

Wirtschafts- und sozialpolitisches
Forschungs- und Beratungszentrum der
Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Wirtschaftspolitik

Reihe „GESPRÄCHSKREIS VERBRAUCHERPOLITIK“

Nr. 1

**Der geschröpfte Beitragszahler:
Verschwendung und Missbrauch im Gesundheitswesen –
hilft die aktuelle Reform?**

Eine Veranstaltung
der Friedrich-Ebert-Stiftung
am 11. Mai 2004
Berlin

Herausgegeben vom
Wirtschafts- und sozialpolitischen
Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Wirtschaftspolitik
Godesberger Allee 149, D-53170 Bonn
Umschlag: Pellens Kommunikationsdesign Bonn
Fotos: bonn sequenz/vario-press, Ulrich Baumgarten/vario-press,
Bernhard Classen/vario-press
Druck: Thenée Druck Bonn
November 2004
ISBN 3-89892-330-4

Der Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Der Gesprächskreis Verbraucherpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung will den kontinuierlichen Dialog über aktuelle und grundsätzliche verbraucherpolitische Themen fördern. An ihm sollen sich Entscheidungsträger, Meinungsbildner und Experten aus Politik, Administration, Verbänden, Wirtschaft, Medien und Wissenschaft beteiligen.

Ziel ist es, die Interessen von Verbraucherinnen und Verbrauchern gegenüber Politik, Wirtschaft und Gesellschaft zu unterstützen und den Stellenwert von Verbraucherpolitik – anhaltend – zu erhöhen. Verbraucherpolitik ist eine Querschnittsaufgabe und muss in allen Politikbereichen auf nationaler und internationaler Ebene verankert und gestärkt werden. Zu den zu behandelnden Themenbereichen gehören:

- Verbraucherschutz im Bereich Gesundheit/Ernährung
- Verbraucherschutz bei Finanzdienstleistungen
- Verbraucherschutz im Bereich Bauen, Energie, Umwelt, Verkehr
- Verbraucherschutz im Bereich Medien, Telekommunikation, Post
- Verbraucherschutz in sonstigen Wirtschaftsfragen

Sprecher des Gesprächskreises ist Martin Dörmann MdB,
SPD-Bundestagsfraktion, Mitglied im Bundestagsausschuss für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	
Auf einen Blick	1
Zusammenfassung und Politikempfehlungen	3
Einführung	11
Neue Herausforderungen für das deutsche Gesundheitssystem	11
Missbrauch und Verschwendung im Gesundheitswesen	12
Grundlegende Lösungsansätze der Gesundheitsform zur Bekämpfung von Missbrauch und Verschwendung	14
Forum I - Ärzte: Gratwanderung zwischen Berufsethos und einkommensorientiertem Handeln	15
Fehlentwicklungen auf der Arztseite	15
Die Schlüsselfunktion der Leistungserbringer	16
Eine breite Palette an Lösungsansätzen	17
Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen sichern	17
Weniger Verschwendung durch neue Versorgungsformen	19
Transparenz bei Leistungen und Kosten herstellen	21
Missbrauch bekämpfen durch bessere Patienteninformation	22
Fehlversorgung durch Patientenmitwirkung vermeiden	24
Forum II - Versicherte: Mangelndes Kostenbewusstsein, wenig Verantwortungsgefühl?	25
Missbrauch und Verschwendung auf Patientenseite	25
Bekämpfung von Verschwendung und Missbrauch bei Versicherten	28
Zuzahlung, Kostenerstattung und Bonussysteme	29
Forum III - Apotheker: Das Geschäft mit den Pillen	32
Verschwendung und Missbrauch bei verordneten Arzneimitteln	32
Prüfungen der Arzneimittelausgaben durch die Krankenkassen	33
Fehlversorgung und Risiken bei der Medikation minimieren	33
Kostensenkung durch die neue Apothekervergütung	35
Hausapothekenmodell	37
Forum IV - Pharmaindustrie: Innovationsdefizite – Scheininnovation und Sponsoring?	38
Verschwendung durch mangelnde Innovationen der Pharmaindustrie?	38
Pharma-Marketing: Täuschung und Fälschung?	39
Ineffizienz durch markt- statt krankheitsorientierter Forschung	42
Die Rolle der Zulassung	44
Mehr Schutz für Patienten durch Transparenz und Kontrolle	45
Ausblick	47
Moderation, Referenten, Tagungsplanung und -organisation, Dokumentation	48
Abkürzungen	50
Bisherige Publikationen und Veranstaltungen zu verbraucherpolitischen Themen	51

Vorwort

Das deutsche Gesundheitssystem wird immer teurer und seine Qualität ist in vielen Bereichen unzureichend und verbesserungsbedürftig. Darüber besteht weitgehende Einigkeit. Die Gründe hierfür sind äußerst vielfältig und liegen sowohl auf der Einnahmen- wie auf der Ausgabenseite.

In der öffentlichen Diskussion spielen Verschwendung und Missbrauch im Gesundheitswesen eine große Rolle. Zwar gibt es Faktoren, die einen größeren Einfluss auf die Kosten und die Qualität des deutschen Gesundheitswesens ausüben. Dennoch erscheint es sinnvoll sich mit dieser Thematik auseinander zu setzen. Denn hier lassen sich nicht unerhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven und Einsparpotenziale vermuten. Das deutsche Gesundheitswesen könnte deutlich kostengünstiger und qualitativ besser sein, wenn die eingesetzten Mittel effektiver verwendet würden. Bei einer durchgreifenden Gegensteuerung könnten die Beitragszahler nicht be-, sondern entlastet werden.

Die Friedrich-Ebert-Stiftung hat daher das Thema in ihrer Veranstaltung **„Der geschröpfte Beitragszahler: Verschwendung und Missbrauch im Gesundheitswesen – hilft die aktuelle Reform?“** am **11. Mai 2004** in **Berlin** aufgegriffen. Ziel der Veranstaltung war es, über geeignete Wege zur Eindämmung dieser Fehlentwicklungen nachzudenken. Außerdem sollte erörtert werden, inwieweit die entsprechenden Steuerungsansätze der aktuellen Gesundheitsreform ausreichen und welche weiteren Maßnahmen ergriffen werden sollten.

Die Diskussion hat deutlich gemacht, dass eine differenzierte Betrachtungsweise erforderlich ist und dass alle Beteiligten im Gesundheitswesen gefordert sind Verantwortung zu übernehmen um Verschwendung und Missbrauch zu verhindern. Übereinstimmend wurde festgestellt, dass strafrechtlich relevanter Missstand nur vereinzelt vorkomme und im Hinblick auf die Kosten nicht das Kernproblem darstelle. Erhebliche Unterschiede gab es dagegen bei der Einschätzung hinsichtlich des Ausmaßes wie auch der Verantwortung für die Verschwendung. Diese Kontroverse bestand in Bezug auf alle Beteiligten - Ärzte, Versicherte, Apotheker, Pharmaindustrie. Aus Sicht der Verbraucherschützer werden insbesondere die Beitragszahler „geschröpft“.

Kein Einvernehmen konnte dementsprechend bei den Lösungen erzielt werden, bei denen Anreize zu mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit und Eigenverantwortung im Vordergrund standen. Als zweiter Schwerpunkt zogen sich die Forderungen nach mehr Transparenz durch verbesserte Verbraucherinformation und Kontrolle durch alle vier Themenbereiche.

Unterschiedlich fiel auch die Beurteilung aus, ob die aktuelle Gesundheitsreform zur Bekämpfung von Missbrauch und Verschwendung geeignet sei. Einerseits wurde auf die vorhandenen Ansätze im Gesundheitsreformmodernisierungsgesetz (GMG) zur Verbesserung von Qualität, Effizienz und Transparenz verwiesen, insbesondere auf das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und die neuen Versorgungsformen wie Disease-Management-Programme, hausarztzentrierte und integrierte Versorgung mit Ausrichtung

auf leitlinienorientierte Medizin und verstärkter Koordinierung innerhalb des Gesundheitswesens. Andererseits wurde der Vorwurf erhoben, dass das Instrumentarium nur ungenügende Steuerungsfunktion habe und überwiegend der Kofinanzierung diene. Kosten würden auf die Patienten abgewälzt, wobei sozial Schwache besonders betroffen seien.

Der vorliegende Band dokumentiert die Ergebnisse der Tagung. Die Verantwortung für die Konzeption und Durchführung der Veranstaltung lag bei Diplom-Ökonomin Hannelore Hausmann, für das Tagungssekretariat bei Margit Durch, beide vom Wirtschafts- und sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Wirtschaftspolitik. Den Tagungsbericht verfasste Eva Günther, Consecoco Consult, Bonn.

Hannelore Hausmann

November 2004

Auf einen Blick

Entscheidend: Die systembedingte Verschwendung

Missbrauch kommt im Gesundheitssystem nach übereinstimmender Meinung nur vereinzelt vor und hat daher geringen Einfluss auf die steigenden Gesundheitskosten. Eine sehr viel größere Rolle spielt die im System angelegte Verschwendung, beispielsweise durch ungenügende Koordinierung von Behandlungen oder unnötige Doppeluntersuchungen. Sie führt zu Qualitätsdefiziten, unnötigen Ausgaben und suboptimaler Versorgung, insbesondere bei den chronischen Krankheiten.

Dissens über das Ausmaß und die Ursachen von Verschwendung

Schätzungen beziffern diese Mehrkosten auf 35 Mrd. €. Über das genaue Ausmaß der Verschwendung, die konkreten Ursachen und die Verantwortung der einzelnen Beteiligten - Ärzte, Versicherte, Apotheker, Pharmaindustrie - gehen die Einschätzungen jedoch weit auseinander. Einige Teilnehmer sehen die Hauptverantwortung bei Ärzten, Apothekern und der Pharmaindustrie, da sie das Angebot entscheidend beeinflussten. Andere Referenten halten den Versicherten massives Anspruchsdenken und fehlendes Kostenbewusstsein vor.

Schwerpunkt bei strukturellen Verbesserungen

Lösungsansätze zur Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Eigenverantwortung standen im Vordergrund der Diskussion. Aber auch hier konnte kein Konsens über die geeignetsten Instrumentarien erzielt werden:

Qualität und Wirtschaftlichkeit als Schlüssel für eine effizientere Gesundheitsversorgung

Ärzten und anderen Leistungsanbietern kommt die zentrale Rolle bei der Bekämpfung der Verschwendung zu. Die Gesundheitsreform hat dafür nach Aussagen der Befürworter entscheidende Grundlagen geschaffen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit und die leitlinienorientierte Medizin sind wichtige Instrumente zur Verbesserung der Qualität. Die neuen Versorgungsformen wie hausarztzentrierte Versorgung oder strukturierte Behandlungsprogramme sind Beispiele für eine effizientere Koordination einzelner Therapien. Der intensivere Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern zielt auf mehr Wirtschaftlichkeit.

Eigenverantwortung und Transparenz zur Stärkung der Patientenseite

Die Forderung nach mehr Transparenz durch verbesserte Verbraucherinformation und Kontrolle zog sich als zweiter Schwerpunkt durch alle Themenbereiche. Maßnahmen wie die Patientenquittung und die Gesundheitskarte, die Kosten und Leistungen offen legen, reichen jedoch nach Ansicht der Patientenvertreter nicht aus. Um Patienten eine eigenverantwortliche, an ihren Interessen orientierte Entscheidung zu ermöglichen, fordern sie objektive Informationen, z. B. über Behandlungsangebote und die Qualität der neuen Versorgungsmodelle. Sehr umstritten waren die finanziellen Ansätze der Gesundheitsreform wie Zuzahlungen und Boni. Die Kritiker bemängeln, dass sie bei medizinisch notwendigen Maßnahmen keine Steuerungsfunktion ausüben könnten, sondern weitgehend nur der Kofinanzierung dienen.

Apotheken: Ausgabenkontrolle und Risikominimierung

Apotheken haben 2003 mit den Krankenkassen 26,5 Mrd. € abgerechnet. Ein erheblicher Anteil ist nach Auffassung der Kritiker unnötig, falsch oder zu teuer. Eine Folge: Schätzungsweise 4 000 Tonnen Medikamente im Wert von mindestens 2 Mrd. € landen jährlich auf dem Müll. Als Gründe angeführt werden die bisherige Festsetzung der Arzneimittelpreise, die Verordnung teurer anstelle wirtschaftlicher Arzneimittel durch Ärzte oder die fehlende Befolgung ärztlicher Anweisungen durch Patienten. Als Instrumente zur Vermeidung dieser Fehlentwicklung werden die Ausgabenkontrolle der Krankenkassen, die neue Apothekervergütung und die Beratung in Apotheken diskutiert. So können Kassenprüfungen die ärztlichen Verordnungen analysieren und Einsparpotenziale, problematische Kombinationen oder Missbrauch aufdecken. Die neue, weitgehend preisunabhängige Apothekervergütung wirke kostendämpfend, da sie den Anreiz zur Abgabe teurer Arzneimittel spürbar senke. Die Beratung der Apotheker könne Probleme wie unerwünschte Wechselwirkungen oder Doppelverordnungen entdecken.

Scheininnovationen in der Pharmabranche?

Der Pharmaindustrie wird Innovationsschwäche vorgeworfen. Die Forschung sei am Gewinn orientiert, nicht an der Bekämpfung von Krankheiten. 92 % der neuen Wirkstoffe seien teure Scheininnovationen ohne Zusatznutzen für Patienten. Um dieses Defizit auszugleichen, setze sie korruptive und illegale Praktiken ein wie Datenmanipulation, Desinformation und finanzielle Beeinflussung von Entscheidungsträgern. Die Kritiker fordern ein umfangreiches Maßnahmenbündel, das von erhöhter Transparenz und Kontrolle, Stärkung der Patientenvertretung bis hin zum Zulassungsentzug reicht. Die Pharmaindustrie selbst sieht bereits heute eine hohe Transparenz und betrachtet sich als eine der innovativsten Branchen. Sie fordert bessere Rahmenbedingungen für die Forschung.

Wirkt die Gesundheitsreform?

Trotz ausführlicher Erörterung blieb es beim Dissens über die Wirksamkeit der Gesundheitsreform. Die Befürworter heben die zahlreichen Möglichkeiten zur Verbesserung von Qualität, Effizienz und Transparenz hervor und sehen darin ein effektives Instrumentarium zur Reduzierung von Missbrauch und vor allem Verschwendung. Die Kritiker stellen demgegenüber darauf ab, dass die Reform nur die bisherige, aus ihrer Sicht wenig effektive Politik der Kostendämpfung fortsetze und die Entsolidarisierung verschärfe.

Zusammenfassung und Politikempfehlungen

Das deutsche Gesundheitswesen steht unverändert vor großen Herausforderungen durch steigende Gesundheitskosten in Folge des medizinisch-technischen Fortschritts und der demographischen Veränderungen. Außerdem tragen Missbrauch und Verschwendung zu den hohen Gesundheitskosten bei. Nach Auffassung der Verbraucherschützer werden gegenwärtig insbesondere die Beitragszahler „geschöpft“.

Anhaltende Herausforderung durch steigende Gesundheitskosten

In der Diskussion wurde deutlich, dass nicht Betrug und das individuelle Fehlverhalten das wesentliche Problem bilden. Die entscheidende Rolle spielen vielmehr die im System angelegten Formen der Verschwendung. Dem Einvernehmen in dieser grundsätzlichen Beurteilung standen aber teilweise höchst kontroverse Einschätzungen zum Ausmaß und vor allem den Ursachen und den Lösungsmöglichkeiten in den unterschiedlichen Gesundheitssektoren gegenüber. Vertieft behandelt wurden diese Fragen in den vier Foren

Entscheidend: systembedingte Verschwendung

- Ärzte: Gratwanderung zwischen Berufsethos und einkommensorientiertem Handeln
- Versicherte: Mangelndes Kostenbewusstsein, wenig Verantwortungsgefühl?
- Apotheker: Das Geschäft mit den Pillen
- Pharmaindustrie: Innovationsdefizite – Scheininnovation und Sponsoring?

Dimensionen und Erscheinungsformen von Missbrauch und Verschwendung im Gesundheitswesen

Missbrauch kommt nur vereinzelt vor

Missbrauch ist die illegale, betrügerische Ausnutzung des Systems um sich zu bereichern. Formen des Missbrauchs sind:

Missbrauch spielt eine untergeordnete Rolle

- ▶ Ärzte oder Apotheker rechnen ärztliche Leistungen oder (teure) Medikamente ab, die nicht erbracht oder nicht geliefert wurden.
- ▶ Der Pharmaindustrie wird vorgeworfen, dass sie den Absatz ihrer Arzneimittel durch illegale Praktiken wie gezieltes Sponsoring und die Fälschung von Studienergebnissen beeinflusse.
- ▶ Versicherte können sich Vorteile durch irrtümliche Befreiungen von der Zuzahlung oder dem Verleih der Versichertenkarte verschaffen.

Nach Auffassung fast aller Beteiligten kommt dieser bewusste, strafbare Missbrauch im Gesundheitssystem aber nur vereinzelt vor und spielt bei den steigenden Gesundheitskosten eine untergeordnete Rolle.

Im Fokus: Systembedingte Anteile der Verschwendung

Systembedingte Verschwendung äußert sich in Über-, Unter-, Fehlversorgung

Entscheidend ist nach überwiegender Meinung die im System angelegte Verschwendung. Dabei werden Ressourcen falsch eingesetzt, die in anderer Verwendung mehr Nutzen stiften würden. Das Ergebnis sind Defizite in der Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens.

Verschwendung auf 35 Mrd. € geschätzt

Verschwendung äußert sich in strukturellen Überkapazitäten sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung. Insbesondere bei den chronischen Volkskrankheiten führt sie zu suboptimalen Behandlungen und unnötigen Ausgaben. Inzwischen hat die Verschwendung beträchtliche Dimensionen erreicht. Schätzungen gehen davon aus, dass im Gesundheitssystem rund 35 Mrd. €, damit jeder vierte Euro unnötig ausgegeben werden.

In der Diskussion konnte aber keine Einigkeit erzielt werden über das genaue Ausmaß, die Formen und Verursacher der Verschwendung, insbesondere in den unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens:

Ungenügende wissenschaftliche Absicherung und Koordinierung ärztlicher Leistungen

► Bei den ärztlichen Leistungen wird kritisiert, dass sie vielfach nur unzureichend wissenschaftlich abgesichert seien. Behandlungen von Haus- und Fachärzten sowie die ambulante und stationäre Versorgung seien ungenügend koordiniert. Dies führe zu Verschwendung durch unnötige Doppeluntersuchungen und nicht indizierte Leistungen. Als weitere Folgen werden Therapieabbrüche und vermeidbare Behandlungsfehler genannt. Symptomatisch seien internationale Spitzenwerte bei den Röntgenuntersuchungen, bei der Dauer der Krankenhausaufenthalte und der Zahl der Arztbesuche. Bei der Ergebnisqualität dagegen nehme Deutschland trotz hoher Kosten international keinen Spitzenplatz ein.

Dissens über Verschwendung durch Versicherte

- Die Einschätzungen der Verschwendung durch Versicherte gehen weit auseinander. Einerseits wird den Versicherten ein hohes Anspruchsdenken vorgehalten. Es sei zwar individuell rational, möglichst viele Leistungen zu beanspruchen. Gesamtgesellschaftlich führe dies jedoch zu Verschwendung, weil weniger Leistungen für eine erfolgreiche Therapie ausreichen. Die schlechte Befolgung ärztlicher Anweisungen, der Arzneimittelberg und die hohe Zahl von Erstbesuchen bei Ärzten verursache unnötige Mehrkosten.
- Vertreter der Verbraucherverbände und der Politik sehen dagegen, mit Ausnahme von Einzelfällen, keine Verschwendung bei Versicherten. Sie verweisen darauf, dass letztlich der medizinische Experte über die Therapie bestimme und damit die Gesundheitsleistungen verursache. Auch bei den „individuellen Gesundheitsleistungen“ (IgeL), die Patienten selbst bezahlen müssen, nutzten Ärzte teilweise die Unkenntnis der Patienten aus um sie zur Inanspruchnahme unnötiger Leistungen zu überreden.

- ▶ Nach Schätzungen landen in Deutschland jährlich 4 000 Tonnen verschriebener Medikamente im Wert von mindestens 2 Mrd. € auf dem Müll. Hinzu kommt die Fehlversorgung, etwa durch den Einsatz falscher Arzneimittel, aber auch das Verhalten der Beteiligten, z. B. Nichtbefolgung der ärztlichen Anweisungen (Non-Compliance).

