

**Zwei Dogmen der Gesundheitspolitik –  
Unbeherrschbare Kostensteigerungen durch Innova-  
tion und demographischen Wandel?**

**Gutachten für den Gesprächskreis Arbeit und Soziales der  
Friedrich-Ebert-Stiftung**

**Bonn**

Juli 2001

Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl W. Lauterbach  
Dr. med. Stephanie Stock  
Universität zu Köln

## **Inhaltsverzeichnis:**

Zwei Dogmen der Gesundheitspolitik – .....	
Unbeherrschbare Kostensteigerungen durch Innovation und demographischen Wandel? .....	1
Einleitung .....	3
Analyse der Wirtschaftlichkeit und der Versorgungsqualität .....	4
These 1: Innovationen im Gesundheitswesen führen nicht zwangsläufig zu höheren Kosten .....	4
These 2: Die demographische Entwicklung bedingt nicht automatisch eine überproportionale Kostensteigerung im Gesamtsystem .....	6
These 3 : Im deutschen Gesundheitswesen besteht ein hoher Ressourceneinsatz .....	11
These 4: Es bestehen noch Defizite in der erreichbaren Lebenserwartung und es bestehen noch Defizite im Vergleich zu der erreichbaren Absenkung der Sterblichkeit bei wichtigen Volkskrankheiten .....	14
These 5: Es bestehen noch Defizite auf der Ebene der Prozess- und der Ergebnisqualität .....	18
Analyse der Ursachen .....	23
These 6: Wichtige Ursachen der Versorgungsdefizite lassen sich nur durch eine Strukturreform in der Gesetzlichen Krankenversicherung beheben .....	23
Sicherung der Finanzierung und der sozialen Gerechtigkeit durch gezielte und systematische Prävention .....	25
These 7: Kostensenkung durch strukturierte und qualitätsgesicherte Programme (Disease Management-Programme).....	25
These 8: Gezielte Prävention kann die Krankheitslast in der Bevölkerung senken .....	27
These 9: Ein Modell der Grund- und Zusatzversicherung trifft nicht das Kernproblem der GKV, sondern fördert die Erbringung von nicht-evidenzbasierten und nicht-kosteneffektiven Verfahren in der medizinischen Versorgung .....	28

## **Einleitung**

Gesundheitssysteme sehen sich zunehmend einer kritischen Bewertung durch die Öffentlichkeit, Politik und die konstituierenden Professionen selbst ausgesetzt. Dabei werden immer wieder die folgenden Thesen für einen prognostizierten und im bestehenden System vermeintlich unbeherrschbaren Anstieg der Gesundheitsausgaben vorgetragen:

1. Innovation in der Medizin führt zu einem überproportionalen Anstieg des Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt
2. Der zu erwartende demographische Wandel führt zu einem überproportionalen Anstieg des Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt

Ogleich beide Thesen zugegebenerweise plausibel sind, werden sie vorgetragen wie Dogmen, d.h. keiner empirischen Begründung bedürftig. Im Folgenden soll in Form von Gegenthesen dargelegt werden, dass sich diese Wirkungen nur in Abhängigkeit bestimmter Rahmenbedingungen ergeben würden, welche aber sehr wohl noch so beeinflusst werden können, dass es trotz Innovation und demographischen Wandels nicht zu einer überproportionalen Kostensteigerung kommen muss. D. h., dass es zumindest in einem absehbaren Zeitraum trotz zunehmender Innovation und demographischer Alterung der Bevölkerung zu einer Verbesserung der Versorgung bei einem ungefähr konstanten Anteil der Gesundheitsausgaben an der gesamten Wertschöpfung der Gesellschaft kommen kann.

Weiterhin werden Thesen zu der Effizienz und Qualität des deutschen Gesundheitssystems aufgestellt. Aufgrund der zunehmenden Beurteilbarkeit der Versorgungsqualität auf der Ebene der Prozess- und Ergebnisqualität treten die beiden Aspekte Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung mehr und mehr in den Vordergrund. Damit eng verknüpft hat sich ein Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung vollzogen. Während noch vor wenigen Jahren von Ärzteschaft und Politik gefordert wurde, alles medizinisch Machbare müsse in der Patientenversorgung auch getan werden, muss sich medizinische Versorgung heute an den Standards der evidenzbasierten Medizin unter Beachtung der Kosteneffektivität messen lassen. Zudem führen tatsächliche und prognostizierte Kostenentwicklungen zur Diskussion neuer Modelle zur Sicherstellung der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens.

