5	5
davon			
– 100 Euro		32	26
– 200 Euro		18	17
– 300 Euro		10	12
– 400 Euro		3	3
– 500 Euro		37	42
		100	100
Ja Zusatzversicherung (%)		93	90
„Gemoedsbezwaarden“ (# x1.000) a)		12	12
Unversichert (# x1.000) a)		170	150
Nichtbezahler (#x1.000) a)		190	320

a) Quelle: CVZ, CBS

lichen Kontrahierungszwang gibt. Die Versicherer können (aber nur wenige machen es) den Zutritt verweigern. Die Versicherten haben daher die Möglichkeit, allenfalls ihre Zusatzversicherung beim alten Versicherer aufrecht zu erhalten. Das tatsächliche Wechseln oder die alljährliche Möglichkeit allein den Versicherer wechseln zu können bringt einen großen Anreiz für optimale Dienstleistungen und fördern somit den Wettbewerb der Versicherer.

4. Ausgewählte Erfahrungswerte seit der Neueinführung

Der NZa hat zwei Aufgabengebiete beim Versicherungsmarkt:

- (1) Beobachtung der Marktentwicklung und
- (2) Beaufsichtigung der Gesetzmäßigkeit der Zvw durch die Versicherer

In diesem Abschnitt wird ein Überblick über die Entwicklungen auf dem Versicherungsmarkt in den letzten fünf Jahren seit der Einführung des Zvw im Jahr 2006 gegeben, sowie die Ergebnisse der Aufsicht dargestellt.

Fünf Jahre Zvw: 2006-2010 Entwicklung der Marktanteile der Versicherer

Der Marktanteil des größten Konzerns (c1) ist etwas seit 2006 gestiegen. Der gemeinsame Marktanteil der vier größten Konzerns (c4) stieg deutlich von 75 % auf fast 90 % im Jahr 2010. Dies bedeutet, dass neun von zehn Niederländern jetzt bei einem dieser größten vier Konzerne versichert sind. Auch stieg der Herfindahl-Hirschmann-Index von 1.625 am Anfang auf 2.111 im Jahr 2010 an. Ab einem Wert von 1.800 ist von einem konzentrierten Markt die Rede.

Im Jahr 1990 waren etwa 120 Versicherer in den Niederlanden tätig. Diese Zahl ist bis 2005 (Jahr vor der Einführung des

Zvw) auf 57 gesunken. Die Einführung des Zvw hat zusätzliche Impulse an diesen Trend gegeben und vor allem eine große Anzahl von kleinen privaten Versicherungsgesellschaften sind seitdem nicht mehr als unabhängige Versicherer aktiv. Der Konsument kann seit 2010 aus 57 verschiedenen Polizzen wählen. 2010 wählte nur einer von zwei Versicherten eine reine Sachleistungsversicherung. 2006 waren das noch zwei von drei. Dieser Rückgang kommt insbesondere den sogenannten kombinierten Polizzen zugute, das heißt Polizzen mit teilweiser Sachleistung und teilweiser Rückerstattung. Etwa einer von fünf Versicherten wählt eine reine Rückerstattungsversicherung.

Das bedeutet, dass die Versicherer in vielen Fällen gezielt Leistungsverträge abschließen können. Aber, bis heute sind die Versicherer zurückhaltend beim Beschränken der Auswahl der Leistungsanbieter ihrer Versicherten. Die Versicherer schließen mit fast allen Anbietern einen Kontrakt, obwohl ein Ziel des neuen Versicherungssystems ist, dass die Versicherer mit ausgewählten Anbietern für ihre Versicherten mit günstigen Bedingungen Verträge abschließen, um so Kosten zu sparen und die Kosten des Gesundheitswesens zu senken.

Der Marktanteil der kollektiven Versicherungen ist sehr stark gestiegen. Mittlerweile haben sich zwei von drei Niederländern einem Kollektiv angeschlossen und profitieren so von einem Nachlass von durchschnittlich etwas mehr als 7 % (Maximum 10 %). Die Meisten sind im Kollektiv eines Arbeitgebers, aber auch sonstige Kollektive sind stark vertreten. Der Prämiennachlass beträgt durchschnittlich 7,9 % beim Arbeitgeberkollektiv, 5,9 % beim Patientenkollektiv und 6,4 % bei einem sonstigen Kollektiv.