Arzneimittelmüll

- ▶ Der Pharmaindustrie wird Innovationsschwäche vorgeworfen. Bei 92 % der neuen Wirkstoffe handle es sich um Scheininnovationen ohne Zusatznutzen für den Patienten. Um das Innovationsdefizit auszugleichen und die Gewinne zu steigern, würden korruptive und illegale Praktiken wie Datenmanipulation und Fälschung eingesetzt. Studienergebnisse würden gefälscht oder gar nicht veröffentlicht, kritische Meinungen unterdrückt, über Produkte werde desinformiert. Mit finanziellen Mitteln in Milliardenhöhe würden Entscheidungsträger in Fachgesellschaften und Berufsverbänden, Leitlinien-Autoren bis hin zu Selbsthilfeorganisationen beeinflusst.

Scheininnovationen, Fälschung und finanzielle Beeinflussung zur Gewinnsteigerung bei der Pharmaindustrie?

- ▶ Dagegen argumentiert die Vertreterin der pharmazeutischen Industrie anhand von Daten zu Forschung und Entwicklung sowie neu zugelassenen Arzneimitteln, dass die Pharmaindustrie zu den innovativsten Branchen gehöre. Sie äußert ihre Verwunderung über den Vorwurf der fehlenden Publizität, da die Fachinformationen den Fachkreisen zur Verfügung stünden. Außerdem veröffentliche die europäische Zulassungsbehörde Bewertungsberichte auf ihrer Homepage.

Ursachen von Missbrauch und Verschwendung

Die Motive für Missbrauch sind unterschiedlich. Sowohl die finanzielle Bereicherung wie auch persönliche Gründe, etwa Verzweiflung aufgrund einer Notsituation, können eine Rolle spielen.

Die Ursachen für die Verschwendung im Gesundheitswesen sind überwiegend systembedingt. Dabei wird allen Beteiligten vorgehalten, dass sie zu den bestehenden Defiziten beigetragen haben:

- ▶ Die Gesundheitsbranche ist ein Nicht-Markt, der sich nicht über das Verhältnis von Angebot und Nachfrage reguliere. Große Bedeutung werden dem fehlenden Preismechanismus und der Informationssymmetrie zwischen Arzt und Patient beigemessen. Auch sei der kranke Patient in aller Regel kein souveräner Konsument. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen werde daher weitgehend von den Anbietern bestimmt.

Nicht-Markt Gesundheitsbranche

Vernachlässigung von Qualitätssicherung auf Ärzteseite

- ▶ Ärztliche Behandlungsleistungen sind nach Auffassung der Kritiker vielfach unzureichend wissenschaftlich abgesichert und koordiniert. Ökonomische Anreize führten dazu, dass Patienten trotz mangelnder Kompetenz oder Zuständigkeit weiterbehandelt würden.
- ▶ Ärzte und andere Akteure, einschließlich Krankenkassen, hätten sich nicht ausreichend um Qualität und Effizienz gekümmert.

Freifahrermentalität der Versicherten durch Sachleistungs- und Solidarprinzip?

- ▶ Bei den Versicherten verleite das Sachleistungs- und das Solidarprinzip dazu, sich nicht mit den ökonomischen Folgen ihres Handelns auseinander zu setzen. Die Individualisierung des Nutzens bei kollektivierten Kosten führe zu einem Verantwortungsvakuum und einer Freifahrermentalität. Als Folge manifestiere sich Verschwendung in drei Verhaltensformen des Versicherten. Zum einen verhalte er sich risikoerhöhend, d. h. er habe kein gesteigertes Interesse an präventivem Verhalten, da mögliche gesundheitliche Schäden „kostenfrei“ abgedeckt seien. Zum anderen neige er zu preiserhöhendem Nachfrageverhalten. Danach würden nur teure Leistungen als gute Leistungen gesehen und in Anspruch genommen. Außerdem trete im Schadensfall ein mengenerhöhendes Verhalten auf nach dem Motto „Je mehr, desto besser“.

Ordnungspolitik als eine Ursache der Arzneimittelverschwendung?

- ▶ Die Verschwendung bei Arzneimitteln wird auf unterschiedliche Fehlsteuerungen und Fehlallokationen wie die Festsetzung des Arzneimittelpreises oder ärztliches Ordnungsverhalten mit der Verordnung teurer anstelle wirtschaftlicher Arzneimittel zurückgeführt. Sie beruhen z. T. auf ordnungspolitischen Regelungen. Patienten wird fehlende Compliance vorgeworfen.

Gewinn- statt krankheitsorientierte Pharmaforschung?

- ▶ Die Forschung der Pharmaindustrie sei am Gewinn orientiert, nicht an der Bekämpfung von Krankheiten. Aus Umsatzgründen würden vorrangig Life-Style-Produkte für Gesunde entwickelt. Für echte Krankheiten, gar in der 3. Welt, werde fast nicht geforscht.

Politikversäumnisse

- ▶ Die Politik habe ihre Hausaufgaben ebenfalls nicht immer oder nicht rechtzeitig gemacht (Beispiel: Abbau überflüssiger Krankenhausbetten). Mit der strikten Budgetierung habe sie überdies zur hermetischen Abschottung der Sektoren im Gesundheitswesen beigetragen, die viel Geld kostete.

Lösungsansätze und Politikempfehlungen

Auch bei den Maßnahmen standen die strukturellen Lösungsansätze im Vordergrund, insbesondere die Eignung der Gesundheitsreform zur Bekämpfung von Missbrauch und Verschwendung. Ausführlich diskutiert wurden die Ziele des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) mit den Schwerpunkten

Grundlegende Veränderungen des Gesundheitssystems

- ▶ die Qualität im Gesundheitswesen zu sichern,
- ▶ die Effizienz und Wirtschaftlichkeit zu steigern,
- ▶ die Transparenz zu erhöhen,
- ▶ die Patientenseite zu stärken und
- ▶ eigenverantwortliches Handeln zu ermöglichen.

In der Einschätzung der aktuellen Gesundheitsreform konnte jedoch zwischen den Beteiligten keine Einigkeit erzielt werden. Die Befürworter sehen zahlreiche Verbesserungsmöglichkeiten für Qualität, Effizienz, Transparenz und damit zur Bekämpfung von Betrug und Verschwendung durch falschen Einsatz von Ressourcen. Aus Sicht der Kritiker dagegen setzt das GMG nur die Reihe der wenig effektiven Kostendämpfungsgesetze und der Entsolidarisierung fort.

Qualität und Wirtschaftlichkeit bei Ärzten sichern

Nach überwiegender Auffassung liegt der Schlüssel für eine effizientere Gesundheitsversorgung bei den Ärzten und anderen Leistungsanbietern. Zentrale Ansatzpunkte sind die Verbesserung der Qualität, eine bessere Abstimmung und Kooperation sowie mehr Wirtschaftlichkeit durch intensiveren Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern.

Der Schlüssel liegt bei den Leistungsanbietern

Das GMG habe dafür mit zahlreichen Instrumenten wichtige Grundlagen geschaffen:

- ▶ Das neue Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und die Ausrichtung auf leitlinienorientierte Medizin zielen ab auf wissenschaftlich abgesicherten Qualitätsstandards und eine möglichst optimale Behandlung.
- ▶ Die Fortbildungspflicht soll sicherstellen, dass Ärzte ihr Fachwissen auf dem Laufenden halten.
- ▶ Die neuen Versorgungsformen liefern einen wichtigen Beitrag zur Kooperation und Abstimmung der Behandlungsschritte bei unterschiedlichen Ärzten und Einrichtungen sowie zur effizienteren Nutzung vorhandener Ressourcen. Dazu gehören die hausarztzentrier-

Das GMG hat wichtige Instrumente wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und die neuen Versorgungsformen geschaffen

ten Versorgungsmodelle, die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease Management Programme, DMP), die integrierte Versorgung, die medizinischen Versorgungszentren und die teilweise Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung.

- ▶ Das Fallpauschalengesetz hat bereits 2001 Mindestmengen für chirurgische Eingriffe im Krankenhaus festgelegt um die Qualität der Eingriffe zu verbessern und Komplikationen zu vermeiden. Ab 2005 müssen Krankenhäuser Qualitätsberichte veröffentlichen.

Qualität muss kontrolliert, kann aber nicht verordnet werden

Qualität könne aber nicht verordnet werden. Sie müsse vielmehr von den Akteuren als wichtig und sinnvoll anerkannt werden. Gleichwohl könne auf Qualitätssicherung nicht verzichtet werden. Sie müsse durch ein ex ante wirkendes Qualitätsmanagement, durch Fehlervermeidungsstrategien ergänzt werden. Die Politik wolle, könne und dürfe die Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht bis ins Detail normieren, sondern beschränke sich auf Rahmenregelungen und Anreize. Es müsse sich für die Leistungserbringer betriebswirtschaftlich auszahlen, wenn sie sich bei Verordnung und Abgabe von Gesundheitsleistungen makroökonomisch „vernünftig“ verhielten.

Transparenz verbessern und die Patientenseite stärken

Transparenz und Information erleichtern die Aufdeckung von Missbrauch und Verschwendung

Transparenz, die erweiterte Mitsprache und Eigenverantwortung werden als zentrale Handlungsfelder bei Versicherten diskutiert.

- ▶ Die Transparenz wird durch die Patientenquittung und die für 2006 geplante elektronische Gesundheitskarte erhöht. Sie legen die erbrachten Leistungen und ihre Kosten offen und erleichtern so die Aufdeckung von Verschwendung und Missbrauch.
- ▶ Objektive Informationen sind eine wichtige Voraussetzung um die Unterlegenheit der Patienten zu beseitigen und eigenverantwortliche Entscheidungen zu ermöglichen. Dies betrifft auch ihre neue Kundenrolle im wachsenden Markt der individuellen Gesundheitsleistungen, die Patienten selbst bezahlen.
- ▶ Die Verbrauchervertreter fordern außerdem Transparenz über die Qualität bei den neuen Versorgungsmodellen um medizinisch wenig sinnvolle „Light-Versionen“ der Programme zu verhindern.

Steuerungsfunktion der finanziellen Anreize in Frage gestellt

▶ Sehr umstritten waren die Anreize der Gesundheitsreform um das eigenverantwortliche Handeln, das Gesundheits- und Kostenbewusstsein zu fördern und so die Ausgaben zu verringern. Die Verbraucherseite und Teile der Politik stellen die finanziellen Instrumente wie Zuzahlungen und Boni in Frage. Eine Steuerung über Zuzahlungen sei nur dann wirkungsvoll,

wenn sie eine Inanspruchnahme von Leistungen verhindern könne. Dies sei aber bei medizinisch notwendigen Leistungen nicht möglich und sinnvoll. Sie sehen daher in diesen Fällen keine Stärkung der Eigenverantwortung. Es handle sich vielmehr um reine Ko-finanzierungsinstrumente.

- ▶ Aus der Wissenschaft wurden mehr individuelle Gestaltungsmöglichkeiten beim Absicherungs-niveau gefordert, gekoppelt mit mehr finanzieller Verantwortung. Solidarität müsse sich auf ihre originäre Funktion beschränken, die Unterstützung finanziell Überforderter.
- ▶ Zur Stärkung der Patienten hat das GMG die Patientenvertreter bei der Selbstverwaltung beteiligt und die Patientenbeauftragte eingeführt. Ergänzend fordert die Verbraucherseite runde Tische der Patientenbeauftragten zu den ‚Individuellen Gesundheitsdienstleistungen‘ sowie zu Qualitätssicherung, Behandlungsfehlern und Patientenrechten.

Patientenorientierte Entscheidungen durch Mitspracherechte

Ausgabenkontrolle bei verordneten Arzneimitteln

Die Ausgabenkontrolle, die Apothekervergütung und die Beratung in Apotheken standen im Mittelpunkt der Diskussion über Arzneimittel. Sie sollen verhindern, dass unnötige, falsche und zu teure Arzneimittel abgegeben werden.

- ▶ Angesichts eines Brutto-Apothekenumsatzes von 26,5 Mrd. € im Jahr 2003 zu Lasten der Krankenkassen hat die EDV-gestützte Ausgabenkontrolle hohe Relevanz. Bei der Prüfung steht die Korrektheit der Abrechnung im Vordergrund. Möglich seien weiter Abgleiche mit strukturellen Daten wie Richtgrößen und Durchschnittswerten. Zusätzlich werde das ärztliche Verordnungswesen analysiert. Dabei könnten Einsparpotenziale etwa durch Generika erfasst, Analysen zu umstrittenen Arzneimitteln und problematischen Kombinationen erstellt werden. Nicht zuletzt könne festgestellt werden, ob Verordnung und Arzneimittelabgabe überein stimmten und so Missbrauch aufgedeckt werden. Eine noch effizientere Prüfung werde die geplante Gesundheitskarte ermöglichen.
- ▶ Positiv wirke sich die neue, weitgehend preisunabhängige Apothekervergütung aus. Denn sie reduziere den wirtschaftlichen Anreiz für Apotheker zum Verkauf teurer Arzneimittel spürbar. In der Diskussion liegt ein Schwerpunkt auf dem von mehreren Teilnehmern als ungenügend empfundenen Preiswettbewerb bei frei verkäuflichen Arzneimitteln. In Frage gestellt wird auch die neue Apothekervergütung, die billige Medikamente verteuere und teure verbillige.

Die Ausgabenkontrolle bei Arzneimitteln spürt Einsparpotenziale auf und kann Missbrauch aufdecken

Die neue Apothekervergütung schafft Anreize zur Abgabe preisgünstiger Arzneimittel

Arzneimittelchecks können Fehlversorgungen aufdecken

- ▶ Bei der Abgabe von Medikamenten können Probleme wie unerwünschte Neben- und Wechselwirkungen, Kontraindikationen, alters- und geschlechts-atypische Medikation oder Doppelverordnungen entdeckt und gelöst werden. Grundlage für diesen Arzneimittelcheck bildet die Arzneimitteldokumentation mit wichtigen Patientendaten.

Scheininnovationen durch mehr Transparenz verhindern

Sehr kontrovers wurden die Möglichkeiten diskutiert bei der Pharmaindustrie Preiserhöhungen, die Entwicklung unnötiger Medikamente durch Scheininnovationen sowie die Beeinflussung von Entscheidungsträgern durch finanzielle Mittel zu verhindern.

GMG schränkt Möglichkeiten der Preiserhöhung durch Scheininnovationen ein

- ▶ Die Gesundheitsreform schränkt die Möglichkeiten der Pharmaindustrie ein die Preise für ihre Medikamente durch Scheininnovationen zu erhöhen. Die Preisfreigabe bei rezeptfreien Medikamenten und die Einführung des Versandhandels fördert den Wettbewerb.

Forderung nach Maßnahmenbündel von Zulassungsentzug bis zu schärferen Strafen

- ▶ Der Vertreter aus dem Antikorruptionsbereich schlägt ein Bündel von Maßnahmen vor. Für die Industrie gehören dazu ein Zulassungsentzug und Strafverfolgung bei Fälschung und Datenmanipulation, eine externe Korruptionskontrolle sowie eine Genehmigung von Studien. Bei den Behörden solle eine herstellerfreundliche Beschleunigung der Zulassung verhindert und eine hinreichende Prüfung der Langzeit-Sicherheit von neuen Wirkstoffen vor der Zulassung eingeführt werden. Um die Beeinflussung von Entscheidungsträgern durch Sponsoring zu verhindern, sollten Fachkreise, Selbstverwaltung und Selbsthilfe einer stärkeren Kontrolle unterliegen und Fehlverhalten sanktioniert werden.

Vertrauen herstellen durch Transparenz und Kontrolle

- ▶ Die Verbraucherseite fordert eine „ethische Verpflichtung“ der Anbieter von Gesundheitsleistungen. Vor allem die pharmazeutische Industrie müsse das häufig nicht mehr vorhandene Vertrauen wieder herstellen. Dies könne sich nur bilden durch Transparenz und Kontrolle. Daher sollten behördliche Maßnahmen wie die Zulassung von Arzneimitteln von Patientenseite nachprüfbar sein. Notwendig sei weiter ein Ausbau der Interessenvertretung der Patienten, damit das Gesundheitswesen nicht länger von Anbietern und Kostenträgern dominiert werde.

Forschungsanreize gesetzlich verankern

- ▶ Die Vertreterin der Pharmaindustrie sieht eine Notwendigkeit, die Anreize für die Entwicklung neuer Stoffe zu intensivieren, vor allem bei bekannten Stoffen und für kleinere Indikationen. Wichtig seien die gesetzlichen Rahmenbedingungen. Auch eine staatliche Forschung sei denkbar.

Einführung

Neue Herausforderungen für das Gesundheitssystem

Martin Dörmann MdB, Sprecher des Gesprächskreises Verbraucherpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Mitglied der SPD-Bundestagsfraktion und Mitglied im Bundestagsausschuss für

Weltweit eines der besten Gesundheitssysteme

Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft, betont, dass das deutsche Gesundheitssystem trotz mancher Missstände weltweit immer noch zu den besten gehöre. Das System der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) garantiere jedem Kranken unabhängig von Alter oder Einkommen die notwendige medizinische Versorgung. Diese Sicherheit sei aber leider nicht mehr selbstverständlich. Nicht nur die demographische Entwicklung und der technische Fortschritt stellten unser Gesundheitssystem vor große finanzielle Herausforderungen. Eines der größten Probleme sei, dass durch mangelnde Qualität und Koordination Milliarden für nicht erforderliche Maßnahmen ausgegeben würden.

Peter Schmidt, Gesundheitspolitischer Referent der Arbeitsgruppe Gesundheit und Soziale Sicherung der SPD-Bundestagsfraktion, konzediert, dass das Preis-Leistungs-Verhältnis unseres Gesundheitswesens ohne Zweifel nicht stimme. Man müsse sich aber davor hüten die GKV schlecht zu reden. Die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens brauche sich im internationalen Vergleich nicht zu verstecken. Es gebe auf der ganzen Welt kein Gesundheitssystem ohne Mängel. Man müsse sich unverzagt der Daueraufgabe stellen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der GKV zu verbessern.

Die GKV trotz Verbesserungsbedarf nicht schlecht reden

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach, Mitglied des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische

Die Ergebnisqualität muss stimmen

Epidemiologie der Universität zu Köln, führt aus, dass die Strukturprobleme, die der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen 2001 beschrieben habe, unverändert fortbestünden. Dies belegten neuere internationale Analysen. Danach gehöre Deutschland bei keiner der großen Volkskrankheiten wie Herz- und Krebserkrankungen in der Ergebnisqualität zur Spitzengruppe. Das deutsche Gesundheitssystem sei zwar nicht schlecht, die Bewertung der WHO mit Deutschland auf Platz 25 lehne er ab. Gleichzeitig dürfe jedoch nicht bagatellisiert werden, dass Deutschland trotz hoher Kosten in keinem Bereich einen Spitzenplatz einnehme. Entscheidend sei nicht die Strukturqualität. Auch die Ergebnisqualität müsse stimmen. Der Nachweis von ausreichenden Behandlungskapazitäten reiche daher nicht aus um die hohen Kosten zu rechtfertigen.

Das System müsse große Hürden nehmen. Die demographische Entwicklung und der medizin-technische Fortschritt erforderten einen Umbau der Strukturen und eine Neuausrichtung der Prioritäten, wenn nicht Ressourcen in großem Ausmaß verschwendet und das System unbezahlbar werden solle. Das GMG versuche daher Qualität und Effizienz systematisch zu verbessern.

Missbrauch und Verschwendung im Gesundheitswesen

Geringer Missbrauch, beträchtliche Verschwendung

Martin Dörmann MdB, SPD-Bundestagsfraktion und Sprecher des FES-Gesprächskreises Verbraucherpolitik, sieht hohen Gesprächsbedarf zu Verschwendung und Missbrauch im Gesundheitswesen. Es handle sich gleichzeitig um ein heikles Thema, weil niemand gerne zugebe an Verschwendung beteiligt zu sein. Auch könne bewusster Missbrauch nur einer Minderheit vorgeworfen werden. Gerade deshalb sei es notwendig die Probleme offen anzusprechen.