Analysiert man das deutsche Gesundheitswesen unter diesen Aspekten, so stehen einem hohen Ressourceneinsatz bei Erkrankungen mit hoher Prävalenz häufig nur durchschnittliche Ergebnisse in der Versorgungsqualität gegenüber, wie an wichtigen Beispielen gezeigt werden soll. Der folgende Beitrag analysiert ökonomische und medizinische Aspekte des deutschen Gesundheitswesens und zeigt Ursachen und Lösungsmöglichkeiten für die bestehenden Versorgungsdefizite auf.

Schließlich wird die Einführung eines Modells der Grund- und Zusatzversicherung zur Sicherung der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert. Es soll dargestellt werden, dass ein solches Modell entweder zu ethisch problematischen Formen der Rationierung oder zu negativen Konsequenzen für die Versorgungsqualität führt.

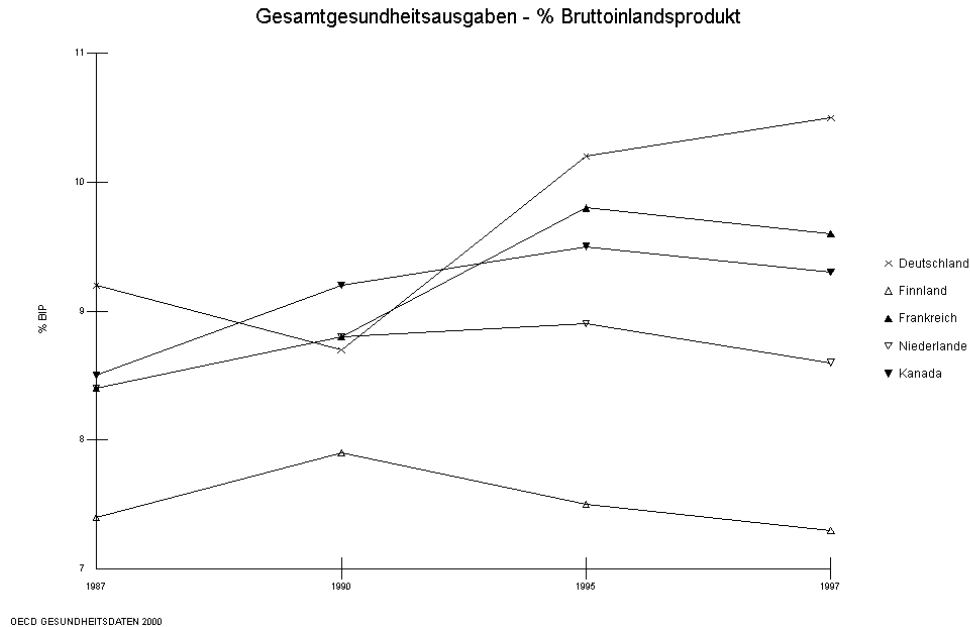
## **Analyse der Wirtschaftlichkeit und der Versorgungsqualität**

### **These 1: Innovationen im Gesundheitswesen führen nicht zwangsläufig zu höheren Kosten**

Die Halbwertszeit medizinischen Wissens wird mit durchschnittlich fünf Jahren angegeben. Im Schnitt veraltet aufgrund der raschen Entwicklung des medizinischen Fortschritts eine medizinische Behandlungsleitlinie pro Tag. Innovationen werden fast täglich in die Medizin eingebracht. Dennoch muss die Einbringung von Innovationen nicht automatisch zu einer Kostensteigerung im Gesundheitssystem führen. In den letzten 15 Jahren wurde eine große Anzahl von Innovationen in die medizinische Versorgung eingeführt. Die Organtransplantation wurde aufgrund der besseren Beherrschbarkeit von Abstoßungsreaktionen ein Routineeingriff, künstliche Gelenke mit hoher Lebensdauer wurden eingeführt, wirksame Medikamente für zahlreiche Erkrankungen entwickelt und die Diagnostik durch bildgebende Verfahren wie Computertomogramme verbessert. Dennoch ist in den Industrieländern, mit Ausnahme der Vereinigten Staaten in der Zeit von 1987 bis 1993, der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) nicht wesentlich gestiegen. Insgesamt ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt von Ländern mit hoher

Versorgungssqualität in den letzten Jahren etwa konstant zwischen 7,5 und 9,8% geblieben und in einigen Fällen sogar gesunken (Abbildung 1).

Abbildung 1: Anteil der Gesundheitsausgaben ausgewählter Länder am BIP in %.



Quelle: OECD Gesundheitsbericht 2000.