Die Höhe des Pauschalbeitrags ist über die Jahre hinweg schlecht miteinander zu vergleichen, weil es viele Änderungen,

z. B. beim Inhalt des Leistungspaketes, gab. Die Differenz zwischen dem höchsten und niedrigsten Pauschalbeitrag hat in den letzten Jahren sehr zugenommen, weil es seit 2008 immer mehr sogenannte Internetpolizzen mit wenig persönlichen Dienstleistungen des Versicherers (der Versicherte wickelt viel selbst über Internet ab) mit einer sehr beschränkten Auswahl an Anbietern gibt. Diese Polizzen haben sehr niedrige Pauschalbeiträge (aber meistens noch sehr niedrige Marktanteile). Sehr wenige Versicherte (5 %) wählen eine freiwillige Selbstbeteiligung, aber wenn, dann meistens im großen Umfang (500

Euro). Pro 100 Euro freiwillige Selbstbeteiligung gibt es etwa 40 Euro Nachlass. Sehr viele, aber immer weniger, Versicherte nehmen auch eine Zusatzversicherung und wenn, dann meistens eine Versicherung mit weniger Barleistung als vor einigen Jahren. Eine „Sparstrategie“ ist bemerkbar.

Die Anzahl der ‚Gemoedsbezwaarden‘ ist unverändert bei rund 12.000 Personen. Die Anzahl der Nichtzahler (Personen mit einem Zahlungsrückstand beim Pauschalbeitrag von sechs Monaten oder mehr), ist rapide gestiegen und zwar von 190.000 im Jahr 2006 auf 320.000 vier Jahre spä-

Tabelle 4.4: Beschwerden und formelle Klagen beim SKGZ in 2009 *)

	Beschwerden	Klagen
Neu (#)	1.599	460
Behandelt (#), davon	1.600	450
– erfolgreiche Schlichtung (#)	831	
– Beschwerde => Klage (#)	350	
– Zwischenzeitliche Lösung (#)		53 (12 %)
– Honorierung (#)		55 (12 %)
– Ablehnung (#)		342 (76 %)
Themen: (%)		
– Versicherte Leistungen	61	66
– Pauschalbeitrag/Abwicklung Rechnungen	12	5
– Eigenleistungen/Selbstbeteiligung	8	3
– Ausland	7	16
– Akzeptierung	4	1
– Umgang mit Kunden	4	1
– Beendigung/Abmelden	3	3
– Sonstiges	1	4
	100	100

*) Jahresbericht 2009 Stiftung Beschwerden und Klagen Krankenversicherungen (Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)). Errichtet in 2006 durch den Verband des Fürsorgeversicherers und den Verband der Patientenvereine. Ziel war es um so das Beschwerden und Klagen einfach und ohne große Hindernisse zu ermöglichen.

Tabelle 4.5: Qualität der Versicherer *)

	2005	2006	2007	2010
Allgemein Urteil		7,7		7,9
Kundenservice		8,0		8,5
Abwicklung Rechnungen		9,0		9,3
Info allgemein		6,8		7,0
Info Bezahlungen		6,8		6,3
Umgang mit Kunden		8,8		9,0
Telefonische Erreichbarkeit		5,8		6,8
Änderung von Versicherer	3	18	4	4

*) 1 = „sehr schlecht“, 10 = „ausgezeichnet“

ter. Die Tendenz ist steigend. Die Zahl der Unversicherten ist zurückgegangen von 170.000 auf 150.000. Insgesamt geht es um etwa 2,5 % der 16,4 Mio. versicherten Personen. Die durch diese Personen verursachten Außenstände betragen etwa 400.000.000 Euro und untergraben damit die Solidarität im Versicherungssystem.

Beschwerden und formelle Klagen

SKGZ unterscheidet Beschwerden und formelle Klagen. Bei einer Klage ersucht der Versicherte um eine formelle Aussprache des SKGZ mit Anhörung und so weiter. Im Jahr 2009 wurden 1.599 Beschwerden eingereicht und 460 Klagen. Tendenz steigend. Im Jahr 2009 wurden 1.600 und 450 behandelt. Bei der Behandlung der Beschwerden setzt SKGZ in erster Instanz auf Schlichtung. Über 50 % der Beschwerden werden so erfolgreich zum Ende gebracht. Im Jahr 2009 haben 340 Versicherte beschlossen, ihre Beschwerden in eine formelle Klage umzusetzen. Drei von vier Klagen sind durch den SKGZ letztendlich abgelehnt worden.

Die meisten Beschwerden und formelle Klagen betreffen die versicherten Leistungen. Der Top vier ist hier die Behandlung im Allgemeinen, plastische Chir-

urgie, Hilfsmittel und Zahnheilkunde. Auch über die finanziellen Aspekte (Pauschalbeitrag, Abwicklung Rechnungen, Eigenleistungen und Selbstbeteiligung) und „Auslandskrankenbehandlung“ gibt es relativ viel Beschwerden und Klagen.

Beurteilung der Qualität der Versicherer

Im Niederländischen Krankenversicherungssystem ist es wichtig, dass der Versicherte seinen Versicherer frei auswählen kann und wenn ihm etwas nicht passt, er entweder ganz leicht und ohne große Hindernisse sich beschweren (SKGZ) oder zu einem anderen Versicherer wechseln kann. Ein wichtiger Grund einen neuen Versicherer zu suchen ist die Unzufriedenheit mit seinem Versicherer.