Internationale Spitzenwerte bei beanspruchten Leistungen

Die Dimensionen der Verschwendung seien beträchtlich. So landeten 4 000 Tonnen verschriebener Medikamente im Wert von mindestens 2 Mrd. € in Deutschland jährlich auf dem Müll. Komme ein Patient mit einer Diagnose vom Hausarzt, würden bereits durchgeführte Untersuchungen beim weiterbehandelnden Arzt oft wiederholt. Pro Jahr entfielen in Deutschland rund 1 250 Röntgenuntersuchungen auf 1 000 Einwohner. Nach Expertenschätzungen seien 120 Millionen Röntgenuntersuchungen überflüssig, also etwa jede dritte. Im internationalen Vergleich nehme Deutschland mit 6,3 Krankenhausbetten je 1 000 Einwohner den Spitzenplatz ein. Gleichzeitig dauere die Krankenhausbehandlung mit durchschnittlich 9,3 Tagen Verweildauer je Krankenhausfall am längsten. Jeder Bundesbürger gehe im Jahr durchschnittlich achtmal zum Arzt, auch das sei international Spitze. Schon diese Auflistung, die problemlos erweitert werden könnte, verdeutliche, dass Handlungsbedarf bestehe.

Jeder vierte Euro im Gesundheitswesen wird unnötig ausgegeben

Insgesamt werde jeder vierte Euro im Gesundheitssystem unnötig ausgegeben, insgesamt rund 35 Mrd. €. Von den 140 Mrd. € Beiträgen zur gesetzlichen Krankenkassen könnte mancher eingespart werden, ohne dass die medizinische Versorgung darunter leide. Im Mittelpunkt der Diskussion stehe daher die Frage, wie diese Verschwendung gestoppt werden könne und welchen Beitrag die aktuelle Gesundheitsreform leistet.

Über-, Unter- und Fehlversorgung durch Verschwendung

Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS), bezieht sich auf die Untersuchung des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen, die bereits vor drei Jahren erhebliche Über-, Unter- und Fehlversorgungen im deutschen Gesundheitswesen festgestellt habe. Seither sei unbestreitbar, dass es im deutschen Gesundheitswesen Versorgungsprobleme wie falsch eingesetzte Arzneimittel oder überflüssige Röntgenuntersuchungen gebe. Gesundheit sei jedoch ein besonderes Gut und habe immer eine ethische Dimension. Daraus ergebe sich auch die letztlich unauflösbare Problematik der Gratwanderung zwischen Berufsethos und Einkommensorientierung, der sich alle stellen müssten.

Peter Schmidt, SPD-Bundestagsfraktion, sieht das Gesundheitswesen sowohl auf der Einnahme- wie auf der Ausgabenseite unter Druck. Das Hauptproblem sei die zerbröselnde Einnahmehasis. Außerdem leide die gesetzliche Krankenversicherung unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefiziten. Deren Ursache seien strukturelle Überkapazitäten gepaart mit

Über-, Unter- und Fehlversorgungen. Sie träten insbesondere bei den behandlungs- und kostenintensiven chronischen Volkskrankheiten gehäuft auf.

Diese Defizite müssten alle Beteiligten auf ihre Kappe nehmen. Ärzte und andere Akteure im Gesundheitswesen, einschließlich der Krankenkassen, hätten sich um Qualität und Effizienz nicht hinlänglich gekümmert. Ein Teil der Versicherten habe ein massives Anspruchsdenken entwickelt, ein anderer Teil lasse seine Mitwirkung im Behandlungsprozess schleifen und verursache dadurch unnötige Mehrkosten. Die Politik habe ihre Hausaufgaben ebenfalls nicht immer oder nicht rechtzeitig gemacht (Beispiel: Abbau überflüssiger Krankenhausbetten). Mit der strikten Budgetierung habe sie überdies zur hermetischen Abschottung der Sektoren im Gesundheitswesen beigetragen, die viel Geld kostete. Nicht von ungefähr erschalle allenthalben der Ruf nach der Integrationsversorgung, die durch das GMG neuen Schwung erhalte.

Alle Beteiligten haben die Defizite zu verantworten

In den Diskussionsforen über Missbrauch und Verschwendung bei Medikamenten wird der Pharmaindustrie vorgeworfen, dass die Forschung nicht vorrangig an der Bekämpfung von Krankheiten, sondern an der Steigerung von Umsatz und Gewinn orientiert sei. Um dieses Ziel zu erreichen, würden Scheininnovationen auf den Markt gebracht und Entscheidungsträger finanziell beeinflusst. Außerdem habe das (bisherige) Apothekervergütungssystem dazu geführt, dass unnötige und zu teure Arzneimittel abgegeben wurden.

Scheininnovationen und bisherige Apothekervergütung begünstigen Produktion und Abgabe unnötiger und teurer Medikamente

Julia Fleckenstein, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Wirtschaftstheorie, Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie, Universität Bayreuth, weist darauf hin, dass zwischen Verschwendung und Missbrauch unterschieden werden müsse. Verschwendung im Gesundheitswesen bestehe aus ökonomischer Sicht im „überflüssigen“ Mitteleinsatz für medizinische Leistungen, der in anderer Verwendung mehr Nutzen stiften würde (Ineffizienz). Bei begrenzten Mitteln müssten Kosten-Nutzen-Abwägungen getroffen werden um aus den gegebenen Ressourcen einen maximalen Nettonutzen zu realisieren. Dabei könne eine ökonomisch irrationale Handlung isoliert betrachtet durchaus einen Vorteil für den Handelnden bringen. Allerdings sei der gesamtwirtschaftliche Nutzenentgang durch Unterlassen der Alternative größer. Gerade im Gesundheitswesen sei dies ein viel beobachtbares Phänomen, da Betroffene oder Mediziner in der akuten Entscheidungssituation zuweilen eine eingeschränkte Betrachtungsweise besäßen, bei der langfristige und externe Konsequenzen ausgeblendet würden.

Verschwendung bedeutet „überflüssigen“ Mitteleinsatz

Missbrauch dagegen bezeichne die illegale Ausnutzung des Systems in Form des Betrugs zur kriminellen Bereicherung. Ein solches Verhalten trete in jeder Branche auf, sei aber in der Regel eine Ausnahmesituation. Das Ausmaß des Auftretens hänge dabei stark von den gegebenen Spielräumen und den drohenden Sanktionen ab. Die Motivation könne in der Gier nach finanziellen Vorteilen oder in Verzweiflung angesichts einer Notsituation begründet liegen.

Missbrauch ist die illegale Bereicherung

Grundlegende Lösungsansätze der Gesundheitsreform zur Bekämpfung von Missbrauch und Verschwendung

Martin Dörmann MdB, SPD-Bundestagsfraktion und Sprecher des FES-Gesprächskreises Verbraucherpolitik, erläutert dass die Gesundheitsreform strukturelle Lösungsansätze biete um Betrug und Verschwendung einzudämmen. Zentral seien die Verbesserung von Qualität und Effizienz sowie die erhöhte Transparenz und Mitsprache der Patienten.

Anreize zum eigenverantwortlichen Handeln

Die Reform biete Anreize um eigenverantwortliches Handeln sowie das Gesundheits- und Kostenbewusstsein bei allen Beteiligten zu fördern. So solle die erhöhte finanzielle Eigenverantwortung der Versicherten die Ausgabensteigerung verringern. Die Einführung der Patientenquittung (auf Nachfrage des Patienten), der elektronischen Gesundheitskarte, von Versichertenboni und die Berufung der Patientenbeauftragten schaffe außerdem die Voraussetzungen für mehr Transparenz im Gesundheitswesen. Denn gut informierte Patienten seien unverzichtbare Akteure eines funktionierenden, produktiven Gesundheitswesens.

Qualitätsverbesserung durch verstärkte Koordination

Eine stärkere Koordination zwischen den einzelnen Bereichen ziele auf Qualitätsverbesserungen ab. Dies beinhalte die Einrichtung eines Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit, die Fortbildungspflicht für Ärzte und die Schaffung von medizinischen Versorgungszentren. Möglichkeiten der Kostensenkung biete die Reform vor allem durch Einsparungen im Arzneimittelbereich. So könne die Pharmaindustrie die Preise für ihre Medikamente nicht mehr ohne weiteres durch Scheininnovationen in die Höhe treiben. Die Preisfreigabe bei rezeptfreien Medikamenten und die Einführung des Versandhandels fördere den Wettbewerb.

Erste Anzeichen für ein Wirken der Reform

Der Rückgang der Arztbesuche und der Arzneimittelausgaben in den letzten Monaten seien erste Zeichen für ein Wirken der Reform, auch wenn seriöse Schätzungen sicherlich erst nach dem ersten Halbjahr möglich seien. Gleichwohl bleibe vor allem bei der Akzeptanz der Reformen in der Bevölkerung noch viel zu tun. Damit die Patienten ihre Rolle als bewusste Partner der Ärzte und des Pflegepersonals einnehmen könnten, bedürfe es weiterer Information über die Hintergründe und Notwendigkeiten einzelner Maßnahmen.

Fortsetzung ineffektiver Kostendämpfungsgesetze?

Für *Prof. Dr. Ingo Flenker, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe*, hingegen setzt das GMG die Reihe der wenig effektiven Kostendämpfungsgesetze fort und ist keineswegs geeignet, auch nur mittelfristig die Finanzsituation im Gesundheitswesen nachhaltig zu stabilisieren. Das Ziel der Beitragssatzsenkung und Entlastung der Lohnnebenkosten sei nicht erreicht worden. Im Gegenteil forderten zahlreiche Elemente wie die Praxisgebühr und die neuen Zuzahlungsregelungen dem Versicherten, noch dazu einseitig dem kranken Versicherten, eine finanzielle Mehrbelastung ab, ohne dass bisher eine Beitragssatzsenkung in Sicht sei. Das GMG setze den Trend einer zunehmenden Entsolidarisierung in unseren Sozialversicherungssystemen in besonders trauriger Weise fort.

Forum I

Ärzte: Gratwanderung zwischen Berufsethos und einkommensorientiertem Handeln

Fehlentwicklungen auf der Arztseite

Staatssekretär Dr. Theo Schröder, Bundesgesundheitsministerium, betont, dass er in Bezug auf Verschwendung und Missbrauch nicht von einem Generalverdacht gegenüber Leistungserbringern wie Ärzten oder gar Krankenkassen ausgehe. Im Hinblick auf strafrechtlich relevante Faktoren sei aber bekannt, dass es im Einzelfall Abrechnungen von Ärzten für nicht erbrachte Leistungen, Doppelabrechnungen oder Rückvergütungen gebe und dass Kooperationen stattfänden, die nicht angemessen seien. Es mache keinen Sinn, diese Problematik mit dem Hinweis zu verharmlosen, dass es sich um Einzelfälle handle. Wo Missbrauch nachweisbar sei, müssten alle ein Interesse an der Aufklärung und Beseitigung haben.

Auch Einzelfälle von Missbrauch müssen verfolgt werden

Prof. Dr. Dr. Karl Lauterbach, Universität Köln, teilt die Auffassung, dass die bewusste Beugung des Rechts durch Ärzte und andere Leistungserbringer durchaus vorhanden sei. Für den größten Teil der Unter-, Über- und Fehlversorgung sei sie jedoch nicht verantwortlich. Entscheidend seien vielmehr die im System angelegten Anteile der Verschwendung. Bisher würden die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems zu stark von der episodenhaften Akutbehandlung dominiert. Die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten sei oft wenig koordiniert und verzerrt durch ökonomische Anreize zur Weiterbehandlung der Patienten trotz mangelnder Kompetenz oder Zuständigkeit. Verschwendung entstehe durch vermeidbare Doppeluntersuchungen, nicht indizierte Leistungen, Therapieabbrüche, Misskommunikation, vermeidbare Behandlungsfehler, zu späte und wissenschaftlich nicht abgesicherte Behandlungen.

Verschwendung ist überwiegend systembedingt

Nach Aussage von Prof. Dr. Ingo Flenker, Ärztekammer Westfalen-Lippe, ist es für viele Ärzte im derzeitigen Spannungsfeld von wettbewerblichen Mechanismen und staatlichen Reglementierungen nur noch mit sehr viel Idealismus möglich eine bedarfsgerechte und individuelle Patientenversorgung zu leisten. Die Ärzteschaft habe sowohl aufgrund ihres öffentlichen Versorgungsauftrages als auch aufgrund des individuellen Behandlungsauftrages eine hohe Verantwortung für die medizinische Versorgung der Patienten. Sie könne diesen Auftrag aber nur erfüllen, wenn die strukturellen Bedingungen dazu geschaffen werden. Unter einer anhaltenden Budgetierung stünden daher gerade die Ärzte vor dem Dilemma, mit immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen nach wie vor die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Die medizinische Versorgung leidet unter den knapper werdenden finanziellen Ressourcen

Die Schlüsselfunktion der Leistungserbringer

Die Gesundheitsbranche reguliert sich nicht nach Angebot und Nachfrage

Bei der Diskussion um Verschwendung muss nach *Peter Schmidt, SPD-Bundestagsfraktion*, berücksichtigt werden, dass die Gesundheitsbranche ein Nicht-Markt sei. Anders als die sonstigen Märkte reguliere sie sich nicht nach dem Verhältnis von Angebot und Nachfrage. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen werde vielmehr weitgehend von den Anbietern bestimmt. Diese „angebotsinduzierte Nachfrage“ beruhe auf drei Faktoren:

Kranke sind keine souveränen Konsumenten

1. Der Patient sei in aller Regel kein souveräner Konsument von Gesundheitsleistungen. Kranke Menschen könnten niemals souveräne Konsumenten sein, die Gesundheitsleistungen rational nachfragen. Sie erwarteten vielmehr, dass für sie alles medizinisch Mögliche ohne Rücksicht auf die Kosten getan werde. Die finanzielle Relevanz dieser Erwartungshaltung werde deutlich, wenn man sich vor Augen halte, dass 20 % der Versicherten 80 % der Gesundheitskosten verursachten.

Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient

2. Zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen – zumal den Ärzten – und den Patienten bestehe eine Informationsasymmetrie. Diese Schieflage zu verringern, sei auch unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekten ein lohnendes Unterfangen. Patienten, die über ihre Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt seien, könnten auf (fast) gleicher Augenhöhe mit ihrem Arzt über Diagnose- und Therapiemöglichkeiten verhandeln und ein Behandlungskonzept vereinbaren. Sie würden so von Betroffenen zu Beteiligten. Informierte Patienten müssten nicht zwangsläufig Patienten sein, die auf die kostengünstigste Behandlung drängen. Patienten, die ihr Behandlungskonzept mit dem Arzt vereinbarten, seien aber besonders motiviert sich therapiegerecht zu verhalten. Diese bessere Compliance (Befolgung ärztlicher Anweisungen) helfe Kosten zu sparen.

Fehlender Preismechanismus

3. Die Nachfragerregulierungsfunktion des Preises komme nicht zum Tragen. Denn der Preis von Gesundheitsleistungen bilde ihre Knappheit in unserem Sachleistungssystem nicht ab. Er spiele daher beim Zugang und der Erschwinglichkeit von Gesundheitsleistungen keine Rolle. Das Sozialstaatsgebot verbiete es jedoch aus gutem Grund, diese Verknüpfung herzustellen und den Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen vom Geldbeutel des Einzelnen abhängig zu machen.

Aus diesem Gesetz der angebotsinduzierten Nachfrage ergäben sich zwei Schlussfolgerungen. Zum einen könne sich das Gesundheitssystem nicht selbst steuern. Zum anderen müssten Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung vorrangig, aber nicht allein, bei den Leistungserbringern ansetzen. Den Königsweg zur Verbesserung der Qualität und Effizienz gebe es nicht. Aber: Viele Wege führten nach Rom.

Eine breite Palette an Lösungsansätzen

Die Vorschläge um Missbrauch und Verschwendung bei den ärztlichen Leistungen in den Griff zu bekommen, setzen sowohl auf Seiten der Ärzte und anderer Leistungsanbieter an als auch auf Seiten der Patienten.

Lösungen setzen bei Ärzten und Patienten an

Bei den ärztlichen Leistungen stehen die Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit an oberster Stelle. Eine wichtige Rolle spielt die verbesserte Koordinierung, insbesondere durch die neuen Versorgungsformen wie die strukturierten Behandlungsprogramme.

Ergänzend soll die Patientenseite gestärkt werden. Mehr Transparenz bei den erbrachten Leistungen und Kosten, objektivere Informationen über Gesundheitsangebote und erweiterter Mitwirkungsmöglichkeiten an Entscheidungen über die Ausgestaltung des Gesundheitswesens sollen helfen, Missbrauch und Verschwendung aufzudecken und Entscheidungen stärker an den Interessen der Patienten auszurichten.

Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen sichern

Qualität und Wirtschaftlichkeit sind nach Auffassung mehrerer Redner ein zentraler Ansatzpunkt um der Verschwendung durch Ärzte und andere Leistungserbringer entgegen zu wirken. Instrumente wie die leitlinienorientierte Medizin oder die neuen Versorgungsformen zielen darauf ab Kriterien für eine möglichst optimale Behandlung festzulegen. Außerdem sollen die vorhandenen Ressourcen effizient eingesetzt und besser aufeinander abgestimmt werden.

Qualität und Wirtschaftlichkeit spielen eine zentrale Rolle

Nach Auffassung von *Peter Schmidt, SPD-Bundestagsfraktion*, halten die Ärzte den Schlüssel zu Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung in der Hand. Die im GMG verankerte Fortbildungspflicht solle dafür sorgen, dass alle Vertragsärzte sich fachlich auf dem Laufenden halten. Wesentliche Impulse für eine bessere, kostengünstigere und transparentere Versorgung werden seines Erachtens vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgehen. Es werde den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern intensivieren sowie die Suchprozesse um die beste und kostengünstigste Versorgung beschleunigen und verstetigen. In der ambulanten ärztlichen Versorgung gingen Puristen die wettbewerblichen Ansätze des GMG nicht weit genug. Auf der Habenseite sei jedoch die teilweise Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen, hausarztzentrierte Versorgungsmodelle und -last, but not least - medizinische Versorgungszentren zu verbuchen.

GMG fördert Wettbewerb im Gesundheitssystem

Der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung dürfe jedoch nicht zu Preisdumping und Qualitätsverschlechterungen führen. Dies lasse sich nur vermeiden, wenn die Vergütung von Gesundheitsleistungen unmittelbar von der Versorgungsqualität abhängig gemacht

Wettbewerb darf nicht zu Preisdumping und Qualitätsverschlechterung führen

werde. Diese Verzahnung könne prinzipiell sowohl über die Strukturqualität (Beispiele: Erfüllung von Fortbildungspflichten oder Mengenvorgaben) als auch über die Prozessqualität (Beispiele: leitliniengestützte Diagnostik und Therapie, Organisation von Behandlungsketten mit übergreifender Behandlungskonzeption) als auch über die Ergebnisqualität (Beispiel: Zehn-Jahres-Garantie für endoprothetische Versorgungen) bewerkstelligt werden. Das GMG schaffe die Voraussetzungen, die Qualität der Leistung stärker mit der Vergütung zu verknüpfen.

Die Akteure müssen Qualität mittragen

Qualität könne aber nicht verordnet werden. Sie müsse vielmehr von den Akteuren als wichtig und sinnvoll anerkannt werden. Sie könne nicht durch Kontrolle erzwungen werden, sondern müsse aus selbstverantwortlichem Handeln erwachsen. Sie stehe und falle mit dem Qualitätsbewusstsein jedes Einzelnen.

Qualitätssicherung ist unverzichtbar

Gleichwohl könne auf Qualitätssicherung nicht verzichtet werden. Qualitätsstandards müssten vereinbart, ihre Realisierung durch in- und externe Kontrollen überwacht werden. Auch Zertifizierungen machten Kontrollen nicht überflüssig. Die ex post erfolgende Qualitätssicherung müsse zudem durch ein ex ante wirkendes Qualitätsmanagement, durch Fehlervermeidungsstrategien ergänzt werden. Das GMG verpflichte alle medizinischen Leistungserbringer zum internen Qualitätsmanagement. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssten die Qualität der Leistungen ihrer Mitglieder ständig prüfen.

Die Wirtschaftlichkeit der ambulanten Versorgung werde durch krankheitsorientierte Regelleistungsvolumina, Fallpauschalen und Leistungskomplexe gesteigert. Fallpauschalen seien der Natur der Sache nach ein Spagat zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität. Denn das fixe Pauschalentgelt für eine bestimmte Behandlung könne dazu verleiten den Leistungsumfang und die Qualität zu reduzieren. Sie bedingten daher intensive Qualitätskontrollen.

Der Staat muss den Rahmen setzen

Die Politik wolle, könne und dürfe die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung nicht bis ins Detail normieren. Sie sei gut beraten sich auf Rahmenregelungen zu beschränken. Sie sollte aber darauf hinwirken, dass auf allen Ebenen Anreize gesetzt werden, die makro- und mikroökonomische Interessen zu synchronisieren. Es müsse sich für die Leistungserbringer betriebswirtschaftlich auszahlen, wenn sie sich bei Verordnung und Abgabe von Gesundheitsleistungen makroökonomisch „vernünftig“ verhielten.