Beispielsweise zeichnen sich die Niederlande, Finnland und Schweden (nicht gezeigt) durch eine Verbesserung in der Versorgungsqualität bei wichtigen Volkskrankheiten aus (wie unten gezeigt werden soll) ohne dass überhaupt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP gestiegen wäre. Die Verbesserung der Versorgungsqualität in diesen Ländern lässt sich anhand von Parametern der Ergebnisqualität wie der Absenkung der Sterblichkeitsraten für wichtige chronische Erkrankungen oder der Senkung der Amputationsraten bei Diabetikern messen<sup>1</sup>. Die erzielte Verbesserung in der Gesundheitsversorgung ist in erster Linie durch die Verdrängung nicht-wirksamer Verfahren durch innovative, evidenzbasierte Verfahren erklärbar. Da in der medizinischen Praxis davon ausgegangen werden muss, dass für ca. die Hälfte aller Verfahren der medizinische Nutzen bislang noch nicht nachgewiesen ist, kann die beschleunigte Einbringung innovativer Verfahren daher sogar zu einer Kostenstabilisierung im Gesundheitswesen beitragen, indem nicht-effektive und nicht-kosteneffektive Verfahren durch evidenzbasierte und kosteneffektive Verfahren ersetzt werden. Nur durch diesen Verdrängungsprozess kann erklärt werden, dass

<sup>1</sup> Van Houtum WH, Lavery LA. Regional variation in the incidence of diabetes-related amputations in the Netherlands. *Diabetes Res Clin Pract* 1996;31:125-32.

trotz Innovation die Gesamtkosten der Versorgung nur proportional mit dem BIP gewachsen sind. So verdrängten cholesterinsenkende Statine frühere Lipidsenker in der Sekundärprävention nach Herzinfarkt. Statine senken das Risiko für das Eintreten eines neuen Herzinfarkts oder beispielsweise eines Schlaganfalls um ca. 30%<sup>2</sup>. Vor den Statinen wurden für diesen Zweck Fibrate eingesetzt, die etwa gleich teuer waren, aber keinerlei nachgewiesene Wirkung auf die Herzinfarkt- bzw. Schlaganfallsterblichkeit hatten. Problematisch ist außerdem, dass auch heute noch ein hoher Anteil der Patienten mit den nicht wirksamen Substanzen behandelt wird.

Auch die Zahl der mit cholesterinsenkenden Medikamenten zu behandelnden Patienten ist beeinflussbar. Sinkt z.B. im Rahmen von präventiven Maßnahmen wie der Ernährungsumstellung der Cholesterinspiegel in der Bevölkerung um 5%, so sinkt der Anteil der Patienten in der Bevölkerung, die aufgrund zu hoher Cholesterinspiegel überhaupt mit Medikamenten behandelt werden müssen, um 25%<sup>3</sup>. Analog sinkt bei einer Senkung des Blutdrucks bei Diabetikern um 10 mmHg die Rate diabetessoziozierter Komplikationen um 12%, die diabetesbedingte Mortalität um 15%, die Herzinfarktrate um 11% und die mikrovaskulären Komplikationen um 13%<sup>4</sup>.

Dass Innovation nicht automatisch die Kosten erhöht, kann auch im Bereich der bildgebenden Verfahren beobachtet werden. Beispielsweise kann in vielen Fällen durch die Computertomographie (CT) eine beschleunigte Diagnosestellung und zielgerichtete Therapie erfolgen. Zu der Kosteneinsparung durch die verkürzte Therapiedauer kommen die Vorteile der über die Jahre gestiegenen Bildqualität und sinkenden Kosten für die CT-Untersuchung.

## **These 2: Die demographische Entwicklung bedingt nicht automatisch eine überproportionale Kostensteigerung im Gesamtsystem**

In Szenarien zur Kostenentwicklung des deutschen Gesundheitswesens wird häufig eine erhebliche Kostensteigerung aufgrund des demographischen Wandels prognostiziert (Abbildung 2). Diese Berechnungen gehen in der Regel von einer durch-