Im Allgemeinen sind die Versicherten mit ihrem privaten Krankenversicherer zufrieden und das Urteil fällt gut aus. Sie haben bei einer Befragung 8 von 10 positiven Punkten erhalten. Dies gilt insbesondere für Kundenservice, die Abwicklung von eingereichten Rechnungen und Behandlung Kunden. Weniger gut wird die Vermittlung von Informationen und die telefonische Erreichbarkeit beurteilt.

Vor und nach der Einführung des neuen Krankenversicherungssystems im Jahr

2006 wechselten und wechseln 3–4 % der Versicherten den Versicherer. Eine sehr große Ausnahme war Ende 2005/Anfang 2006 beim Auslaufen des alten und Einführung des neuen Systems festzustellen. Im Zeitpunkt der tatsächlichen Einführung des neuen Systems haben sehr viele (fast 20 %) Versicherte einen anderen Versicherer gewählt. Es fällt auf, dass bei Versicherten mit einer höheren Ausbildung, bei Einwohner größerer Städte und bei Familien mit Kindern diese Mobilität größer ist. Ältere Versicherte und Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand dagegen wechseln hingegen weniger.

Die wichtigsten Gründe für das Wechseln sind laut einer Umfrage die Höhe des Beitrages, die Leistungen der Zusatzversicherung und die Teilnahme an einer Kollektivversicherung. Versicherte die nicht gewechselt haben, geben als Gründe gute Dienstleistung des aktuellen Versicherers an.

5. Feststellungen der Aufsichtsbehörde NZa

Im Zuge seiner Tätigkeit als Aufsichtsbehörde hat der NZa festgestellt, dass 2006 die Versicherer die gesetzlichen Vorgaben in Bezug auf Differenzierungsverbot des Pauschalbeitrags, der Kollektivversicherung und der Akzeptanz richtig angewendet haben. Das gleiche gilt auch für die Folgejahre.

Im Jahre 2006 gab es vor allem Probleme in folgenden Bereichen:

- Versicherungsbedingungen
- Transparenz und irreführende Werbung
- Wechseln zwischen Versicherer
- EHC (European Health Insurance Card)

In der Zeit von 2007 bis 2010 hat sich auf diesem Gebiet vieles verbessert. Bei der Transparenz und irreführenden Werbung hat der NZa mehr Ordnung geschaffen durch Herausgabe einer Richtlinie, die jedes Jahr aktualisiert wird.

Das Wechseln zwischen Versicherer ist mittlerweile sehr einfach, weil die Ver-

sicherer einen „Wechselservice“ ins Leben gerufen haben. Wenn eine Person sich bei einem neuen Versicherer meldet, dann sorgt der alte Versicherer für das Abmelden beim alten Versicherer. Auch die European Health Insurance Card (EHIC) ist jetzt einfacher zu bekommen.

Die meisten Probleme liegen noch immer bei den Versicherungsbedingungen. Der NZa beurteilt vorab, ob die Bedingungen im Einklang mit dem Gesetz sind. Durchschnittlich werden die Bedingungen drei bis viermal dem Versicherer zur Verbesserung zurückgeschickt. Der NZa hat vor, in der Zukunft im Nachhinein und nicht mehr im Vorhinein eingereichte Versicherungsbedingungen zu prüfen und bei einem Verstoß über den Versicherer ein Bußgeld zu verhängen falls sich herausstellt, dass die Bedingungen nicht regelkonform sind. Dies in der Hoffnung, dass der Versicherer sorgfältiger bei der Ausarbeitung der Versicherungsbedingung ist und nicht probiert, ob diese bei der NZa durchgehen und bequem auf das Urteil und auf die Verbesserungsvorschläge des NZa's wartet.

6. Fazit und Agenda für die Zukunft

Wenn man vorsichtig nach fünf Jahren eine Bilanz des Zvw zieht, kommt man im Großen und Ganzen zu dem Ergebnis, dass das Versicherungssystem, so wie beabsichtigt, funktioniert. Dies hat eine gesetzlich vorgeschriebene Evaluation im Jahr 2009 bestätigt. Jedoch ein paar wesentliche Punkte müssen in den kommenden Jahren beachtet und fortentwickelt werden, um eines der wichtigsten Ziele, ein langfristig bezahlbares und solidari-

sches Sozialversicherungssystem sicherzustellen.