Qualität muss Vorrang vor Kostensenkung haben

Auch *Prof. Dr. Ingo Flenker, Ärztekammer Westfalen-Lippe*, plädiert dafür, dass die Kriterien Qualität und Bedarfsgerechtigkeit bei der Planung und Steuerung von gesundheitlichen Versorgungsstrukturen absoluten Vorrang erhalten. Ein rein ökonomisch bestimmter Wettbewerb im Gesundheitswesen, in dem es nur um Kostensenkung durch Abbau von Kapazitäten, Risikoselektion und Leistungseinschränkungen gehe, gefährde eine qualitativ hochstehende und flächendeckende Versorgung.

Weniger Verschwendung durch neue Versorgungsformen

Die neuen Versorgungsformen sind wichtige Bausteine um unterschiedliche Behandlungsschritte besser aufeinander abzustimmen und über Qualitätsstandards die vorhandenen Ressourcen effizienter zu nutzen.

Bessere Abstimmung einzelner Behandlungsschritte und effiziente Ressourcennutzung

Staatssekretär Dr. Theo Schröder, BMGS, betont, dass Qualität im GMG ganz bewusst an erster Stelle stehe. Er sieht im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und der Notwendigkeit sich stärker auf leitlinienorientierte Medizin auszurichten, eine unverrückbare Zielsetzung, um die Unter-, Über- und Fehlversorgung in den Griff zu bekommen. Auch bei der Fortbildungspflicht sei der Qualitätsaspekt maßgeblich gewesen.

Wichtig sei die Frage der neuen Versorgungsformen, die die bisherige Dichotomie von ambulanter Versorgung in der Praxis und stationärer im Krankenhaus überwinden soll. Es gehe vor allem um die Optimierung der Behandlung chronischer Erkrankungen und der Multimorbidität. Damit sei die Frage „Wo erreiche ich welche Leistung“ immer verbunden mit der Abstimmung unterschiedlicher Behandlungsschritte. Hausarztzentrierte und integrierte Versorgung, die Optimierung der Abläufe im Krankenhaus und die Einrichtung von gesundheitlichen Versorgungszentren seien dabei von zentraler Bedeutung. Dies gelte ebenso für strukturierte Behandlungsprogramme, trotz mancher Kritik. Er vermutet dabei, dass die kritische Sicht auch damit zusammenhängen könne, dass es sich um Vorläufer von Behandlungskonzepten handle, die in sehr viel höherem Maße dokumentiert seien und damit den Behandlungsverlauf und seine Notwendigkeit transparent offenbarten.

Optimierte Behandlung von chronischen Krankheiten und Multimorbidität

Nach Prof. Dr. Dr. Karl Lauterbach, Universität Köln, können die Herausforderungen nur mit einer Modernisierung des Systems bewältigt werden. Qualität und Effizienz stehen dabei im Mittelpunkt; das GMG setze mit neuen Versorgungsformen und Strukturen bei deren systematischer Verbesserung an. Große Bedeutung hätten die Disease Management Programme (DMP), die konkrete Vorgaben für eine wissenschaftlich gesicherte Versorgung von Krankheiten machen. Statt der üblichen Diskussion, wer behandeln und wie bezahlt werden solle, gehe es darum, wie behandelt werde. Das habe sich im Ausland als der Königsweg erwiesen. Für zwei Erkrankungen, Diabetes und Brustkrebs, seien die Programme bereits flächendeckend angelaufen. Erste Ergebnisse wie die Prognos-Auswertung für Sachsen seien sehr positiv und wiesen klar darauf hin, dass die Versorgung besser und nicht teurer werde. Weitere Programme ließen auf sich warten. Denn das Bundesversicherungssamt, die Aufsichtsbehörde für die GKV, habe die Voraussetzungen, die Genehmigung der Verträge, noch nicht geschaffen. Im Übrigen sei der Kampf um die DMP noch keineswegs gewonnen. Viele hofften, dass sie wieder verschwinden.

Disease Management Programme sichern wissenschaftlich gesicherte Behandlung

Auch die integrierte Versorgung sei wichtig. Nicht übersehen werden dürfe, dass Vernetzung nicht automatisch eine richtige Behandlung sicherstelle. Der Schlüssel für den Erfolg der

Vernetzung ist notwendig, aber keine Garantie für richtige Behandlung

integrierten Versorgung liege in der Verwendung des Anschubbudgets von 1 %. Insbesondere einige kassenärztliche Vereinigungen würden die hier vorhandenen Blockademöglichkeiten nutzen. So würden zahlreiche Verträge nicht der Vernetzung dienen, sondern nur bestehende Behandlungspfade aus dem Integrationsbudget umfinanzieren. Entscheidend sei, ob das Anschubbudget auf die Regelversorgung oder, im Sinne des Gesetzgebers, nur auf die zusätzlichen Vernetzungsleistungen angerechnet werde. Bei Anrechnung auf die Regelversorgung wären die Budgets mit wenigen Projekten verbraucht und würden nicht viel bewegen.

Eine ähnliche Situation finde sich bei der qualitätsgesicherten hausarztzentrierten Versorgung. Durch Anreize wie Boni für Patienten solle die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten verbessert werden. Die Umsetzung werde blockiert von einigen Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen und Ärzte warnten Direktverträge zur Hausarztmedizin abzuschließen. Auch zu diesem Weg sieht er keine Alternative, da das Nebeneinander von haus- und fachärztlicher Versorgung eine reine Verschwendung zu Lasten der Patienten sei und bei den Leistungserbringern selbst zu Demotivation führe.

Die Öffnung der Krankenhäuser ermöglicht die bessere Nutzung von Spezialisten

Die Tatsache, dass hochspezialisierte Ärzte in Krankenhäusern ambulant bisher fast ausschließlich Privatpatienten behandeln können, stelle europaweit eine enorme Verschwendung der Ressource Spezialist dar und behindere die integrierte Versorgung maßgeblich. Die nach dem GMG mögliche Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung werde aber ebenfalls noch nicht realisiert. Die Verträge scheiterten daran, dass die im Krankenhaus erbrachten ambulanten Leistungen nicht zu einer entsprechenden Verringerung des Budgets bei den Vertragsärzten führten. Die Kassen befürchteten daher Doppelzahlungen.

Durch die medizinischen Versorgungszentren solle ebenfalls die Kontinuität der Versorgung, der Zugang zu Spezialisten und deren Zusammenarbeit verbessert werden. Nach eigenen Umfragen plane fast jedes dritte Krankenhaus den Aufbau eines medizinischen Versorgungszentrums. Auch diesen Prozess könnten die Kassenärztlichen Vereinigungen blockieren, weil die Versorgungszentren durch die Zulassungsausschüsse geprüft werden müssten. Da es keine Fristen gebe, könne die Bewertung verzögert werden.

Für chirurgische Eingriffe sind Mindestmengen festgesetzt um die Qualität zu sichern

Das Fallpauschalengesetz 2001 lege Mindestmengen für chirurgische Eingriffe im Krankenhaus fest. Ziel sei es die Qualität der Eingriffe zu verbessern und unnötige Komplikationen zu verhindern. Beides stehe mit der Eingriffszahl in Zusammenhang. Die ersten Vereinbarungen würden aber erst jetzt von der Selbstverwaltung umgesetzt, zudem beschränkt auf fünf seltene Eingriffe.

In der Summe biete das GMG zahlreiche Verbesserungsmöglichkeiten für Qualität und Effizienz und damit zur Bekämpfung von Verschwendung durch falschen Einsatz von Ressourcen. Zwar müsse noch viel geschehen, aber alle Öffnungen für einen Qualitätswettbewerb

seien ohne Alternativen und würden langsam greifen. Sei der Flaschenhals einmal überwunden, werde das System eine Art Qualitätsrevolution von innen erfahren. Diese Entwicklung sei unumkehrbar und auch mit vorgeschobenen Argumenten wie Bürokratie oder Staatsmedizin nicht zu stoppen. Es handle sich um eine Entbürokratisierung, die Wettbewerb durch Transparenz bringe und keine Einheitsmedizin.

Von den neuen Versorgungsprogrammen wird eine Qualitätsrevolution erwartet, sie laufen aber mit Verzögerung an

Transparenz bei Leistungen und Kosten herstellen

Eine erhöhte Transparenz über Leistungen und Kosten soll dazu beitragen, dass Patienten sich kosten- und gesundheitsbewusster verhalten können. Sie soll außerdem die Aufdeckung von Missbrauch und Verschwendung durch Ärzte erleichtern, zum Beispiel bei falschen Abrechnungen.

Für *Staatssekretär Dr. Theo Schröder, Gesundheitsministerium*, sind Transparenz und die Funktion der Selbstverwaltung das zweite große Stichwort. Das Sachleistungsprinzip führe dazu, dass die Kosten einer Behandlung für Patienten kaum nachvollziehbar seien. Die Einführung der Patientenquittung schaffe hier mehr Transparenz. Sie gebe dem Einzelnen die Chance den Behandlungsverlauf nachzuvollziehen und die ökonomischen Dimensionen zu erkennen. In Zukunft werde die elektronische Patientenkarte offen legen, welche Leistungen wo unter welchen Bedingungen erbracht wurden. Fehlleistungen wie die Verabreichung unverträglicher Medikamente könnten besser verhindert werden. Auch die Verpflichtung zur elektronischen Abrechnung habe aus Sicht der Bundesregierung erheblichen Einfluss auf die Effizienz des Systems. Die Politik habe ihren Beitrag geleistet zur Professionalisierung der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und gegen viel Widerstand Stellen zur Bekämpfung des Fehlverhaltens im System bei allen beteiligten Körperschaften, auch bei den Kassen, eingerichtet.

Patientenquittung und Gesundheitskarte legen Behandlungen und Kosten offen

Benötigt würden zudem ärztliche Vergütungssysteme, die keine Fehl-anreize setzten. Das gegenwärtige Punktwertsystem verleite dazu die Leistungen auszuweiten. Dies sei für keinen der Beteiligten ein vernünftiges Konzept. Hier liege daher einer der zentralen Punkte bei der Neuorientierung des Entgeltsystems im ambulanten Bereich. Im Gegensatz zum Krankenhaus, wo erste Schritte bereits erfolgt seien, stehe man aber erst am Anfang. Es gelte die Abrechnungs-, Plausibilitäts- und die Wirtschaftlichkeitsprüfungen im ambulanten Bereich zu verbessern, die sich zum Teil in einem beklagenswerten Zustand befänden. Im Übrigen diskreditiere die Prüfung nicht. Vielmehr nähre der Verzicht auf Prüfung den Verdacht, dass es möglicherweise bei ärztlichen Abrechnungen etwas gebe, das nicht das Licht des Tages erblicken solle. Das Instrumentarium sei vorhanden und verbessert worden, müsse aber genutzt werden.

Die ärztliche Vergütung muss auf den Prüfstand

Missbrauch bekämpfen durch bessere Patienteninformation

„Empowerment of patients“ nötig

Verbesserte Information und Beteiligungsmöglichkeiten sollen die Patientenseite in die Lage versetzen mehr Eigenverantwortung zu übernehmen und Entscheidungen in ihrem Interesse zu beeinflussen. Wie die Transparenz soll die Patienteninformation dazu dienen, Verschwendung und Missbrauch leichter zu erkennen.

Staatssekretär Dr. Theo Schröder, Gesundheitsministerium, plädiert für ein „empowerment of the patients“. Mit der Beteiligung der Patientenvertreter bei der Selbstverwaltung und der Einrichtung der Patientenbeauftragten habe das GMG wichtige Instrumente zur Stärkung der Patienten geschaffen.

Gefahr der Übervorteilung von Patienten bei „IGeL-Leistungen“

Thomas Isenberg, Leiter des Fachbereichs Gesundheit / Ernährung des Verbraucherzentrale Bundesverbandes (vzbv), sieht zunehmende Übervorteilungen der Patienten bei den „individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL), mit denen ein Teil der Ärzte versucht das eigene Einkommen zu verbessern. Dieser Missbrauch werde begünstigt durch die unzureichende Information der Patienten.

Patienten benötigen objektive Informationen für ihre neue Rolle als Kunden im Gesundheitswesen

Er verdeutlicht die seines Erachtens teilweise lückenhafte und fragwürdige Information der Patienten anhand einer individuellen Patienteninformation aus der Praxis eines Urologen. Im vorliegenden Informationsblatt über spezialisierte Untersuchungsmethoden der Prostata fehlten unter anderem notwendige Angaben über die Diskussion zum medizinischen Nutzen des Screenings bei unter 50-Jährigen. Hinzu komme, dass der Patient dem anbietenden Arzt, ausgestattet mit einem hohen berufsethischen Anspruch, einen Vertrauensvorschuss gebe und von der Korrektheit der Informationen ausgehen müsse.

Unter diesen Voraussetzungen könnten Patienten ihre neue Rolle als Kunden in einem der größten Zukunftsmärkte – den individuellen Gesundheitsleistungen - nicht ausfüllen. Unbestreitbar sei der jetzige Leistungskatalog der Vorsorgeuntersuchungen nicht ausreichend und einige individuelle Gesundheitsdienstleistungen medizinisch sinnvoll. Jedoch bestehe ein Defizit an Verbraucherschutz, ein Defizit an Umsetzung bestehender Richtlinien einzelner Ärztekammern und an Einhaltung berufsethischer Standards. Um objektive Endverbraucherinformation über den medizinische Nutzen einzelner Leistungen zu entwickeln, solle die Patientenbeauftragte der Bundesregierung zu einem runden Tisch ‚Individuelle Gesundheitsdienstleistungen‘ unter Beteiligung der Ärzteverbände und der Patientenorganisationen laden.

Individuelle Ernährungsberatung als lukrative Zusatzleistung für Ärzte

Als zweites Beispiel führt er die individuelle Ernährungsberatung an. Sie stelle angesichts des zunehmenden Übergewichts in der Bevölkerung eine lukrative Zusatzleistung für Ärzte dar. Gemeinsam mit den Ärztekammern müsse diskutiert werden über eine klarere Trennung zwischen der Praxis mit der Beratung des Patienten und Gesundheitszentren, die teilweise von der Ehefrau oder

anderen Beteiligten in der Praxis betrieben würden und die Diätprodukte verkauften, die dem Patienten vorher vom Arzt als notwendig empfohlen wurden.

In beiden Handlungsfeldern führe schon heute ein Missbrauch des Vertrauens dazu, dass Patienten aus eigener Tasche für Gesundheitsdienstleistungen zahlten, die sie nicht einkaufen würden, wenn die Kasse sie übernehmen oder die Patienteninformation objektiver wäre. Entscheidend sei angesichts der strukturellen Unterlegenheit der Patienten eine vernünftige Information.

Thomas Isenberg sieht außerdem ein strukturelles Defizit. Einerseits unterstütze er die Entwicklung der Hausarztprogramme und der medizinischen Versorgungszentren. Auf der anderen Seite seien dies neue

Neue Einfallstore für missbräuchliches Verhalten?

Einfallstore für missbräuchliches Verhalten, wenn wie unlängst berichtet, Ärztegenossenschaften bei Verordnungen mit einzelnen Pharmafirmen kooperierten. Eine weitere Frage sei angesichts zunehmender Gewinnorientierung, wie etwa in Versorgungszentren gewährleistet werden könne, dass ein medizinisches Controlling den gleichen Stellenwert erhalte wie das ökonomische Controlling.

Verbrauchertransparenz müsse weiter sicherstellen, dass die jeweiligen Hausarztprogramme nicht nur „Light-Versionen“ und Kundenbindungsinstrumente der Krankenkassen seien. Die besondere Qualität der Hausärzte müsse den Patienten gegenüber dargelegt werden. Auch die Programmunterschiede bei einzelnen Krankenkassen müssten für Patienten nachvollziehbar sein. Sofern in einigen Jahren evaluierte Ergebnisse vorliegen, müssten sie vergleichbar sein, damit Patienten sie bei der Wahlentscheidung berücksichtigen können. Dann könne die Marktmacht der Versicherten dazu beitragen, dass medizinisch sinnvolle Hausarztprogramme, DMP und Versorgungszentren aufgebaut würden.

Transparenz über die Qualität der neuen Versorgungsformen nötig

Auch bei Kooperationen zwischen Versorgungszentren und Krankenhäusern müsse der Patient erfahren können, welche Art der Behandlung und Therapiestandards im kooperierenden Krankenhaus vorgehalten würden und wo die Unterschiede zu anderen Krankenhäusern liegen. Dieses Patientenrecht auf Transparenz sei Voraussetzung, damit der Patient nicht nur gesteuert werde von den Eigeninteressen anderer wie Krankenkassen oder Ärzten.

Prof. Dr. Ingo Flenker, Ärztekammer Westfalen-Lippe, teilt die Forderung nach verbesserter Patienteninformation. Mit der Bürgerinformation biete die Ärztekammer Westfalen-Lippe den Patienten Informationen zur Arztwahl und Auskünfte zu medizinischen Fragen. Denn auch für die Ärzteschaft seien informierte Patienten von Vorteil, als Voraussetzung für ein partnerschaftliches Gesundheitsbündnis zwischen Arzt und Patient.

Informierte Patienten sind Partner des Arztes

Staatssekretär Dr. Theo Schröder, BMGS und Peter Schmidt, SPD-Bundestagsfraktion, sehen ebenfalls die Notwendigkeit, Patienten einen besseren Überblick über die Qualität medizinischer Angebote zu

Qualitätsberichte der Krankenhäuser ab 2005 Pflicht

verschaffen. Der Anfang sei mit dem Fallpauschalengesetz gemacht. Für die Krankenhäuser sei die Veröffentlichung strukturierter Qualitätsberichte ab 2005 Pflicht. Als Grundlage für eigene Wertungen werde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit Patienteninformatio- nen in verständlicher Sprache bereitstellen. In der ambulanten Versorgung dagegen gebe es aus datenschutzrechtlichen Gründen keine arztbezogenen Qualitätssicherungsberichte der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Fehlversorgung durch Patientenmitwirkung vermeiden

*Patientenmitwirkung
kann Fehler und Miss-
brauch vermeiden*

Thomas Isenberg, vzbv, sieht in verstärkten Mitwirkungsmöglichkeiten und Patientenrechten die Möglichkeit, aus Fehlervermeidungsstrategien eine missbräuchliche Verwendung der Gesundheitsressourcen zu verhindern. Derzeit seien die Patienten bei kollektivrechtlichen Vereinbarungen noch Bittsteller. Sie verfügten zwar durch die Mitwirkung im Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen über mehr Informationen. Aber die Entscheidungen des Ausschusses gingen über die Betroffenen hinweg, letztendlich entscheide das Ministerium.

Er fordert außerdem einen Runden Tisch der Patientenbeauftragten zu Qualitätssicherung, Behandlungsfehlern und Patientenrechten, auch wenn dies teilweise in die Zuständigkeit des Justizministeriums falle. Ein Bericht des Robert-Koch-Instituts habe gezeigt, dass es in Deutschland mindestens 30 000 – 40 000 Behandlungsfehler jährlich gebe. Wahrscheinlich sei die tatsächliche Zahl deutlich höher.

Patientenrechte sind auch für *Staatssekretär Dr. Theo Schröder, Gesundheitsministerium*, ein wichtiges Thema. In Einzelbereichen wie dem Arzneimittelrecht seien wichtige Schritte in Richtung Beweiserleichterung gemacht worden. Unabhängig davon werde jedoch auch künftig die Frage der gutachterlichen Stellungnahme eine zentrale Rolle spielen, da ohne sie kein Richter eine Entscheidung fällen werde.

Prof. Dr. Ingo Flenker, Ärztekammer Westfalen-Lippe, verweist auf die Schlichtungsstellen der Ärztekammern, die bei Verdacht auf Behandlungsfehler angerufen werden können. Die Evaluierung in Westfalen-Lippe habe ergeben, dass das außergerichtliche Verfahren in mehr als 80 % der Fälle zu einer Befriedung der Ansprüche führe, insgesamt also ein gutes Instrument sei.

Forum II

Versicherte: Mangelndes Kostenbewusstsein, wenig Verantwortungsgefühl?