---

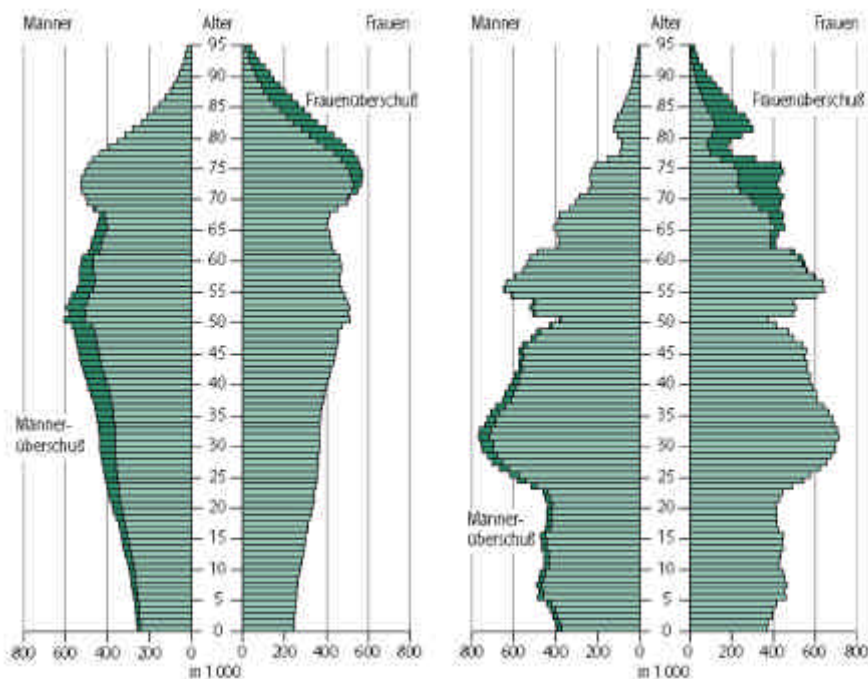
<sup>2</sup> Plehn JF, Davis BR, Sacks FM, Rouleau JL, Pfeffer MA, Bernstein V, Cuddy TE, Moye LA, Piller LB, Rutherford J, Simpson LM, Braunwald E. Reduction of Stroke incidence after myocardial infarction with pravastatin. The cholesterol and recurrent event (CARE) study. *Circulation* 1999;99:216-223.

<sup>3</sup> North D, Priest P, Lay-Yee R, Jackson R. New Zealand guidelines for the management of dyslipidaemia: implications for treatment in an urban New Zealand population. *N Z Med J* 1996 Apr 26;109(1020):134-7.

<sup>4</sup> Adler AI, Stratton IM, Neil HA, Yudkin JS, Matthews DR, Cull CA, Wright AD, Turner RC, Holman RR. Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study. *AMB* 2000 Aug 12;321(7258):412-9.

schnittlichen Krankheitslast pro Einwohner aus, die der Krankheitslast der heutigen Bevölkerung geschlechts- und altersstandardisiert entspricht. Für die Abschätzung des medizinischen Bedarfs ist jedoch der mittlere Gesundheitszustand der Bevölkerung ausschlaggebend. Neueren Studien aus den USA zufolge verbessert sich der mittlere Gesundheitszustand älterer Menschen deutlich. So ist der heute 65-jährige durchschnittlich wesentlich gesünder als noch vor 10 Jahren. Eine ähnliche Entwicklung ist auch für Deutschland anzunehmen und könnte durch eine systematische und zielgerichtete Prävention beschleunigt werden.

Abbildung 2: Alterspyramide der Bevölkerung für 1995 (links) und Prognose für 2050 (rechts)



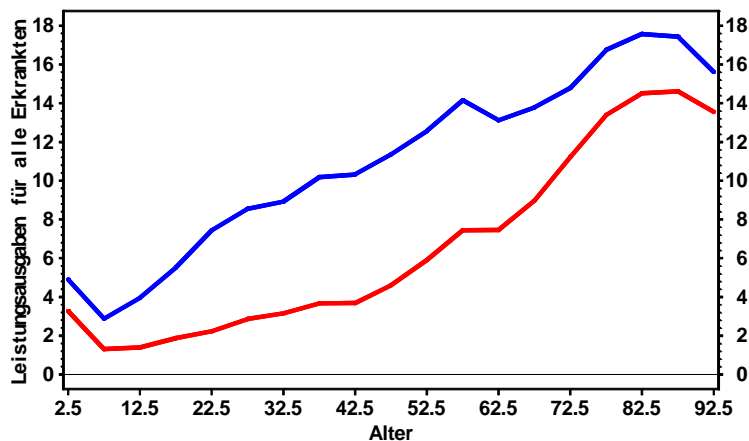
Quelle: Datenreport 1999, Statistisches Bundesamt

Berechnungen, die aufgrund der demographischen Entwicklung von enormen Kostensteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgehen, übersehen, dass sich selbst bei einem Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung der durchschnittliche Gesundheitszustand verbessern kann und der durchschnittliche Gesundheitszustand der Bevölkerung erhebliche Auswirkungen auf die zukünftige Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung hat.