Durch die Einführung des neuen Versicherungssystems im Jahr 2006 – und auch schon in den Jahren davor war dies festzustellen – hat sich bei den Versicherern im hohen Maße ein Konzentrationstrend ergeben. Die vier größten Konzerne haben nunmehr fast 90 % des Marktes fest in Händen. In den Jahren 2006 und 2007 war der Wettbewerb vor allem auf den Preis gerichtet. Mit niedrigen Preisen versuchten Versicherer ihren Marktanteil zu behalten oder sogar zu vergrößern. Dies ging zum Teil zulasten der Rücklagen der Versicherer. In den letzten Jahren haben die Verluste jedoch in Gewinne umgeschlagen. Es ist natürlich für einen Versicherer ungesund, langfristig Verluste zu schreiben. Wenn weniger Versicherte den Versicherer wechseln und eine hohe Konzentration auf der Seite der Versicherer festzustellen ist, erhöht dies das Risiko eines zu geringen Wettbewerbs. Der NZa beobachtet deswegen den Versicherungsmarkt mit sehr viel Interesse und wird nicht zögern, mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln für die Erhaltung des Wettbewerbs vorzusorgen.

Ein wichtiger Mechanismus im neuen Versicherungssystem ist, dass durch den Druck des Wettbewerbs die Versicherer sehr kostenbewusst operieren. Ihre Verwaltungen sollen effizient geführt werden und auch sollen sie Leistungen von guter Qualität zu günstigen Bedingungen mit ihren Vertragspartnern sicherstellen. Die Versicherer sollten versuchen, die Versicherten zu diesen ausgewählten Präferenzanbietern mit einem guten Preis/Qua-

litäts-Verhältnis zu lenken, damit diese Leistungsanbieter zu optimalen und kostengünstigen Leistungen motiviert werden. Durch einen niedrigen Pauschalbeitrag und Dienstleistungen von hoher Qualität profitiert der Versicherte doppelt.

Leider muss man feststellen, dass die Versicherer noch zu wenig aktiv sind, insbesondere noch stärker kostengünstige und qualitativ gute Gesundheitsleistungen zu vereinbaren und die Versicherten gezielt zu diesen von Versicherern ausgewählten Anbietern zu lenken. Wenn sich das nicht ändert, dann stellt man sich früher oder später die Frage, ob man auf diesem Weg weitergehen soll und ob man die Regie allein den Versicherern überlassen kann.

Der NZa findet es in diesem Zusammenhang wichtig, dass der Ausgleichsmechanismus noch richtig überdacht wird und das z. B. die vielen ex post Ausgleichszahlungen abgeschafft werden. Diese Abschaffung würde bewirken, dass die Versicherer ein höheres eigenes Risiko haben und eventuelle Verluste nicht auf die anderen Versicherer und die Solidaritätsgemeinschaft abwälzen können. Es wird sicherlich noch einige Jahre dauern, bis diese ex post Ausgleichszahlungen abgeschafft werden können.

Autoren:

**Dr. M. Eitel Homan,
Dr. Siem Jan Koopman
Niederlandes Zorgautoriteit
(NZA)**

**Postfach 3017
3502 GA Utrecht**

Die strategische und wirtschaftliche Situation der GKV 3 Jahre nach Gesundheitsfonds und Morbi-RSA

Freitag, 13. Januar 2012, Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg

Veranstalter: Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V., Widenmayerstraße 29, 80538 München

Leitung und Moderation

Gerhard Schulte

Tagesablauf Symposium

9.30 Uhr	Registrierung der Teilnehmer	
10.00 Uhr	Zum Stand der Umsetzung der Koalitionsvereinbarung „Gesundheitspolitik“	Annette Widmann-Mauz Parlamentarische Staatssekretärin, BMG, Berlin
	Haben sich die Erwartungen bzw. Befürchtungen nach Einführung des Morbi-RSA realisiert?	Prof. Dr. Norbert Klusen TK, Hamburg und Uwe Deh AOK-BV, Berlin
	Kaffeepause	
	Gesundheitsfonds, Morbi-RSA, Zusatzbeitrag, Gefahr der Insolvenz und Schließung von Kassen, Dichtung und Wahrheit	Dr. Maximilian Gaßner BVA, Bonn
12.30 Uhr	Mittagspause	Für die Teilnehmer steht ein Imbiss bereit
13.30 Uhr	Innovationskraft der Krankenkassen und ihrer Vertragspartner	Dr. Christoph Straub BARMER GEK, Berlin und Dr. Ralph Ennenbach KVSH, Bad Segeberg
	Was bringen Individualverträge (§§ 73b, 73c, 140a ff SGB V) den Krankenkassen und ihren Versicherten?	Dr. Helmut Platzer AOK Bayern, München und Ulrich Weigeldt Deutscher Hausärzteverband, Berlin
16.00 Uhr	Ende des Symposions	

Mitgliederversammlung am 14. Januar 2012 in Hamburg

10.00 Uhr bis ca. 15.00 Uhr, Hotel SIDE, Drehbahn 49, 20354 Hamburg

Einladung und Tagesordnung werden den Mitgliedern der GRPG mit gesonderter Post zugesandt.