Missbrauch und Verschwendung auf Patientenseite

Julia Fleckenstein, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Wirtschaftstheorie, Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth, stellt die

Sachleistungs- und Solidarprinzip führen zu ‚Freifahrermentalität‘

Mechanismen, die der Verschwendung auf Versichertenseite zu Grunde liegen, als Teufelskreis dar. Das Sachleistungs- und das Solidarprinzip verleiteten Versicherte (und die Leistungserbringer) dazu, sich nicht mit den monetären Konsequenzen ihres Handelns auseinander zu setzen. Fehlendes Wissen und Interesse an den finanziellen Wirkungen führe zu der irrigen Annahme, die Leistungen seien kostenlos und vom Kollektiv zu tragen. Der Nutzen der Gesundheitsleistungen sei individualisiert, die Kosten würden kollektiviert. Dieses Verantwortungsvakuum und die daraus resultierende Freifahrermentalität induzierten ein ständig steigendes Anspruchsniveau. Dies äußere sich in einer Beanspruchung von Versicherungsleistungen, die über das Maß hinausgehe, das der Versicherungsnehmer in der unversicherten Situation nachfragen würde. Ständig steigende Leistungsausdehnungen führten zu permanenten Ausgabenunterdeckungen, denen mit einer ständigen Ausweitung der Mitgliedspflicht sowie Erhöhung der Beitragssätze begegnet werde. Steigende Zwangsbeiträge wiederum verstärkten das Bestreben der Versicherten, einen möglichst hohen Gegenwert in Form von Sachleistungen in Anspruch zu nehmen. Letztlich finde eine „Ausbeutung aller durch alle“ statt, verbunden mit einer zunehmenden Aushöhlung des Solidarprinzips.

„Ausbeutung aller durch alle“

Dies könne als Rationalitätenfalle gesehen werden: Der Einzelne handle aus seiner Sicht völlig rational, wenn er durch maximale Inanspruchnahme seinen Nutzen (scheinbar) optimiert. Langfristig stelle er sich durch dieses Verhalten aber schlechter. Denn gesamtgesellschaftlich liege eine Verschwendung vor, weil weniger und billigere Leistungen für eine erfolgreiche Therapie ausreichen würden. Insofern resultiere aus den gegebenen Rahmenbedingungen eine Diskrepanz zwischen individueller und gesellschaftlicher Rationalität mit allokativen Ineffizienzen.

Rationalitätenfalle führt zu gesamtgesellschaftlicher Verschwendung

Die Verschwendung manifestiere sich in drei Verhaltensformen des Versicherten. Zum einen verhalte er sich risikoe erhöhend, d. h. er habe kein gesteigertes Interesse an präventivem Verhalten, da mögliche gesundheitliche Schäden „kostenfrei“ abgedeckt seien. Zum anderen neige er zu preiserhöhendem Nachfrageverhalten, nach dem nur teure Leistungen auch als gute Leistungen gesehen und dementsprechend in Anspruch genommen würden. Der Preis spiele ja keine Rolle. Außerdem trete im Schadensfall mengenerhöhendes Verhalten auf: Je mehr, desto besser, denn die Beiträge würden sowieso nur nach dem Einkommen entrichtet.

Verschwendung durch risiko-, preis- und mengenerhöhendes Verhalten der Versicherten

Beispiele: schlechte Compliance, Arzneimittelmüll, viele Arztbesuche

Die vom Versicherten initiierte Verschwendung, die aufgrund fließender Grenzen und fehlender Vergleichsmaßstäbe schwer quantifizierbar sei, erläutert Julia Fleckenstein anhand von drei Phänomenen. Sie seien aber nur als genereller Trend aufzufassen, natürlich bestünden immer Ausnahmefälle und konkurrierende Erklärungsansätze. Erstens sei die generell schlechte Compliance unter den Patienten in Deutschland aufzuführen. Ärztliche Empfehlungen zur Änderung des Lebensstils, beispielsweise bezüglich Ernährung, Bewegung oder Rauchverhalten, würden zu weniger als 10 % erfolgreich umgesetzt. Dabei bestünden Potenziale zur Senkung der direkten Kosten von Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hypertonie, Osteoporose, Rückenschmerzen allein durch mehr Sport von bis zu 10 Mrd. €. Der Sachverständigenrat zur konzertierten Aktion im Gesundheitswesen habe in seinem Gutachten von 2000/2001 eine besonders schlechte Compliance bei der Arzneimitteltherapie festgestellt. Bei verschiedenen chronischen Krankheiten seien Anteile von weniger als 50 % der Patienten, die die Medikamente korrekt einnehmen würden, nicht selten. Die volkswirtschaftlichen Kosten dieser Non-Compliance gleiche denen von großen Volkskrankheiten.

Zweitens gebe der enorme Arzneimittelberg von über 4 000 Tonnen jährlich in Deutschland zu denken. Sie verweist auf Schätzungen, wonach rund 20 % aller Medikamente angebrochen oder ungeöffnet auf dem Müll landeten. Dies entspreche einem jährlichen Verlust von 4 Mrd. €. Dass dies nicht nur auf fehlende Compliance, sondern auch auf ein „Hamsterverhalten“ beim Erwerb der Packungen des preisunempfindlichen Versicherten hinweise, zeigten die Umsatzrückgänge in Höhe von 17 % bei nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten seit Einführung der Selbstzahlung im Januar 2004.

Drittens stelle die hohe Zahl von Erstbesuchen bei niedergelassenen Ärzten eine Art der Verschwendung dar. Dass auch hier Einsparpotenziale existierten, bewiese der bundesweite Rückgang der Anzahl von Praxisbesuchen um 10 % im ersten Quartal 2004 seit Einführung der Praxisgebühr.

Missbrauch nur begrenzt möglich

Beispiele für Missbrauch seien dagegen viel konkreter. Aufgrund gegebener Gesetzeslage sei ihr Ausmaß bei Entdeckung leicht identifizierbar. Das Sachleistungsprinzip vereitle allerdings den Gewinn von größeren Geldmengen durch Betrug von Seiten der Versicherten. Lediglich bei Selbstbeteiligungen und Zuzahlungsregelungen seien direkt monetäre Vorteile erzielbar. Den Schaden aus irrtümlichen Befreiungen von Zuzahlungsregelungen aufgrund gefälschter oder nicht aktualisierter Bescheinigungen beziffere eine Untersuchung von Debold & Lux 2001 mit rund 250 Mio. € jährlich für die GKV. Der vorsätzliche Verleih und Verkauf von Versichertenkarten an unberechtigte Leistungsempfänger dagegen erfordere größere kriminelle Energie und sei mit einem hohen Risiko der Entdeckung behaftet. Hier gebe es nur regionale Schätzungen, die je nach Untersuchendem stark variierten. Die Kassenärztliche Vereinigung in Bayern vermute bei rund 33 000 Versicherten jährlich Missbrauchsfälle. Basierend darauf rechne sie bundesweit auf 1 Mrd. € jährlichen Verlust hoch.

Thomas Isenberg vom Verbraucherzentrale Bundesverband räumt ein, dass Missbrauch vorliege, wenn ein Patient seine Versichertenkarte verkaufe. Das System werde ausgebeutet, wenn Medikamente gehortet und möglicherweise noch weiter verkauft würden. Fairerweise müsse gesagt werden, dass es diese Fälle gebe. Sie seien aber Einzelfälle und nicht das Grundproblem der Ressourcenverschwendung.

Missbrauch auf Einzelfälle beschränkt

Keine Ausbeutung des Systems liege im Gegensatz dazu vor, wenn ein Patient einen Antrag auf Kurleistung stelle oder den Arzt frage, ob Krankengymnastik ebenfalls hilfreich sein könne. Letztendlich sei es der medizinische Experte, der die Therapieverordnung ausfülle. Es stelle sich die Frage, wie hoch der Prohibitivpreis sein müsse um diese Inanspruchnahme zu verhindern. Müsste die Kur etwa als konsumtive Leistung definiert werden? Dies hätte zur Folge, dass Patienten alle Kurkosten tragen müssten. Eine Steuerungswirkung im Sinne einer Vermeidung der Inanspruchnahme könnten Zuzahlungen bei Kuren, Gymnastik usw. aber nur dann sinnvoll entfalten, wenn sie diese Prohibitivfunktion erfüllen. In allen anderen Fällen handle es sich um Kofinanzierungsinstrumente. Dies sei umso bedenklicher, da ärztlich verordnete Kuren oder Maßnahmen der Physiotherapie medizinisch indiziert sind und zur Standardtherapie zählen.

Zuzahlung hat bei medizinisch notwendigen Leistungen keine Steuerungs-, sondern nur Kofinanzierungsfunktion

Patienten hätten einen Rechtsanspruch, gerade auch auf diese Leistungen, insbesondere wenn sie vom Behandler als notwendig erachtet würden. Falls Kuren oder Heilmittel nicht genehmigt würden, sei unter Umständen ein Widerspruchsverfahren angezeigt. Die Einforderung dieser individuellen Ansprüche sei ein rationales Verhalten im Rahmen eines kollektivrechtlichen Systems, in das Versicherte Zwangsbeiträge entrichten müssten.

Außerdem sei zu bezweifeln, dass jemand gerne im Krankenhaus sei. Nur dann könne die Erhöhung der Zuzahlung im Krankenhaus-Bereich ein Finanzierungsinstrument sein, nicht aber in einer Situation, wo sich keiner freiwillig in Krankenhausbehandlung begeben, sondern nur bei medizinischer Indikationsstellung und Einweisung.

Eine Hamstermentalität bei Medikamenten sieht er bei rezeptfreien Präparaten um sich nach Aufhebung der Preisbindung bei günstigen Preisen einzudecken. Bei verordnungsfähigen Arzneimitteln sei dies nicht erkennbar. Patienten verhielten sich vielmehr systemkonform und rational, wenn sie sich, etwa bei einer Langzeittherapie, mit dem Arzt über die Packungsgröße unterhielten.

Peter Schmidt, SPD-Bundestagsfraktion, problematisiert das Klischee des Patienten als ökonomisch denkendem Menschen, der meine, dass ihm nach Entrichtung des Beitrags jede Leistung im Gesundheitswesen zustehe, auf die er einen Anspruch habe oder meint zu haben. Nach diesem Klischee würden diese Menschen die Kosten nicht kennen, das Nachfrageverhalten sei deshalb ungebremst und durch mangelnde Compliance gekennzeichnet. Dieser Patient stelle nur Rechte und Ansprüche an das System und sei

Das Klischee des Patienten, der nur Rechte und Ansprüche kennt, existiert nur in der politischen und wissenschaftlichen Theorie

nicht bereit, über seinen Beitrag hinaus Pflichten auf sich zu nehmen. Der Raucher mit Asthma, die Älteren, die nichts besseres zu tun hätten als Medikamente zu horten, seien beliebte Beispiele dieses Patiententyps. Dieser Patient existiere aber im Wesentlichen nur in der politischen und gesundheitsökonomischen Theorie und nur sehr begrenzt in der Versorgungswirklichkeit. Erforderlich sei eine differenzierte Betrachtung und die Frage, wer Gesundheitsleistungen verursache. Wenn der kranke Patient den Arzt aufsuche, verhandle er mit ihm anschließend nicht über Diagnostik und Therapie. Dies sei vielmehr Sache des Arztes. Im Kern führe dies zurück zur Problematik, dass der Gesundheitsmarkt kein Markt sei wie jeder andere.

Bekämpfung von Verschwendung und Missbrauch bei Versicherten

Missbrauch bekämpfen durch Transparenz, Kontrolle und Sanktionen

Dem Missbrauch durch Patienten ist nach Auffassung von *Julia Fleckenstein, Universität Bayreuth*, mit Aufdeckung des Schwarzmarkts, konsequenter polizeilicher Verfolgung und der Auferlegung abschreckender Sanktionen zu begegnen. Die Einführung der erweiterten elektronischen Gesundheitskarte sei hier ein wichtiges Transparenzinstrument. Auf Lösungsansätze um Verschwendung aufgrund der verfehlten Systemanreize zu bekämpfen, geht sie nicht detailliert

ein. Sie betont aber, dass Moralappelle und Kontrollregelungen das Problem nicht ursächlich beheben könnten, sondern immer nur weitere Interventionen und Ausweichreaktionen nach sich zögen. Solange der Ehrliche und Sparsame der Dumme sei und keinen Nutzen aus seinem Verzicht ziehe, seien keine nennenswerten Verbesserungen zu erwarten. Schließlich könne der Mensch nicht dauerhaft gegen seine Natur handeln. Angesetzt werden müsse vielmehr bei den Anreizen. Neben einer verbesserten Transparenz über die Vorgänge der medizinischen Leistungserstellung bezüglich Preis, Qualität und Alternativen müsse den Versicherten mehr Wahlfreiheiten und Eigenverantwortung übertragen werden, damit rationale Entscheidungen getroffen würden. Dies dürfe sich nicht in einer monetären Zuzahlung in einem ansonsten staatlich festgesetzten Zwangssystem erschöpfen (Praxisgebühr). Mehr Freiheitsgrade bei der individuellen Gestaltung des gewünschten Absicherungsniveaus und Versorgungsmodells auf Versicherten-, Kassen- und Leistungserbringerseite seien untrennbar mit der Forderung nach finanzieller Verantwortung verbunden. Daher sei ein wettbewerbliches System mit dezentralen Lösungen zu implementieren, bei dem sich die Solidarität wieder auf ihre originäre Funktion besinne: die Unterstützung finanziell Überforderter.

Bekämpfung der Verschwendung durch Anreize, mehr Wahlfreiheit und Eigenverantwortung

Peter Schmidt, SPD-Bundestagsfraktion, sieht den Hebel in erster Linie bei den ärztlichen Leistungserbringern. Die Versicherten sollten aber nicht ganz außen vor gelassen werden. Verbessert werden müsse insbesondere die Information der Patienten, damit sie aus der Rolle des Betroffenen in die Rolle des Beteiligten hineinwachsen könnten und in ihrer Verhandlungsposition gestärkt würden. Er verweist dazu auf die im GMG vorgesehenen Instrumente.

Der Hebel liegt bei den Leistungserbringern

Der Hebel liegt bei den Leistungserbringern

Peter Schmidt, SPD-Bundestagsfraktion, sieht den Hebel in erster Linie bei den ärztlichen Leistungserbringern. Die Versicherten sollten aber nicht ganz außen vor gelassen werden. Verbessert werden müsse insbesondere die Information der Patienten, damit sie aus der Rolle des Betroffenen in die Rolle des Beteiligten hineinwachsen könnten und in ihrer Verhandlungsposition gestärkt würden. Er verweist dazu auf die im GMG vorgesehenen Instrumente.

Zuzahlung, Kostenerstattung und Bonussysteme

Die finanziellen Instrumentarien im Gesundheitswesen wie Zuzahlungen und Boni sollen das Kosten- und Gesundheitsbewusstsein der Patienten erhöhen und so zu mehr Effizienz und Wirtschaftlichkeit beitragen.

Peter Schmidt, SPD-Bundestagsfraktion, erläutert, dass die Zuzahlung einerseits Finanzierungs-, andererseits Steuerungsinstrument sei. Ob sich die Reduzierung der Arztkontakte im ersten Quartal verfestige, sei derzeit offen. In der SPD-Bundestagsfraktion sähen viele die Zuzahlung mit Tränen in den Augen, weil sie Solidarität zwischen den Versicherten aufweiche, insbesondere zwischen kranken und gesunden Versicherten. Die Zustimmung sei daher sehr schwer gefallen.

Zuzahlung sowohl Finanzierungs- wie Steuerungsinstrument

Der Kostenerstattung mit der Vorleistung durch den Patienten erteilt er eine Absage. Die von manchem Politiker und Leistungserbringer als Königsweg zur Problemlösung deklarierte Kostenerstattung werde in ihrer jetzigen gesetzlichen Ausgestaltung nur ein Schattendasein fristen. Das vorgebliche Allheilmittel taue im Übrigen allein nicht dazu das Inanspruchnahmeverhalten zu steuern. Es müsse vielmehr mit Zuzahlungen, Selbstbehalten oder Beitragsrückzahlungen kombiniert werden.

Kostenerstattung kein Allheilmittel

Er ergänzt, dass die Boni Anreiz setzen sollen für gesundheitsbewusstes Verhalten. Sie sollten Versicherte in Behandlungsprozesse hinein steuern, von denen mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit erwartet wird. Dazu gehörten die Disease-Management-Programme (DMP), die hausarztzentrierten Versorgungsmodelle oder die Integrationsversorgung. Sie betreffen jedoch nur die Struktur- und Prozessqualität, nicht die Ergebnisqualität. Unter dem Gesichtspunkt der Compliance wären Boni auch für die Ergebnisqualität wichtig. Hier liegt seiner Meinung nach der eigentliche Kostendrücker im Gesundheitssystem. Die Diskussion hierüber sei jedoch schwierig.

Boni für Behandlungen mit höherer Qualität und Wirtschaftlichkeit

Thomas Isenberg, Verbraucherzentrale Bundesverband, begrüßt, dass die Krankenkassen neue Modelle wie die hausarztzentrierte Medizin oder die Integrationsversorgung anbieten und Patienten über Boni einen Anreiz zur Teilnahme geben können. Entscheidend sei, dass die Programme auf hohem Niveau durchgeführt werden und eine freiwillige Entscheidung ermöglichen.

Die Qualität bei den neuen Versorgungsmodellen muss stimmen

Breiten Raum nimmt die Diskussion um den Wegfall der Sozialklausel bzw. Härtefallregelung bei Zuzahlungen ein. *Thomas Isenberg, vzbv*, weist darauf hin, dass bis Ende 2003 Bürger mit geringem Einkommen, ca. 20 % der Versicherten, sowie weitere 30 % als Chroniker von sämtlichen Zuzahlungen befreit waren. Er bezweifelt, dass diese Patienten, z. B. Heimbewohner mit geringem Einkommen, Ärzte-Hopping betrieben, zuviel Medikamente beim Arzt bestellten oder selber autonom zu viele Medikamente einnahmen. Insofern könne man nicht von Verschwendung oder Missbrauch ausgehen. Die ersatzlose Streichung der Sozialklausel empfindet er daher als skandalös.

Härten durch den Wegfall der Sozialklausel

Verschärft werde die Situation bei einigen Patientengruppen wie Obdachlosen, Suchtkranken, psychisch Kranken. Bei diesen Patienten, die ohnehin nicht oft zum Arzt gingen, werde die Hürde der Inanspruchnahme noch erhöht. Zudem sei es bei ihnen eine Zumutung zu erwarten, dass sie Belege sammelten. Dies führe an der sozialen Realität vorbei. Erste Analysen, etwa aus Berlin, zeigten, dass Arztkontakte in Bezirken mit sozial prekären Lagen seit Einführung der Praxisgebühr in überdurchschnittlichem Maß unterblieben. Vor dem Hintergrund dieser Diskriminierung erscheine die Argumentation mit Kostenbewusstsein und Verantwortungsgefühl nur als Euphemismus um eine Kofinanzierung zu legitimieren.

Zeichen setzen durch Wiedereinführung der Härtefallregelung

Er drückt seine Hoffnung aus, dass die SPD-Bundestagsfraktion den Mut finde sich zu distanzieren und die Härtefallregelung wieder einzuführen. Dies sei ohne Zustimmung des Bundesrates möglich. Er plädiert für eine Grenze bei rund 950 € für Alleinstehende und zusätzliche Freibeträge für Kinder etc., was der bis zum Jahreswechsel geltenden Regelung entspreche. Bei der jetzigen Regelung handle es sich um eine reine Finanzierungs- bzw. Abkassierungsfunktion ohne positive Steuerungsfunktion. Wenn Heimbewohnern diese Zuzahlung noch vom Taschengeld abgezogen werde, helfe auch die technokratische Diskussion nicht weiter, ob die Zuzahlung des Jahresbetrags von 60 € bzw. 30 € bei Chronikern über Monate gestaffelt werde. Fakt sei, dass dieses Geld nicht mehr zur Verfügung stehe.

Eine Änderung sei auch notwendig, um langfristig das Vertrauen in die GKV aufrecht zu erhalten. Ein Kollektivsystem mit Zwangsbeiträgen könne nicht langfristig mehrheitsfähig bleiben, wenn subjektiv das Gefühl zunehme, dass immer mehr Vorteile verloren gingen. Hier müsse politisch gegengesteuert werden, auch in so kleinen Dinge wie der Zuzahlung in Härtefällen. Denn es handle sich nicht um Milliardenbeträge, sondern um 20 – 100 Mio. €.