### *Korrelation von Kosten und durchschnittlichem Gesundheitszustand*

Der größte Anteil der Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung (ca. 80%) wird von einem geringen Prozentsatz der Versicherten verursacht (ca. 20%)<sup>5</sup>. Diese Versicherten leiden in der Regel an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen. Eigenen Analysen zufolge sind allein 25% aller Versicherten in der GKV von einer der folgenden sechs Erkrankungen betroffen: Koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Asthma, Apoplex, Diabetes Mellitus und Brustkrebs. Die durchschnittlichen Ausgaben für diese Versicherten betragen das 2 bis 4fache der Ausgaben von Versicherten ohne diese Erkrankungen (Abbildung 3).

Abbildung 3: Durchschnittliche Leistungsausgaben für Versicherte mit chronischen Erkrankungen im Vergleich zu den Leistungsausgaben gleichaltriger Versicherter ohne chronische Erkrankungen<sup>6</sup>



**Leistungsausgaben für alle Erkrankten im Vergleich zum Durchschnitt pro Jahr [DM]  
Krankenhaus + Krankengeld + Arzneimittel**

GW / IGKE / 16.JUL01

Quelle: Lauterbach et al. 2001<sup>7</sup>

Würde nur die Behandlung chronisch Kranker durch höhere Kosten pro Patient verbessert, so käme es sehr wahrscheinlich tatsächlich zu höheren Gesamtkosten im System. Aus den dargelegten Überlegungen folgt, dass der Kostendruck durch eine Verbesserung der Behandlung alleine nicht reduziert werden kann. Zu einer deutlichen Senkung des Kostendrucks käme es jedoch, wenn die Krankheitslast chroni-

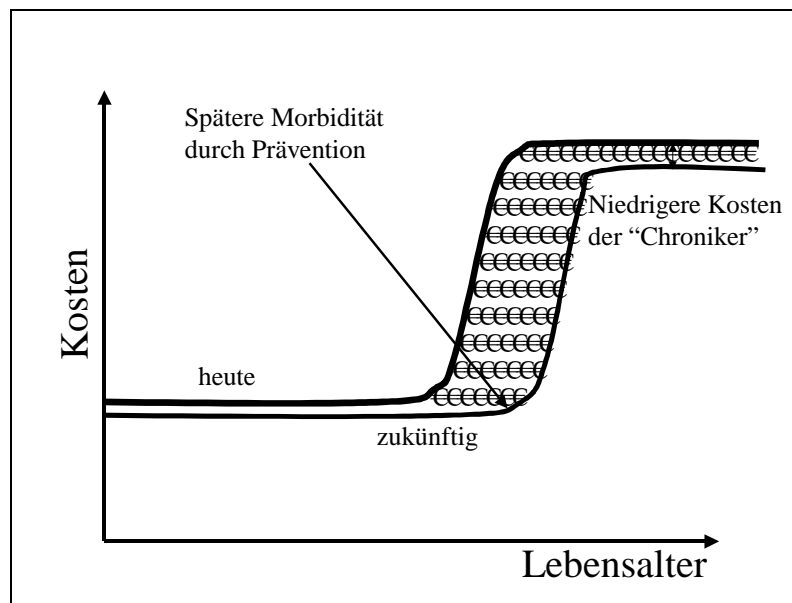
<sup>5</sup> Fishman P, von Korff M, Lozano P, Hecht J (1997): Chronic care costs in managed care. Health Aff (Millwood); 1683:239-47.

<sup>6</sup> Berücksichtigt wurden die Erkrankungen Asthma, Diabetes Mellitus, Koronare Herzkrankheit, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Brustkrebs, Apoplex sowie die Hauptleistungsbereiche Krankenhaus, Krankengeld und Arzneimittel.

<sup>7</sup> Lauterbach K, Wille E, Lungen M, Stock S, Wendland G, Cischinsky H, Resch S. Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Gutachten im Auftrag des VdAK, des AEV, des AOK-BV und des IKK-BV 2001.

scher Erkrankungen in der Bevölkerung insgesamt zurückgehen würde. Das wäre möglich, wenn durch eine Verschiebung des Eintretens chronischer Erkrankungen in Phasen des höheren Lebensalters die durchschnittliche Dauer der Lebensabschnitte mit chronischen Erkrankungen verkürzt werden könnte und wenn gleichzeitig der mittlere Gesundheitszustand der chronisch Kranken verbessert würde (Abbildung 4).