Soziale Ungerechtigkeiten über Steuertransfer ausgleichen

Julia Fleckenstein, Universität Bayreuth, fühlt sich missverstanden. Auch sie hält die bestehenden Zuzahlungen in gewisser Weise für ungerecht, da sie nichts anderes als Zwangsbeiträge im Krankheitsfall seien. Notwendig seien mehr Wahlfreiheiten vor der Erkrankung. Versicherte müssten sich individuell Gedanken machen können über das von ihnen gewünschte Versicherungsniveau und die Höhe der Selbstbeteiligung. Sie verweist auf das Schweizer Beispiel und die hohe Zufriedenheit der dort Versicherten. Soziale Ungerechtigkeiten sollten besser über Steuertransfer ausgeglichen werden, der sehr viel zielgenauer als die derzeitige Einkommensumverteilung erfolgen könne.

Das Problem der Diskontinuität

Peter Schmidt, SPD-Bundestagsfraktion, erklärt, dass die vollständige Befreiung mit der Gesundheitsreform ausdrücklich aufgehoben worden sei. Jetzt gebe es nur eine Befreiung von Jahr zu Jahr. Die Regelung sei mit einer Belastungsgrenze verknüpft, die bei zwei Prozent bzw. einem Prozent (chronisch Kranke) des jährlichen Bruttoeinkommens der jeweiligen Bedarfs- und Wirtschaftsgemeinschaft liege (zum Beispiel einer Familie). Das Problem bestehe in der Diskontinuität, da die Zuzahlung jeweils in ersten Monaten anfalle.

Dieses Problem müsse und könne gelöst werden. Die Spitzenverbände der Sozialhilfeträger und Krankenkassen hätten sich auf ein Darlehen verständigt um die Zuzahlung vorzustrecken. Bei Heimpatienten solle der Sozialhilfeempfänger direkt an die Krankenkasse zahlen. Mit einigem bürokratischen Aufwand sei so eine Lösung gefunden worden um die sozialen Härten abzufedern. Leider werde die Vereinbarung in der Praxis von vielen lokalen Sozialhilfeträgern nicht befolgt. In Heimen dürfe man von den Betreuern und Pflegern erwarten, dass sie den Heimbewohnern beiseite stehen. Er verweist darauf, dass die SPD bei Sozialhilfeempfängern nur einen Euro erheben wollte, während die Union ursprünglich 10 % forderte und heruntergehandelt werden musste.

*Lösungsansätze werden
nur teilweise umgesetzt*

Zur Zeit würden Schwachstellen gesammelt und analysiert, auch im Hinblick auf mögliche Änderungen. Da das Gesetz parteiübergreifend erarbeitet worden sei, werde man gemeinsam über Veränderungen reden müssen. Angesichts der Problemfülle könne keine definitive Aussage über eine Änderung gemacht werden.

*Derzeit keine Aussage
über Änderungen
möglich*

Forum III

Apotheker: Das Geschäft mit den Pillen

Verschwendung und Missbrauch bei verordneten Arzneimitteln

Betrug durch Abrechnung nicht gelieferter Arzneimittel

Anhand von aktuellen Pressemeldungen über zwei Betrugsfälle, bei denen einzelne Ärzte und Apotheker die Kassen um Beträge bis in Millionenhöhe betrogen hatten, führt *Norbert Schleert, Leiter der Abteilung Arznei- und Heilmittel beim AOK Bundesverband*, in das Thema ein. In einem Fall hatte sich der Arzt „Sprechstundenbedarf“ wie Pflaster und Spritzen verordnet, der direkt abgerechnet, aber selten kontrolliert werde. Im zweiten Fall hatte ein Arzt Rezepte für überhöhte Dosen eines sehr teuren Medikaments ausgestellt, die die Patienten entweder gar nicht oder mit weit geringeren Dosen erhielten. In Absprache mit den Apothekern wurden diese Produkte nicht geliefert, aber abgerechnet. Der Gewinn wurde geteilt.

Bekannt seien auch Fälle, bei denen geringere Mengen oder ein preisgünstigeres Generikum abgegeben werde. Daneben gebe es weitere Formen des Missbrauchs wie den Tausch eines Rezepts gegen Geld oder Waren. Der Patient „besorge“ dabei Rezepte, die der Apotheker mit der Kasse abrechne, und erhalte im Gegenzug Geld oder Dienstleistungen. Bekannt sei auch die Abgabe von Life-Style-Produkten an Stelle teurer Arzneimittel (z. B. Viagra). Der Patient möchte Arzneimittel, die keine Kassenleistung sind, der Arzt verordne Arzneimittel, die von der Kasse bezahlt werden, der Apotheker gebe Life-Style-Produkte ab und rechne das Rezept mit der Kasse ab.

Verschwendung geht in die Milliarden, Missbrauch dagegen belastet das System kaum

Es sei aber nicht der Missbrauch, der primär das System belaste. Denn Missbrauch komme insgesamt nur vereinzelt vor. Kostentreibend seien vielmehr ganz andere Aspekte. Sie gingen auf eine Vielzahl von Fehlsteuerungen und Fehlallokationen zurück und beruhten teilweise auf ordnungspolitischen Regelungen. Diese Verschwendung habe unterschiedliche Ursachen wie die bisherige Preispolitik oder ärztliches Ordnungsverhalten mit der Verordnung teurer anstelle von wirtschaftlichen Arzneimitteln. Angesprochen auf die Dimension der Verschwendung verweist er auf den jährlich erscheinenden Arzneimittelreport. Beim Einsparpotenzial gehe es um Größenordnungen in Milliardenhöhe.

Thomas Isenberg, Verbraucherzentrale Bundesverband, sieht keine Verschwendung auf Verbraucherseite. Zwar gebe es Arzneimittelmüll, den er aber nicht als Verschwendung ansieht. Denn Non-Compliance habe Gründe, etwa die ungenügende Aufklärung des Patienten über die Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme oder die mangelnde Durchsetzung des Hausapothekers.

Prüfung der Arzneimittelausgaben durch die Krankenkassen

Angesichts eines Brutto-Apothekenumsatzes von 26,5 Mrd. € zu Lasten der GKV im Jahr 2003, 500 Millionen Rezepten und 750 Millionen Einzelverordnungen ist die Ausgabenkontrolle eine wichtige Aufgabe für die Krankenkassen. *Norbert Schleert, AOK*, erläutert, dass der Datenträgeraustausch im Arzneimittelbereich seit 1997 die Grundlage für die EDV-gestützte Abrechnungsprüfung der Apotheken bilde. Kontrolliert werde beispielsweise, was abgerechnet wird, ob die Rechnung stimmt, ob Besonderheiten feststellbar sind und ob Verordnung und Arzneimittelabgabe überein stimmten. Abgleiche erfolgten mit anderen Kontrollen wie der Richtgrößen- und Durchschnittsprüfung.

Die Ausgabenkontrolle hat für Krankenkassen hohe Priorität

Mit Hilfe der Software PharmPRO werde außerdem das ärztliche Verordnungswesen analysiert. Zu den Auswertungsoptionen gehörten Fachgruppenvergleiche, eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht, Auswertungen nach Indikations- und Wirkstoffgruppen, Hitlisten nach Kosten und Verordnungen sowie das Einsparpotenzial bei Festbetragsgruppen, Generika und Me-too-Präparaten. Außerdem seien Analysen zu umstrittenen Arzneimitteln, Patientenprofilen und Zeitreihenanalysen möglich.

Vielfältige Analysen zur Aufdeckung von Fehlversorgung und Missbrauch möglich

Bei der Verordnung über einen längeren Zeitraum und von mehreren Medikamenten könnten die Ergebnisse wie die Wirkungsdauer in ihrer Gesamtheit visualisiert dargestellt werden. Damit würden Qualitätsreserven, aber auch Übertherapie, Therapielöcher, Wechselwirkungen und problematische Kombinationen erfasst. Diese Daten würden vorwiegend zur Beratung von Ärzten benutzt. Sie seien aber auch in der Lage, Auffälligkeiten wie Unterschiede zwischen Abgabe und Verordnung abzubilden und damit Missbrauch aufzudecken. Im Vergleich zu den 90er Jahren stünden erheblich mehr Möglichkeiten der Überprüfung zur Verfügung, die in Bezug auf Transparenz zu einem Quantensprung geführt hätten.

Das GMG habe mit der Weiterentwicklung der Versichertenkarte ein weiteres Instrument entwickelt um Missbrauch zu erschweren. Die für 2006 vorgesehene Einführung der Gesundheitskarte sei verbunden mit dem elektronischen Rezept, das die Prüfung effizienter mache, Abrechnungs- und Prüfkosten senke. Die neuen Transparenzregeln erleichterten zudem die Analyse von Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie der sektorübergreifenden Versorgung.

Effizientere Prüfungen durch geplante Gesundheitskarte

Fehlversorgung und Risiken bei der Medikation minimieren

Dr. Frank Diener, Geschäftsführer Wirtschaft und Soziales, Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA), sieht die Apotheker in der Funktion von Verbraucherschützern, weil sie dazu beitragen Risiken der Medikation zu minimieren. Grundsätzlich gelte, dass jedes Arzneimittel helfen

Die Beratung der Apotheker kann Risiken der Medikation minimieren

oder schaden könne. Es gebe keine Wirkung ohne Nebenwirkung. Zusätzlich zum Risiko des Medikaments sei der Faktor „Mensch“ ein wesentlicher risikoerhöhender Faktor. Arzneimittelbezogene Probleme könnten vielfältig sein, z. B. Arzneimittelleinsatz in nicht-indizierten Fällen oder umgekehrt Nichteinsatz trotz Indikationsstellung. Weitere Gründe seien falsche Dosierung, falsche Einnahmefrequenz oder -dauer, unberücksichtigte Interaktionen und Kontraindikationen sowie Applikationsfehler.

Milliarden potenzieller Risikosituationen

Bei 82 Millionen Menschen, die pro Jahr rund 900 Millionen Arzneimittelpackungen verordnet bekämen und zusätzlich etwa 800 Millionen Packungen im Wege der Selbstmedikation erwerben, bestehe pro Person durchschnittlich bei 20 Packungen jährlich die Möglichkeit etwas richtig oder falsch zu machen. Und jede Packung werde mehrfach in die Hand genommen. Insgesamt ergäben sich so Milliarden von Risikosituationen. Es sei daher vernünftig, nicht nur bei den rund 400 Millionen Praxisbesuchen, sondern auch bei den rund 1 Milliarde Apothekenbesuchen jede Chance zur Risikominimierung zu nutzen.

Die Arzneimitteldokumentation bildet die Grundlage für die Lösung arzneimittelbezogener Probleme

Er verweist auf Studien zu Medikationsrisiken, unter anderem der ‚Danish Society for Patient Safety‘. Danach stehen 5 % aller Krankenhauseinweisungen im Zusammenhang mit Arzneimittelproblemen, nehmen Patienten mit mehreren Medikamenten in 1 % der Fälle gefährliche Kombinationen ein und entdeckten Apotheker Probleme in bis zu 40 % der Verschreibungen von praktischen Ärzten. Hinzu komme, dass die Anwendungstreue bei der Arzneimittelaufnahme, die sog. Patienten-Compliance gerade bei Chronikern sehr schlecht sei, zum Teil unter 20 %, im Durchschnitt jedoch 50 %.

Wichtig sei es daher, die arzneimittelbezogenen Probleme zu entdecken und zu lösen. Die Arzneimitteldokumentation habe dabei eine wichtige Rolle: Grundlage bildeten die Stammdaten des Patienten mit Namen, Geburtsdatum und Geschlecht, behandelnden Ärzten und Krankenkassen, Grunderkrankungen, Allergien und Arzneimittelunverträglichkeiten. Sie würden ergänzt durch die permanent aktualisierten Gesamtmedikationsdaten wie Abgabedatum, die Pharmazentralnummer (die Produktnummer des Arzneimittels), Handelsname, Darreichungsform, Wirkstärke, Packungsgröße, Preis und Dosierung. Aus der Arzneimitteldokumentation werde das Medikationsprofil abgeleitet, das die angewandten Arzneimittel für einen definierten Zeitraum enthalte.

Diese Daten bildeten die Basis für den Arzneimittelcheck im Hinblick auf Neben- und Wechselwirkungen, Kontraindikationen, alters- und geschlechts-atypische Medikation, Doppelverordnungen und Warn Grenzen. Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte werde jeder Patient die Möglichkeit haben die Arzneimitteldokumentation als freiwillige, kostenfreie Anwendung zu wählen. Arzneimittelbezogene Probleme könnten dann in den Apotheken und Arztpraxen, im Krankenhaus und Notfallwagen erheblich minimiert werden.

Kostensenkungen durch die neue Apothekervergütung

Dr. Frank Diener, ABDA, führt aus, dass die seit 1.1.2004 geltende Apothekervergütung die Vertrauenswürdigkeit der Apotheker erhöht habe. Die Apotheker hätten bisher eine durchschnittliche Apothekenhandelsspanne von 17,3 % erhalten. Bei dieser preisabhängigen Apothekervergütung sei häufig der Vorwurf gekommen: „Je teurer das Mittel, desto eher wird es verkauft - also sind die Apotheker unglaublich.“

Die neue, weitgehend preisunabhängige Apothekervergütung erhöht Vertrauenswürdigkeit der Apotheker

Mit der neuen Vergütung erhalte der Apotheker nun generell eine Pauschale von 8,10 € je Packung, zuzüglich eines 3 %-igen Aufschlags, abzüglich eines GKV-Abschlags von 2 €. Das neue Vergütungsmodell sei daher weitgehend unabhängig vom Preis des Arzneimittels. Er führt aus, dass das neue Vergütungssystem für die GKV Einsparungen bedeute. Aufgrund der halbierten Großhandelsmarge und der neuen Apothekervergütung werden die Krankenkassen nach Berechnungen des BMGS um etwa 500 Mio. € jährlich entlastet. Das neue Vergütungssystem führe dazu, dass alle Arzneimittel ab einem Herstellerabgabepreis von 15 € billiger würden. Bei teuren Arzneimitteln seien Verbilligungen von 3 000 € – 4 000 € möglich. Die Finanzierung innovativer Therapien sei deshalb nun wesentlich leichter als bisher. Umgekehrt würden preisgünstige Arzneimittel überdurchschnittlich verteuert, weil immer der Fixzuschlag von 8,10 € aufgeschlagen werde. Per saldo sei die Entlastung der GKV jedoch unumstritten.

Entlastungen der GKV

Norbert Schleert, AOK, ergänzt, dass die Industrie ihre Abgabepreise frei festsetzen könne. Danach greife die Arzneimittelpreisverordnung. Sie schreibe vor, dass der Großhandel auf den Abgabepreis der Industrie nur einen bestimmten Prozentsatz aufschlagen darf. Daraus ergebe sich der Großhandelspreis, der gleichzeitig der Einkaufspreis für den Apotheker sei. Hierauf dürften die Apotheker nach der Verordnung ebenfalls nur einen bestimmten Aufschlag nehmen. Bis zum 31.12.2003 sei dies ein prozentualer Aufschlag gewesen. Nun gelte die bereits beschriebene Regelung. Sie gelte aber nur für rezeptpflichtige Arzneimittel.

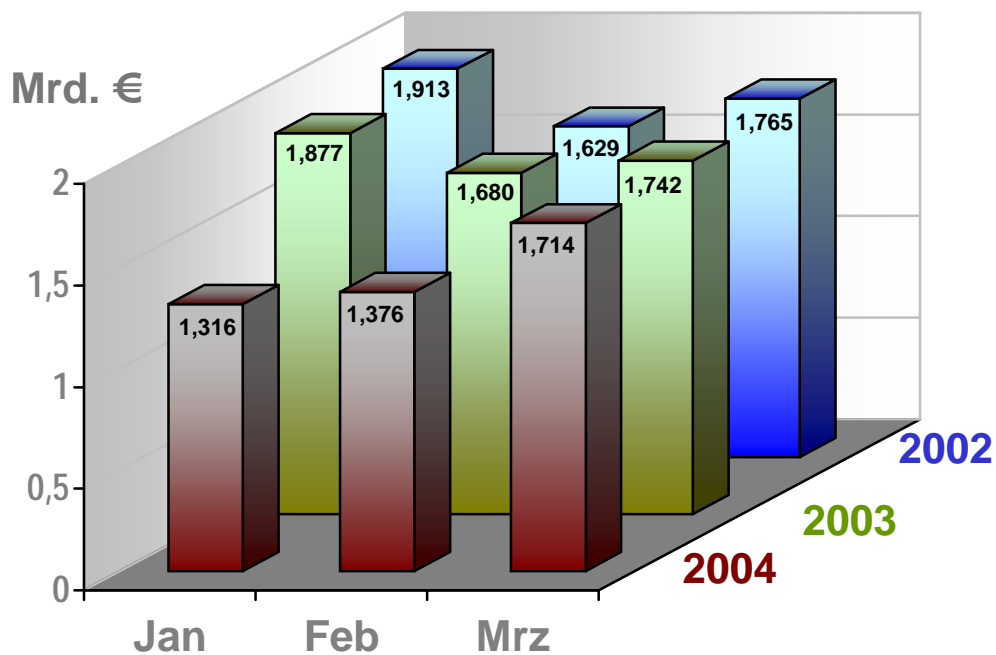
Verbilligung teurer und Verteuerung billiger Medikamente

Bei den Versicherten machten sich die Änderungen jedoch nicht wegen der Aufschläge bemerkbar, sondern weil gleichzeitig die Zuzahlung deutlich erhöht wurde. Bereits früher hätten Patienten preiswerte Arzneimittel wegen der (höheren) Zuzahlung selbst gezahlt, trotz Rezept. Jetzt liege die Zuzahlung bei mindestens 5 € bzw. 10 % und maximal 10 €. Dies trage der Patient.

Bei Versicherten macht sich erhöhte Zuzahlung bemerkbar

Dr. Frank Diener, ABDA, weist den Vorwurf zurück, dass keine billigen Medikamente aus dem Ausland eingeführt würden. Importarzneimittel (mit deutscher Zulassung) würden in deutschen Apotheken schon lange abgegeben. Mit den Kassen seien sogar verbindliche Importquoten verabredet.

Verbindliche Quoten für Importarzneimittel



GKV-Arzneimittelausgaben: Istwerte 2004

Hochrechnung auf Basis 1. Quartal 2004: 17,6 Mrd. € d.h. – 5,2 Mrd. € ggü. 2003

Quelle: Diener, ABDA

Einsparungen bei Arzneimitteln liegen im Plan

Insgesamt hätten sich die Arzneimittelausgaben bei den Krankenkassen aufgrund von erhöhten Zuzahlungen, geänderten Herstellerzwangsrabatten, halbierten Großhandelsmargen und veränderter Apothekenvergütung im ersten Quartal um etwa 900 Mio. € reduziert. Der Arzneimittelbereich liege damit im Plan und er sei zuversichtlich, dass das Pharmapaket im GMG am Jahresende die vorgesehenen Einsparungen bringen werde. Die Frage sei, ob auch die Beitragssatzsenkungen folgten.

Preisvorteile durch Versandhandel?

Zur Kritik, dass der Versandhandel vor allem in Holland günstigere Preise biete, erwidert *Dr. Frank Diener, ABDA*, dass die Apotheken keinen Versandhandel benötigten. Sie würden in begründeten Fällen schon seit rund 100 Jahren kostenfreie Botendienste anbieten. 5 % der Packungsmengen würden auf diesem Wege ausgeliefert. Hinzu komme, dass die Preisunterschiede für rezeptfreie Arzneimittel zwischen Deutschland und den Niederlanden relativ niedrig seien. Der durchschnittliche Apothekenanteil am Arzneimittelpreis liege in Deutschland wie in Holland zwischen 6 € und 7 € je Packung. Bei praktisch jeder Versandapotheke fielen jedoch zusätzlich noch Versandkosten in Höhe von 4 € - 5 € an, die die Preisvorteile sogar ins Gegenteil verkehren könnten.

Hausapothekenmodell

Auf Nachfrage erläutert *Dr. Frank Diener, ABDA*, dass die Barmer Ersatzkasse mit dem Deutschen Apothekerverband einen Hausapothekenmodellvertrag geschlossen habe, der zum 1.4.2004 in Kraft getreten sei. Im Rahmen des Modells könnten Versicherte der Barmer bei zertifizierten Apotheken spezielle Services nutzen. Dazu zählten Messungen bestimmter Parameter, der Arzneimittelcheck, aber auch Boni. Im Mittelpunkt stehe nicht der Preisrabatt auf Arzneimittel und andere medizinische Produkte, sondern die Medikation, das Medikationsprofil und der Apothekerbrief, den der Patient erhalte und den er seinem Arzt geben könne um Medikationsprobleme und Risikosituationen zu minimieren. So könnten Kosten gespart und die Versorgung verbessert werden. Verhandlungen liefen mit anderen bundesweiten Krankenkassen, in einigen Ländern bestünden auf Landesebene Verträge mit den Innungs- und Betriebskrankenkassen.

Zusätzliche Serviceangebote in Hausapotheken

Norbert Schleert erläutert, dass der *AOK Bundesverband* kein Apothekenbindungsmodell anstrebe, das den Versicherten preiswerte Leistungen biete. Ziel seien vielmehr billige OTC-Medikamente (OTC = over the counter, d. h. frei verkäufliche Arzneimittel), bei denen bisher trotz Freigabe der Preise wenig vom Preis-Wettbewerb zu spüren sei.

Forum IV

Pharmaindustrie: Innovationsdefizite - Scheininnovation und Sponsoring?

Verschwendung durch mangelnde Innovationen der Pharmaindustrie?

Die Diskussion konzentriert sich auf die Innovationsfähigkeit der Pharmaindustrie. Im Mittelpunkt steht die Frage, ob es sich bei den Neuerungen um Scheininnovationen handelt, die zu unangemessenen Preiserhöhungen bei Arzneimitteln genutzt würden und im Ergebnis zu Verschwendung führten.

Vorwurf: 92 % der neuen Wirkstoffe sind Scheininnovationen

Nach Prof. Dr. Peter S. Schönhöfer, Mit-Herausgeber des *arzneitelegramms* und Mitglied von *Transparency International*, ist die Pharmaindustrie von einer bedenklichen Innovationsunfähigkeit geprägt.

Von den 1990 bis 2002 in Deutschland neu zugelassenen 395 Wirkstoffen seien nur sieben echte Innovationen. Es handle sich dabei um vier neue Substanzgruppen (Statine zur Behandlung von Arteriosklerose, Serotonin-Antagonisten zur Unterdrückung von Zytostatika-Erbrechen, Protease-Hemmstoffe zur Hemmung der HIV-Infektion und Tyrosinkinase-Hemmer zur Behandlung der chronisch-myeloischen Leukämie) sowie um drei neue Therapiestrategien der klinischen Forschung (ACE-Hemmer zur Behandlung der Herzleistungsschwäche, Protonenpumpenhemmer und Antibiotika zur Heilung von Magen-/Darmgeschwüren, Beta-Blocker zur Behandlung der Herzleistungsschwäche). Rund 20 bis 25 weitere Substanzen stellten einen limitierten Fortschritt für kleine Patientengruppen in der klinischen Medizin dar.

Dies bedeute umgekehrt, dass es sich bei 365 oder 92 % der neuen Wirkstoffe um Scheininnovationen ohne Zusatznutzen oder Verträglichkeitsvorteil für den Patienten handle. Sie würden als scheinbare Neuerung eingeführt, um die Behandlungskosten zu steigern, in der Regel um das Drei- bis Zehnfache. Sie dienten also nur der Profitsteigerung der Anbieter.

Pharmaindustrie ist kein einheitlicher Block

Prof. Dr. Barbara Sickmüller, Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, führt zunächst aus, dass die Pharmaindustrie nicht als einheitlicher Block gesehen

werden könne. Vielmehr müssten drei Gruppen unterschieden werden – große, international tätige Konzern, der pharmazeutische Mittelstand und junge Biotechunternehmen. Bei den rund 30 großen Konzernen liege die Umsatzrendite bei durchschnittlich 15 % – 30 %, die

Großunternehmen, Mittelstand und junge Biotechunternehmen unterscheiden sich bei Ertragskraft und Forschung

zum größten Teil in nichtdeutschen Märkten erzielt werde. Der Gesamtumsatz der sechs größten Anbieter liege unter dem des Weltmarktführers (40 Mrd. US\$ > 11 % Marktanteil). Mit einem Umsatz von 7,3 Mrd. € sei das größte deutsche Unternehmen global gesehen nur mittelgroß. Nur wenige betrieben Forschung und Entwicklung (F&E) in Deutschland; sie sei größtenteils ins Ausland gegangen. Rund 500

Unternehmen gehörten zum deutschen pharmazeutischen Mittelstand. Er habe mit mehr als 60 000 Arbeitsplätzen erhebliche volkswirtschaftliche Bedeutung, weise aber eine unter-

durchschnittliche Ertragskraft von 5 % – 8 % aufweise. Hier bestehe eine starke Fokussierung auf den Inlandsmarkt mit Ausweitung auf EU-Länder. Nahezu die Hälfte der Unternehmen verfüge über Kompetenzen in Forschung und Entwicklung. Von den weltweit über 2 000 jungen Biotechunternehmen seien über 300 in Deutschland angesiedelt. Sie entwickelten Arzneimittel und brächten einen Innovationsschub für die pharmazeutische Industrie.

Prof. Dr. Barbara Sickmüller weist den Vorwurf des Innovationsdefizits zurück. Vielmehr sei die Pharmaindustrie eine der innovativsten Branchen. Die Ausgaben für F&E hätten im Jahr 2001 in Europa bei rund 19 Mrd. € (8 Mrd. € 1990) gelegen, in Deutschland bei 3,8 Mrd. €. Die Bilanz könne sich sehen lassen. 68 NCE's (New Chemical Entities) und NBE's (New Biological Entities) seien von 1998 bis 2002 in Europa zugelassen worden, das erste biopharmazeutische Arzneimittel vor 20 Jahren. Im Jahr 2000 seien 84 Biopharmazeutika weltweit im Markt gewesen, 60 neue bis 2003 hinzugekommen, davon rund die Hälfte NBEs. Die anderen seien Produktverbesserungen und Erweiterungen. Berücksichtigt werden müsse dabei, dass die Entwicklung von Innovationen zeit- und kostenintensiv sei.

Die Pharmaindustrie ist eine der innovativsten Branchen

Sie widerspricht der These, dass Innovation nur an großen Neuerungen festzumachen sei. Medizinischer Fortschritt vollziehe sich selten in großen Schritten, sondern wesentlich häufiger in einer Vielfalt kleiner Schritte. Fortschritt könne so unterschiedliche Bereiche wie Arzneimittelwirkstoffe mit neuen Wirkprinzipien, neue Stoffe unter Fortentwicklung bekannter Strukturen, neue Indikationen bekannter Stoffe, abweichendes Nebenwirkungs- / Wechselwirkungspotential oder neue Darreichungs- und Applikationsformen betreffen.

Innovation macht sich nicht nur an großen Neuerungen fest

Berücksichtigt werden müsse, dass Technologien reifen. Auch bei ähnlichen klinischen Ergebnissen könnten „Me too“-Produkte (Nachahmerprodukte) dem Patienten hohen zusätzlichen Nutzen bringen. Denn häufig werde erst das 2. oder 3. Arzneimittel einer Gruppe zum Standard; auch würden Arzneimittel parallel und in Konkurrenz zueinander entwickelt. Zudem führten die „Me-too“-Produkte frühzeitig zu einem Preiswettbewerb und senkten damit Kosten.

Nachahmerprodukte können zusätzlichen Nutzen und Preissenkungen bringen

Pharma-Marketing: Täuschung und Fälschung?

Die Kritiker werfen der Pharmaindustrie vor, dass sie den Absatz von Medikamenten in unsachgemäßer Weise beeinflusse und sogar illegale Praktiken anwende. Die durch Scheinnovationen verursachte Verschwendung sowie Missbrauch würden dadurch noch verstärkt.

So verwendet das Pharma-Marketing nach Darstellung von *Prof. Dr. Peter Schönhöfer, arznei-telegramm*, zunehmend korruptive und illegale Praktiken wie Datenmanipulation und Fälschung gegenüber den Fachkreisen, um Firmenumsätze zu sichern. Denn angesichts der Innovationsschwäche gelinge ein Qualitätswettbewerb nicht mehr.

Vorwurf korruptiver und illegaler Praktiken

Fälschung und Unterdrückung von Studienergebnissen?

Klinische Studienergebnisse würden gefälscht, zum Beispiel bei CELEBREX und VIOXX, Negativstudien wie im Fall des Antidepressivums Paroxetin bei Kindern nicht publiziert. Vergleichsgruppen würden unterbehandelt und Risiken wie Suizidalität durch „Fehl“-Kodierung abgeschwächt. Kritische Informationen seien, wie im Fall von MSD-Spanien, durch Klagen unterdrückt worden. Bei Produktinformationen und Werbematerialien der Pharmaindustrie für Ärzte werde fehlinformiert. Nur 8 % der Aussagen stimmten nach einer im *arznei-telegramm* (2004, Nr. 2) veröffentlichten Untersuchung mit dem medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstand überein.

Beeinflussung wesentlicher Entscheidungsträger durch finanzielle Mittel

Hinzu komme eine Beeinflussung durch finanzielle Mittel. So würden Verordnungen in Form von Anwendungsbeobachtungen in Höhe von rund 1 Mrd. € pro Jahr gekauft. Finanziell beeinflusst würden auch Fachgesellschaften und Berufsverbände mit 1,5 Mrd. € pro Jahr, Leitlinien-Autoren sowie Experten zur Dominierung der ärztlichen Fortbildung über das Sponsoring ärztlicher Fortbildung mit ebenfalls rund 1,5 Mrd. € jährlich. Weiter werde die Doppelfunktion von Experten als Agenten in Gremien der Selbstverwaltung finanziert und Journalisten für „Advertorials“ gesponsert. Ebenfalls finanziell gesponsert würden Selbsthilfeorganisationen, die die oft zweifelhaft wirksamen Medikamente des Sponsors propagierten und ihm Klienten und deren Ärzte zuführten.

Nach Darstellung von Prof. Dr. Schönhöfer ist es mit dem massiven Geldeinsatz des Pharmamarketings gelungen, eine erhebliche Anzahl von Experten, Meinungsbildnern und Vertretern der ärztlichen Selbstverwaltung und der ärztlichen Fachgesellschaften zu korrumpieren. Dies führe dazu, dass Informationsorgane und Entscheidungsträger oft distanzlos die Interessen der Warenanbieter verträten und keine Scheu empfänden, dafür Vergünstigungen, Honorare und andere geldwerte Leistungen zu empfangen, ohne dass diese Abhängigkeiten deklariert und publiziert werden müssten.

Informationsfreiheitsgesetz soll Daten öffentlich zugänglich machen

Er fordert ein Informationsfreiheitsgesetz, das Behörden wie das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) verpflichte ihre Entscheidungen zu begründen und offen zu legen. Dies funktioniere bei der amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) seit Jahrzehnten. Alle Zulassungsbehörden müssten ihnen zugängliche Informationen, etwa über die schlechtere Wirkung eines neuen Präparats, offen legen und in ihre Informationsebenen wie den Beipackzettel und die Fachinformation übersetzen.

Besserer Informationsaustausch zwischen Ärzten notwendig

Für *Günther Jonitz, Präsident der Berliner Ärztekammer*, beschreibt Prof. Dr. Schönhofer die „Baustellen“ sehr klar. Zwar verfügen die meisten Ärzte seines Erachtens über ausreichende Arzneimittelkenntnisse um Wirkungen und Nebenwirkungen richtig einzuschätzen. Schwierig sei aber die Abschätzung des tatsächlichen Nutzens für Patienten, wenn neue Produkte, mit zum Teil nicht ausreichenden Informationen, auf den Markt kämen. Um Therapieeffekte zu beurteilen, sei es weiter erforderlich eine große Zahl an Patienten zu behandeln. Daher müsse man Sorge

tragen, dass Ärzte Rechenschaft ablegen könnten über Ergebnisse, Risiken und Nebenwirkungen. Die Information und Kooperation hierüber müsse ausgebaut werden, damit die Kollegen davon profitieren.

Weiter wünscht er sich zusätzliche Belege über Missbrauch vor allem in Bezug auf Fachgesellschaften oder Berufsverbände. Beim Berufsverband der deutschen Gynäkologen sei es mittlerweile erwiesen, dass er sich habe kaufen lassen. Er habe sich die Produktinformationen direkt von einer Pharmafirma geben lassen, um anschließend im eigenen Berufsverband Reklame zu machen für die Hormonersatztherapie bei Frauen. Dieser Skandal sei mittlerweile erfreulicherweise aufgedeckt und habe zu einer Modifikation bei der Fortbildungszertifizierung der Kammer geführt. Künftig erhielten Berufsverbände der Fachgesellschaften in Berlin nicht automatisch die Befugnis, für eigene Veranstaltungen Fortbildungspunkte zu vergeben.

Erste Konsequenzen aus Beeinflussung von Berufsverbänden

Heute stelle sich die Frage, worauf man sich verlassen könne. Früher hätten die Eminenzen wie ‚der große Professor‘ oder ‚die große Fachgesellschaft‘ über eine hohe Glaubwürdigkeit verfügt. Weil dies nicht mehr funktioniere, sei vor sechs Jahren die evidenzbasierte Medizin als politische Institution gegründet worden. Evidenzbasierte Medizin bedeute Nachweis der Wissenschaftlichkeit, unter nachdrücklicher Hinterfragung, welche Studien nicht publiziert sind. Die neuen Leitlinien seien klar evidenz-, nicht eminenzbasiert.

Glaubwürdigkeit durch evidenzbasierte Medizin wiederherstellen

Geprüft werden müsse, warum in Deutschland so viel an wichtigen Informationen unterschlagen werde, warum es keine Meldepflicht für durchgeführte Studien gebe, die in Großbritannien seines Wissens zumindest auf freiwilliger Basis realisiert sei. Geklärt werden müsse weiter, wie die vorliegenden Informationen verbreitet werden. Er sieht hierfür im BfArM eine geeignete Institution. Erforderlich sei der politische Wille, um dies gesetzlich als Aufgabe des BfArM festzulegen.

Vorliegende Informationen verbreiten

Christoph Kranich, Leiter der Fachabteilung Gesundheitsdienstleistungen der Verbraucherzentrale Hamburg, äußert seine Besorgnis über die mangelhafte Veröffentlichung von Studien. Kürzlich sei berichtet worden, dass die Hälfte der angefertigten Studien nicht publiziert werde. Dies mache evidenzbasierte Medizin eigentlich unmöglich, denn Evidenz setze die Kenntnis der Grundgesamtheit aller vorhandenen Studien voraus. Für Entscheidungen, die über die Grundzulassung hinaus gingen, wie die Anwendbarkeit in konkreten Fällen, die Empfehlung in Leitlinien und die Bezahlung durch Krankenkassen, die auf evidenzbasierte Medizin gestützt werde, müsse man auf eine vollständige Veröffentlichung drängen. Wenn pharmazeutische Unternehmen die Studien, die die Wirksamkeit eines Medikaments nicht beweisen, in der Schublade liegen lassen könnten und nur diejenigen publizierten, die vielleicht zufällig die Wirksamkeit beweisen, werde evidenzbasierte Medizin zur großen Täuschung.

Mangelhafte Veröffentlichung von Studien macht evidenzbasierte Medizin unmöglich

Der Zulassungsbehörde müssen alle Studien vorgelegt werden

Dr. Johannes Lütz, Direktor und Professor, Leiter der Abteilung Nachzulassungsverfahren des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erläutert, dass das Arzneimittelgesetz (AMG)

vorschreibt, dass Studien der zuständigen Bundesoberbehörde in Gänze vorgelegt werden müssen, auch negativ belastende. Andernfalls sei dies ein Fall für den Staatsanwalt. Die bereits erzielten Erfolge des BfArM in derartigen Fällen führten dazu, dass die Firmen sich in Zukunft an die gesetzlichen Vorschriften halten. Auch von Seiten des BfArM bestehe das Interesse, dass möglichst viel publiziert werde.

Den Fachkreisen stehen die Fachinformationen zur Verfügung

Prof. Dr. Barbara Sickmüller, Bundesverband Pharmazeutische Industrie, äußert ihre Verwunderung über das Verhalten der Fachkreise, denen die Fachinformationen zur Verfügung stünden. Die pharmazeu-

tischen Unternehmen hätten intensive Diskussion mit dem BfArM über die Fachinformation. Sie sei herstellerunabhängig, da sie von der Zulassungsbehörde bis ins letzte Komma geprüft und als Teil des Bescheides festgeschrieben werde. Eine Änderung erfordere die Zustimmung der Behörde. Außerdem gebe die europäische Arzneimittelagentur EMA (European Medicines Agency) Bewertungsberichte in Abstimmung mit den anderen europäischen Zulassungsbehörden ab, die auf der Homepage einsehbar seien. Nach der nächsten Novelle des AMG würden sie künftig für alle national zugelassenen Produkte zur Verfügung stehen.

Bewertungsberichte von Antragstellern verfasst?

Dem hält Prof. Dr. Peter Schönhofer entgegen, dass die Bewertungsberichte aus Rationalisierungsgründen von den Antragstellern, also Firmen geschrieben würden.

Ineffizienz durch markt- statt krankheitsorientierte Forschung

Ausrichtung der Forschung am Gewinn statt an der Bekämpfung von Krankheiten

Einen weiteren Aspekt der Verschwendung sehen die Kritiker darin, dass die Pharmaindustrie sich bei der Entwicklung neuer Produkte zunehmend nach den Marktchancen ausrichte. Forschung mit dem Ziel der Krankheitsbekämpfung unterbleibe zu Gunsten von umsatzträchtigeren Mitteln wie Life-Style-Produkten, für die kein wirklicher Bedarf bestehe.

Priorität bei der Entwicklung umsatzstarker Life-Style-Produkte für Gesunde

Weil die innovative Leistung der Pharmaindustrie nicht ausreiche um die notwendigen Profite zu erzielen, seien die große Pharmaunternehmen nach Auffassung von Prof. Dr. Peter Schönhofer, *arzneitelegramm*, bestrebt durch Fusionen zu wachsen. Ziel sei es Zugriff

auf die Entwicklungsprojekte der Konkurrenten zu erhalten und gleichzeitig Kosten durch Zusammenlegen und Streichen von Forschungs- und Entwicklungseinrichtungen zu sparen. Außerdem würden Innovationen gekauft, meist aus staatlich geförderter Forschung. Dies fördere die Innovationsschwäche zusätzlich. Anstelle von Arzneimitteln gegen Krankheiten würden Life-Style-Produkte für Gesunde und Mittelchen gegen erfundene Erkrankungen (Disease Mongering) entwickelt um hohe Umsatzzahlen in affluent Gesellschaften zu erzie-

len. Da es mehr Gesunde als Kranke gebe, sei dies ein größerer Markt. Folglich würden diese Produkte mit Priorität beforscht. Für echte Krankheiten, gar in der 3. Welt, werde fast nicht mehr geforscht. So sei die Suche nach neuen Antibiotika von fast allen großen Pharmafirmen aufgegeben worden. Bei einigen Krankheiten wie Krebs werde zwar noch entwickelt, weil in affluenten Gesellschaft etwa 25% der Bevölkerung an Krebs erkranken. Erfolge könne diese Forschung aber kaum nachweisen. Die Ausrichtung sei markt-, nicht krankheitsorientiert. Sie helfe nicht den Menschen, sondern nur dem Geldbeutel der Industrie.

Der Fall LIPOBAY/Bayer AG sei ein Lehrbeispiel für die Existenzgefährdung auch großer Pharmaunternehmen, wenn zum Zweck der Umsatzförderung einem hemmungslosen und inkompetenten Marketing freie Hand gegeben werde. Er erkläre, warum die Pharmaindustrie in Deutschland verschwinde bzw. verschwunden sei. Die Qualität des Pharma-Managements sei ebenso schlecht wie in anderen Industriezweigen (Mautdesaster, ICE-Mängel usw.).

LIPOBAY: Beispiel für Existenzgefährdung durch hemmungsloses Marketing

Bei den besonderen Therapierichtungen sei die Situation genauso bedrückend. Die geforderte Gleichbehandlung werde nicht durchgesetzt. So enthielten viele Abführmittel auf pflanzlicher Basis krebserzeugende Bestandteile. Während die entsprechenden chemischen Arzneimittel längst aus dem Handel seien, würden sie bei den Pflanzenextrakten nur mit dem Hinweis versehen, dass sie nicht von Schwangeren genommen werden sollten. Negativergebnisse von staatlich geförderten Untersuchungen alternativer Therapien blieben ebenso unveröffentlicht wie Negativstudien der Pharmaindustrie. Sie seien nur auf Nachfrage eines Abgeordneten bekannt geworden. Letztlich treffe man auf dieselben Marketing-Mechanismen wie bei der großen Industrie.