Abbildung 4: Reduktion der Kosten durch die Verschiebung von Phasen mit chronischen Erkrankungen in höhere Lebensabschnitte und durch eine Verbesserung des mittleren Gesundheitszustands chronisch Kranker



Quelle: Eigene Darstellung

Entscheidend für die Kostenentwicklung ist demnach der mittlere Gesundheitszustand der chronisch Kranken (Tabelle 1) in Abhängigkeit von den eingetretenen Komplikationen: Für fast alle chronischen Erkrankungen ist belegt, dass eine evidenzbasierte Therapie das Auftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen vermeiden kann<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> DCCT Research Group. Lifetime benefits and costs of intensive therapy as practiced in the diabetes control and complications trial. The diabetes control and complications Trial Research Group. JAMA 1996;276(17):1409-15.

Borch-Jonsen K. The costs of nephropathy in type II diabetes. Pharmacoeconomics 1995;8 Suppl 1:40-5.

Rubin R, Dietrich K, Hawk A. Clinical and economic impact of implementing a comprehensive diabetes management Program in managed care. J Clin Endocrinol Metab 1998;83(8):2635-42.

Berger M, Muhlhauser I. Diabetes care and patient-oriented outcomes. Jama 1999;281(18):1676-8.

Tabelle 1: Kostenverhältnis von Diabetikern und Nicht-Diabetikern mit (diabetes-relevanten) Komplikationen im Vergleich zu Nicht-Diabetikern ohne die diabetes-assoziierte Komplikation als Grunderkrankung

Altersgruppe	Komplikationen / Grunderkrankung					
> 65 Jahre	Herzinfarkt	Schlaganfall	Terminale Niereninsuffizienz	Ulkus (Fuß)	Retinopathie	Bluthochdruck
Diabetes Komplikation	+ 4,1 (2,77-6,07)	3,51 (2,52-4,90)	4,32 (2,57-7,26)	4,00 (2,50-6,40)	2,46 (1,58-3,84)	2,56 (2,08-3,13)
∅ Diabetes, Grunderkrankung	+ 3,90 (2,87-5,29)	2,81 (2,18-3,61)	3,23 (2,03-5,139)	1,88 (1,17-3,02)	1,44 (0,97-2,13)	1,65 (1,45-1,88)
Diabetes, Komplikation	∅ Mögliche Varianz von 1,53-1,71					
∅ Diabetes, Grunderkrankung	1	1	1	1	1	1

Quelle: In Anlehnung an Ramsey et al. 1999<sup>9</sup>

Können Komplikationen vermieden werden, so haben Diabetiker beispielsweise durchschnittlich lediglich 1,5 bis 1,7fach höhere Kosten als Nicht-Diabetiker mit derselben Grunderkrankung. Kommen im Verlauf der Erkrankung Komplikationen hinzu, so steigen die durchschnittlichen Kosten von Diabetikern auf das 2,5fache bis 4fache der durchschnittlichen Kosten von Nicht-Diabetikern mit derselben Grunderkrankung. Das bedeutet, dass durch die Verschiebung von Komplikationen in spätere Lebensphasen bzw. durch die Vermeidung von Komplikationen die durchschnittlichen Kosten in Abhängigkeit von der vermiedenen Komplikation um das bis zu 2,5fache sinken.

<sup>9</sup> Ramsey SD, Newton K, Blough D, McCulloch DK, Sandhus N, Wagner EH (1999): Patient-level estimates of the cost of complications in diabetes in a managed-care population. *Pharmacoeconomics*; 16(3):285-95.

### **These 3 : Im deutschen Gesundheitswesen besteht ein hoher Ressourceneinsatz**

Analysiert man den Ressourceneinsatz im deutschen Gesundheitssystem, so zeigt sich, dass Deutschland neben Österreich und der Schweiz die höchsten Ausgaben für das Gesundheitssystem hat. Deutlich übertroffen wird Deutschland im internationalen Vergleich lediglich von den USA (Abbildung 5).