Besondere Therapierichtungen bilden keine Ausnahme

Einfache Antworten um eine Umkehr einzuleiten gebe es nicht. Neu sei die starke Orientierung auf die Wirtschaftlichkeit. Wenn dieses Wirtschaftlichkeitsklima innovationstötend sei oder zumindest krankheitsinnovative Forschung behindere, müsse man über geeignete Lösungsansätze nachdenken. Einen wichtigen Stellenwert habe die Transparenz. Notwendig sei auch eine höhere Verantwortung des Staates in der Finanzierung von klinischer Forschung.

Lösungsansätze: Transparenz und mehr staatliche Verantwortung

Christoph Kranich, Verbraucherzentrale Hamburg, vertritt die Meinung, dass kein Ende des Schröpfens in Sicht sei, solange die Pharma- und Medizingeräte-Industrie nichts anderes wolle als Geld verdienen und ihr ethisches Engagement hauptsächlich Imagepflege- und Marketing-Zwecken diene. Beispiele für die Raffinesse der Industrie gebe es genug: etwa die Anhebung des unteren Preisdrittels durch „Scheinmedikamente“ („Dummies“) mit astronomischen Preisen in der vergangenen Gesundheitsreformperiode, oder jetzt das Ausbleiben einer Preissenkung hochpreisiger Medikamente nach Einführung des Festzuschlags pro Medikamentenpackung.

Kein Ende des Schröpfens in Sicht angesichts vorrangiger Gewinnorientierung der Pharmaindustrie

Anreize für Forschung durch gesetzliche Rahmenbedingungen

Prof. Dr. Barbara Sickmüller, Bundesverband Pharmazeutische Industrie, stimmt zu, dass die Anreize verstärkt werden müssten, um die Entwicklung neuer Stoffe zu intensivieren. Forschung in bekannte Stoffe, in kleinere Indikationen seien in der Vergangenheit nicht im nötigen Maße erfolgt. Sehr zu begrüßen sei daher eine neue Regelung der EU, die in allen EU-Mitgliedstaaten die „orphan drugs“ fördere, d. h. Arzneimittel für Indikationsbereiche mit kleinen Patientengruppen und seltenen Krankheiten. Dies habe schon nach kurzer Zeit zu einer äußerst positiven Entwicklung mit mehreren hundert Anträgen und Zulassungen geführt. Es sei daher essentiell, dass der Gesetzgeber Rahmenbedingungen setze um solche Forschungen zu unterstützen. Dies betreffe nicht einseitig neue Stoffe, sondern auch bekannte Stoffe, seltene Krankheiten und Fragestellungen in Bezug auf Kinder. Auch sie kann sich eine staatliche Forschung vorstellen, wenn die Überzeugung bestehe, dass die Industrie an falscher Stelle forsche. Sie nennt die USA als Beispiel.

Die Rolle der Zulassung

Die Frage der Verschwendung wird auch im Zusammenhang mit der Rolle der Zulassung und der Nachahmerprodukte aufgeworfen. Problematisiert wird, ob die Zulassungsbehörde das Vorliegen einer echten Innovation prüfen solle. Denn bei Nachahmerprodukten liege Verschwendung vor, da eine parallele Entwicklung in unterschiedlichen Unternehmen erfolge und die Produkte wegen ihrer Ähnlichkeit nur geringen Zusatznutzen für Patienten versprechen.

Die Prüfung auf Innovation fällt nicht in die Kompetenz der Zulassungsbehörde

Dr. Johannes Lütz erläutert, dass das *BfArM* bei der Zulassung an die Vorschriften des Arzneimittelgesetzes gebunden ist. Danach müssten Qualität, Sicherheit, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit belegt sein. Nicht in die Kompetenz des *BfArM* falle hingegen die Frage, ob ein Arzneimittel innovativ sei und welche zusätzlichen Nutzen (z. B. einfachere Behandlungsmöglichkeiten) es für Patienten habe. Dafür sei das neue Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zuständig. Das Arzneimittelgesetz (AMG) differenziere nicht, ob ein Arzneimittel neu sei oder die Kopie eines bereits auf dem Markt befindlichen. Eine Zulassung könne nur verweigert werden, wenn Gründe wie ein unzureichender Beleg der Wirksamkeit oder Studienfälschungen dagegen sprächen. Das Verwaltungsverfahrensgesetz verpflichte das *BfArM* außerdem, nur mit dem Antrag stellenden pharmazeutischen Unternehmen zu korrespondieren, nicht mit Außenstehenden. Auftretende Probleme müssten mit ihm direkt ausgetragen und könnten nicht veröffentlicht werden. Auch wenn Innovation kein Entscheidungskriterium ist, sieht er vielfältige Bemühungen der Industrie. Dazu gehöre die Berücksichtigung der unterschiedlichen Verträglichkeit von Schmerzmitteln, die beispielsweise bei einzelnen Patientengruppen Magenprobleme verursachen könnten.

Die Zulassungsbehörde darf nur mit dem Antragsteller korrespondieren

Die Wirksamkeit eines Arzneimittels, dass es also an der richtigen Stelle ankomme, sei eines der wesentlichen Kriterien bei der Zulassung. Hier verfüge das BfArM über umfangreiche Erfahrungen und Expertise, die eine sehr sichere Beurteilung erlaubten. Auch bei den besonderen Therapierichtungen wie der Homöopathie müsse trotz der besonderen Regelungen im AMG die pharmazeutische Qualität sichergestellt sein. Hier komme es häufig zu Konflikten mit anderen EU-Ländern.

Prof. Dr. Barbara Sickmüller, Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, führt aus, dass Biopharmazeutika und andere innovative Arzneimittel in den Indikationen Krebs, HIV, neurodegenerative Erkrankungen (z. B. Alzheimer) und Diabetes zukünftig nur noch über die European Medicines Agency in London zentral zugelassen werden können. Die Zulassungsbestimmungen zu Wirksamkeit, Qualität, Sicherheit seien sehr stringent und EU-weit harmonisiert. Zum Vorwurf, dass einige Produkte wegen ihrer hohen Risiken vom Markt genommen werden müssten, führt sie aus, dass die Risikoabschätzung eine der schwierigsten Bewertungen überhaupt sei, da die Datenlage gerade bei neuen Arzneimitteln häufig nicht ausreiche. Die Verantwortlichen in der pharmazeutischen Industrie hätten großes Interesse daran, hochwertige und sichere Arzneimittel in Verkehr zu bringen und die Bestimmungen des AMG einzuhalten. Zusätzlich überwachten das BfArM und die Länderbehörden die Produkte und ihre Sicherheit.

Risikoabschätzungen sind schwierig

Sie weist darauf hin, dass eine Nutzenbewertung nur unter realen Versorgungsbedingungen und somit erst einige Zeit nach der Zulassung erfolgen könne. Für die Einführung einer Nutzenbewertung seien die Kriterien durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen festzulegen. Die Patienten müssten stärker als bisher einbezogen werden. Sie fordert die Anerkennung einer Nutzenbewertung nach wissenschaftlichen Methoden und unter realen Versorgungsbedingungen, d. h. Alltagsbedingungen. Der Nutzen für die Patienten dokumentiere sich z. B. in weniger Krankenhausaufenthalten, weniger Arztbesuchen, weniger Kontrollen, günstigeren Behandlungsmöglichkeiten (Praxis statt Krankenhaus; einfachere Behandlungsmöglichkeit wie Pille/Tropfen statt Injektion/Infusion) und weniger Nebenwirkungen.

Nutzenbewertungen müssen die Praxiserfahrungen berücksichtigen

Mehr Schutz für Patienten durch Transparenz und Kontrolle

Um Patienten besser vor Betrug, Fälschung und Ausbeutung zu schützen, schlägt *Prof. Dr. Peter Schönhöfer, arznei-telegramm*, ein Bündel von Maßnahmen vor. Für die Industrie fordert er einen Zulassungsentzug und Strafverfolgung bei Fälschung und Datenmanipulation, eine externe Korruptionskontrolle und eine ‚schwarze Liste‘ involvierter Firmen und Experten. Ethikkommissionen sollten sicherstellen, dass Studien nur bei Publikationsverpflichtung und bei Einhalten der Standardtherapie in der Kontrollgruppe genehmigt werden. Bei den Behörden solle eine herstellerfreundliche Verschlenkung und Beschleunigung der Zulassung verhindert werden. Sie sollten dafür Sorge tragen, dass Scheininnovationen nicht

Maßnahmenbündel von Zulassungsentzug bis Verlust der Gemeinnützigkeit gefordert

verordnungsfähig seien und eine Positivliste erstellen. Die Fachkreise sollten einer staatlichen Qualitäts- und Korruptionskontrolle unterliegen, Vorteilsnahme auch für Funktionsträger in der Selbstverwaltung, in Berufsverbänden und in medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften strafbar sein. Für die Selbstverwaltung hält er Offenlegungspflichten, einen Code-of-Conduct sowie den Ausschluss von Experten mit Doppelfunktionen für erforderlich. Die Selbsthilfe solle bei Pharma-Sponsoring und dem Zuführen von Patienten die Gemeinnützigkeit verlieren.

Transparenz und Kontrolle um Vertrauen wieder herzustellen

Für *Christoph Kranich, Verbraucherzentrale Hamburg*, ist Vertrauen die wichtigste Grundlage im medizinischen Bereich. Dieses Vertrauen sei häufig genug nicht mehr vorhanden und müsse von den Leistungserbringern wieder hergestellt werden. Dazu müsse die Industrie nachweisen, dass ihre Aussagen stimmten. Denn Vertrauen könne sich nur bilden durch Transparenz und Kontrolle. Auch behördliche Überprüfungen müssten transparent werden und von Patientenseite nachprüfbar. Voraussetzung sei weiter, dass die Patientenseite die vorgelegten Unterlagen beurteilen könne. Patientenvertreter bräuchten hierfür Unterstützung durch externe Expertise und Schulung.

Ethische Verpflichtung der Anbieter und stärkere Interessenvertretung der Patienten

Er tritt für eine „ethische Verpflichtung“ der Leistungserbringer wie Ärzte, Pharmaindustrie, Krankenhäuser ein. Die Einhaltung müsse von unabhängigen Institutionen überwacht und transparent gemacht werden. Schließlich brauche es wirksame Sanktionen bei Verstoß. Außerdem werde unser Gesundheitswesen angesichts der schwachen Interessenvertretung der Patienten von Anbietern und Kostenträgern dominiert. Wenn sich der Staat weiter aus seiner Verantwortung zurückziehe, Einrichtungen der Patientenunterstützung und –vertretung zu schaffen und zu erhalten, müsse dies künftig durch eine Abgabe der Leistungserbringer und Kostenträger finanziert werden. Der Gesetzgeber sei gefordert dafür den Rahmen zu schaffen.

Bereits erhebliche Eingriffe bei der Pharmaindustrie

Prof. Dr. Barbara Sickmüller, Bundesverband Pharmazeutische Industrie, weist darauf hin, dass die Pharmaindustrie bereits erhebliche Eingriffe in die Berufsfreiheit hinnehmen musste. Dies sei durch das GMG noch verstärkt worden, insbesondere durch den 16 %-igen Zwangsabbau, die erweiterten Festbeträge und den Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Erstattungsfähigkeit.

Ausblick

Für *Martin Dörmann MdB, SPD-Bundestagsfraktion und Sprecher des FES-Gesprächskreises Verbraucherpolitik*, hat die Diskussion die Komplexität der Materie verdeutlicht. Erforderlich sei die Gratwanderung, einerseits für eine bezahlbare medizinische Versorgung zu sorgen und dabei das Solidarprinzip nicht zu vergessen, andererseits Fehlentwicklungen zu analysieren und die Wirtschaftlichkeit im Auge zu behalten.

Gratwanderung zwischen Solidarprinzip und Wirtschaftlichkeit

Deutlich sei gleichzeitig geworden, dass das Gesundheitssystem kein Markt wie jeder andere sei. Ein effizientes Gesundheitswesen könne daher nicht alleine mit marktwirtschaftlichen Mechanismen erreicht werden.

Im Hinblick auf die zentrale Frage des Missbrauchs und der Verschwendung habe niemand bestritten, dass es diese Erscheinungsformen gebe. Es habe Einigkeit bestanden, dass bewusster, strafrechtlich relevanter Missbrauch bestehe und bekämpft werden müsse, aber nicht das Hauptproblem darstelle. Differenzierte Meinungen habe es dagegen zur Verschwendung gegeben und ihrer Bekämpfung durch die aktuelle Gesundheitsreform. Diese abweichenden Bewertungen seien angesichts unterschiedlicher Positionen nachvollziehbar.

Abweichende Bewertungen der Verschwendung angesichts unterschiedlicher Positionen

Für die Mitte des Jahres anstehende Bestandsaufnahme der Gesundheitsreform nehme er viele Informationen, Anregungen, aber auch neu aufgeworfene Fragen mit. Ohnehin gelte im Gesundheitswesen „Nach der Reform ist vor der Reform“. Denn angesichts der immer rascheren gesellschaftlichen Entwicklungen könne eine Reform nicht alle Probleme lösen. In der nun anstehenden Diskussion gehe es bekanntlich um die Kontroverse Bürgerversicherung versus Gesundheitsprämie. Außerdem würden qualitative Fragen neu aufgeworfen. Die auf der heutigen Veranstaltung diskutierten Themen werden dabei mit eingehen.

„Nach der Reform ist vor der Reform“

Abschließend hebt er hervor, dass weitgehend Einvernehmen zu wichtigen Verbraucherschutzaspekten bestanden habe – der Notwendigkeit, die Patienten in ihren Rechten zu stärken sowie Information und Transparenz zu verbessern. Hier habe die aktuelle Reform bereits wichtige Weichen gestellt. Es werde nun darauf ankommen diese Schritt zum Erfolg zu führen. Hierbei seien alle Beteiligten gefordert Verantwortung zu übernehmen und die Probleme im Gesundheitswesen konsequent anzupacken.

Einvernehmen zur Notwendigkeit die Verbraucherseite zu stärken

Moderation

Bernd Seguin

Ressortleiter Wirtschaft und Soziales, Norddeutscher Rundfunk, Hamburg

ReferentInnen

Dr. Frank Diener

Geschäftsführer Wirtschaft und Soziales der ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, der Bundesapothekenkammer und des Deutschen Apothekerverbandes e.V., Berlin

Martin Dörmann MdB

Sprecher des Gesprächskreises Verbraucherpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Mitglied der SPD-Bundestagsfraktion, Mitglied im Bundestagsausschuss für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft, Berlin

Julia Fleckenstein

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Wirtschaftstheorie, Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie, Universität Bayreuth, Bayreuth

Prof. Dr. Ingo Flenker

Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Münster

Thomas Isenberg

Leiter des Fachbereichs Gesundheit / Ernährung des Verbraucherzentrale Bundesverbandes e.V., Berlin

Dr. Günther Jonitz

Präsident der Ärztekammer Berlin, Berlin

Christoph Kranich

Leiter der Fachabteilung Gesundheitsdienstleistungen der Verbraucherzentrale Hamburg e.V., Hamburg

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach

Mitglied des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Köln

Dr. Johannes Lütz

Direktor und Professor, Leiter der Abteilung Nachzulassungsverfahren des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn

Norbert Schleert

Leiter der Abteilung Arznei- und Heilmittel beim AOK-Bundesverband, Bonn

Peter Schmidt

Gesundheitspolitischer Referent der Arbeitsgruppe Gesundheit und Soziale Sicherung der SPD-Bundestagsfraktion, Berlin

Prof. Dr. Peter S. Schönhöfer

Mitherausgeber des arznei-telegramm,
Mitglied bei Transparency International Deutschland, Berlin

Dr. Klaus Theo Schröder

Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin

Prof. Dr. Barbara Sickmüller

Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e.V., Berlin

Tagungsplanung und -organisation

Hannelore Hausmann und Margit Durch

Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Wirtschaftspolitik, Bonn

Dokumentation

Diplom-Volkswirtin **Eva Günther**, Conseco Consult, Bonn

Abkürzungen und Erläuterungen

ABDA	Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände, der Bundesapothekerkammer und des Deutschen Apothekerverbandes e.V.
AMG	Arzneimittelgesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
DMP	Disease Management Programm
EMA	European Medicines Agency
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz
IGeL	individuelle Gesundheitsleistungen, die nicht von der Krankenkasse bezahlt werden
MdB	Mitglied des Bundestags
Me too-Produkte	Nachahmerprodukte
Non-Compliance	Nicht-Befolgung von (ärztlichen) Anweisungen
OTC	over-the-counter (Medikamente, die der Apotheker ohne Verschreibung des Arztes abgegeben kann)
PKV	Private Krankenversicherung
vzbv	Verbraucherzentrale Bundesverband

Bisherige Publikationen und Veranstaltungen zu verbraucherpolitischen Themen:

Verbraucherpolitik in der Reihe Wirtschaftspolitische Diskurse

Frühere Publikationen der Abteilung Wirtschaftspolitik zu verbraucherpolitischen Themen finden sich in der Veranstaltungs- und Publikationsreihe "Wirtschaftspolitische Diskurse". Diese greift mit Fachtagungen, Konferenzen und Podiumsdiskussionen aktuelle Probleme und wichtige Zukunftsfragen der Wirtschaftspolitik auf. Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltungen sind Multiplikatoren und Entscheidungsträger aus Politik, Wirtschaft, Verbänden, Verwaltung, Gewerkschaften, Wissenschaft und Praxis.

Die wichtigsten Ergebnisse der Veranstaltungen werden in Publikationen ziel-, praxis- und politikorientiert zusammengefasst. Damit stehen nicht nur den Konferenzteilnehmern, sondern darüber hinaus einem breiten Kreis wirtschaftspolitisch Handelnder und Interessierter entsprechende Informationsmaterialien und Handlungsempfehlungen zur Verfügung.

Nähere Informationen sowie eine Liste der bislang erschienenen Publikationen finden Sie unter:

www.fes.de/wirtschaftspolitik „Wirtschaftspolitische Diskurse“

Erschienenene Diskurse zu verbraucherpolitischen Themen:

Veranstaltung am 18. Juni 2003 in Erfurt/Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 155
Der Patient im Mittelpunkt – Durchbruch für Patienten- und Verbraucherrechte durch die Gesundheitsreform?

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/fo-wirtschaft/01843.pdf>

Veranstaltung am 2. Dezember 2002 in Potsdam/Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 152
Nahrungsmittelskandale ohne Ende ?!
Wo stehen wir beim gesundheitlichen Verbraucherschutz und bei der Agrarwende?

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/fo-wirtschaft/01841.pdf>

Veranstaltung am 2. Mai 2001 in Berlin/Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 144
Auf dem Wege zu einem besseren gesundheitlichen Verbraucherschutz in Deutschland und Europa

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/fo-wirtschaft/01467.pdf>

Veranstaltung am 14. April 1999 in Chemnitz/Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 128
Die neue Insolvenzordnung

Mehr Sanierungen statt Zerschlagungen von Betrieben?

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00953toc.htm>

Veranstaltung am 8. Juni 1999 in Köln/Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 127
Ökologische Besteuerung im internationalen Vergleich

Wie weit sind andere Industrienationen?

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00952toc.htm>

Veranstaltung am 9. Dezember 1996 in München/Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 101
Ohnmacht der Verbraucher gegenüber Banken und Versicherungen?

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00333toc.htm>

Veranstaltung am 1. Oktober 1996 in Bonn/Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 99

Aufsichtsräte und Banken

Kontrolldefizite und Einflußkumulation in der deutschen Wirtschaft

Vorschläge der politischen Parteien zur Unternehmensrechtsreform

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00358toc.htm>

Veranstaltung am 4. Mai 1995 in Frankfurt/Main /Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 78

Macht der Banken

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00366toc.htm>

Verbraucherpolitik in der Reihe Internetökonomie

Das Projekt „Internetökonomie“ der Abteilung Wirtschaftspolitik im wirtschafts- und sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum widmet sich den vielfältigen Facetten der wirtschaftlichen, politischen und gesellschaftlichen Veränderungen, die mit der Ausbreitung und Anwendung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien zu erwarten sind bzw. bereits stattfinden.

Erschienene Veröffentlichung zu verbraucherpolitischen Themen:

Veranstaltung am 17. Juni 2002 in Hamburg/Reihe Internetökonomie

(Un-) Sicherheit im Internet

Wege zu einem besseren Schutz für Unternehmen und private Nutzer

auch im Internet abrufbar unter:

<http://fesportal.fes.de/pls/portal30/docs/FOLDER/BERATUNGSZENTRUM/WIPO/internetunsicherheit.pdf>

Ansprechpartnerin:

Hannelore Hausmann

Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungsinstitut

Abt. Wirtschaftspolitik

Hannelore.Hausmann@fes.de