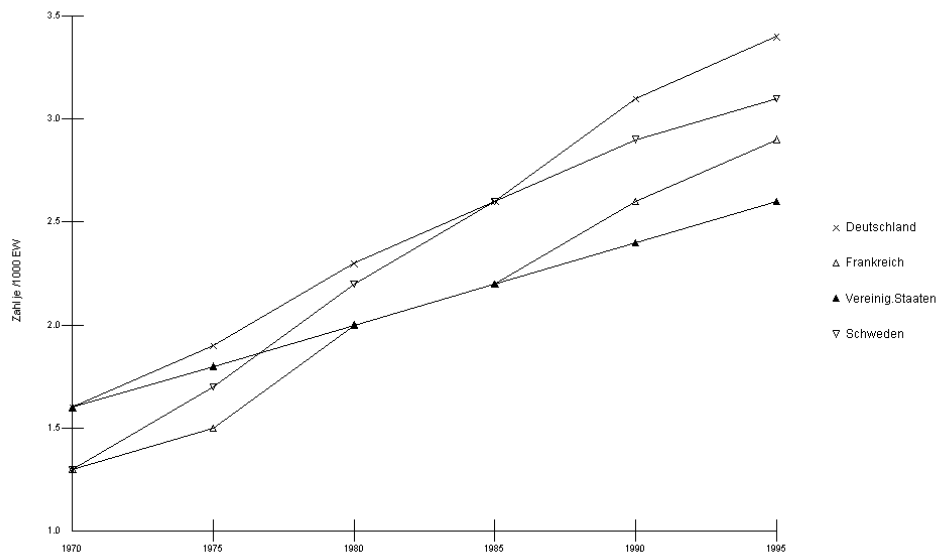
Abbildung 5: Gesundheitsausgaben ausgewählter Länder im Vergleich (1995-1997), umgerechnet in Dollar pro Kopf

	<b>1997</b>
Deutschland	2701
Frankreich	2308
Ver.Königr.	1498
Finnland	1738
Niederlande	2086

Quelle: OECD Gesundheitsbericht 2000

Der hohe Ressourceneinsatz des deutschen Gesundheitswesens im europäischen Vergleich ist im ambulanten und stationären Sektor nachweisbar. So hat Deutschland eine höhere Anzahl praktizierender Ärzte pro 1000 Einwohner (Abbildung 6), eine höhere Bettendichte (Abbildung 7) und eine längere stationäre Verweildauer (Abbildung 8) als vergleichbare europäische Länder.

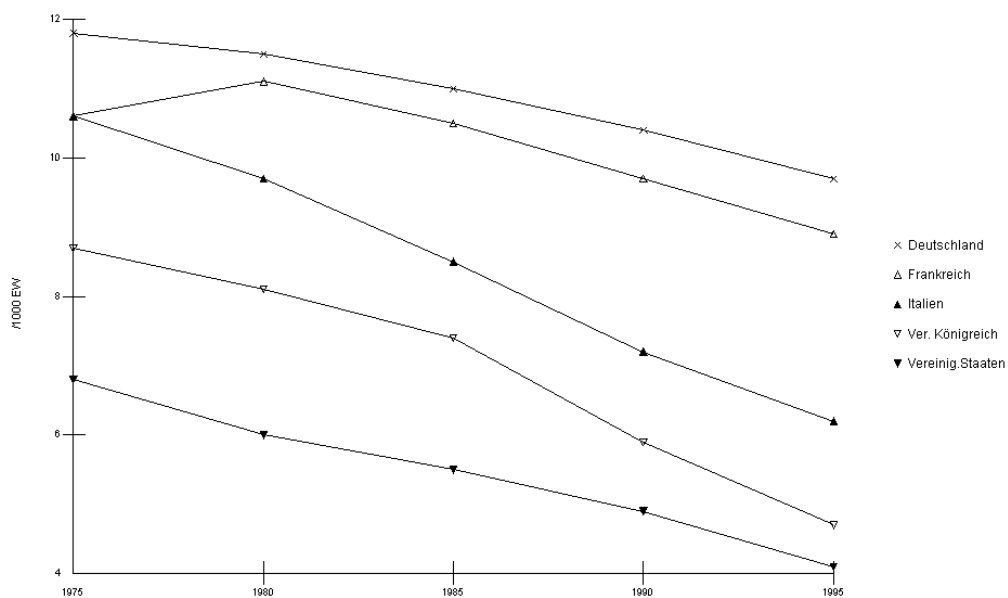
Abbildung 6: Praktizierende Ärzte pro 1000 Einwohner



OECD Gesundheitsdaten 99

Quelle: nach OECD 1999

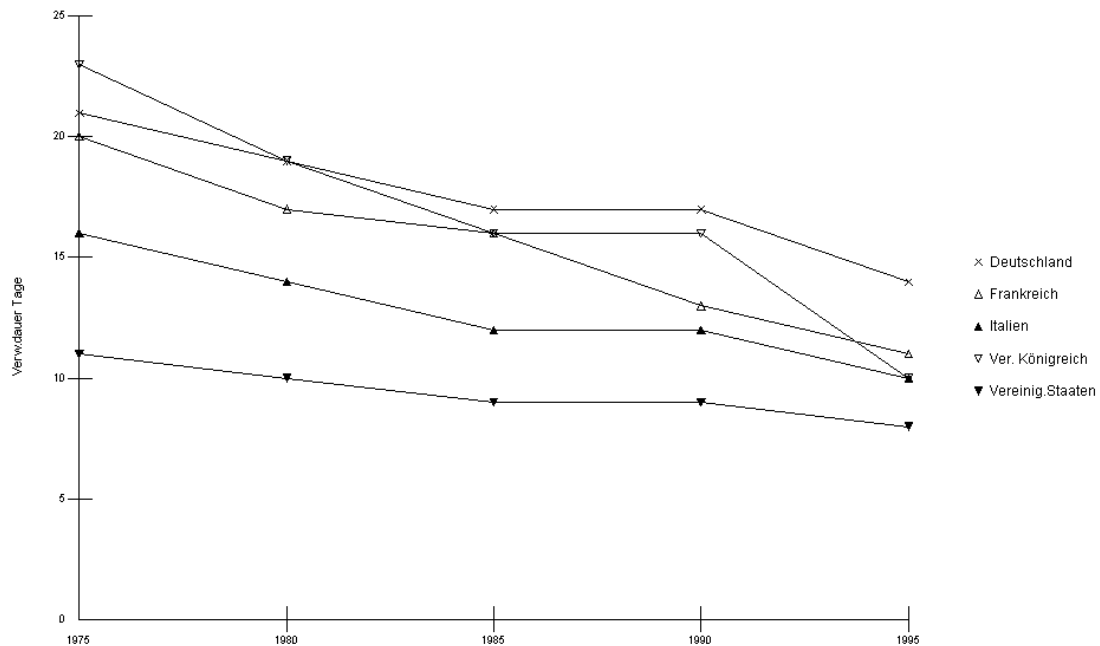
Abbildung 7: Stationäre Bettenzahl pro 1000 Einwohner



OECD Gesundheitsdaten 99

Quelle: nach OECD 1999

Abbildung 8: Mittlere Verweildauer im Krankenhaus

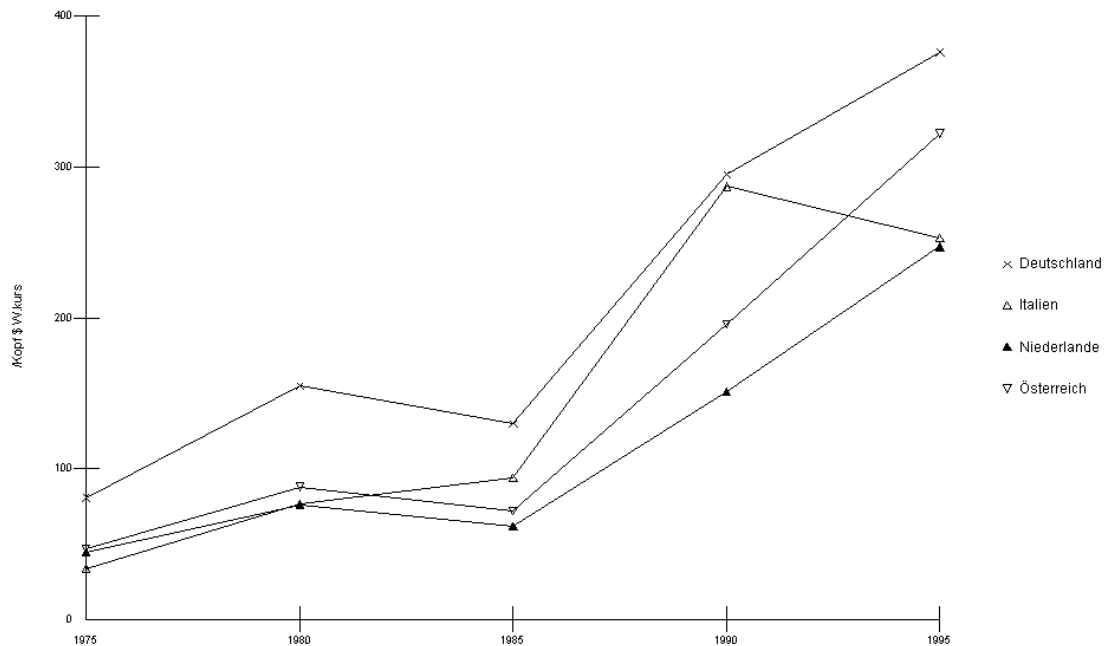


OECD Gesundheitsdaten 99

Quelle: nach OECD 1999

Auch in den Arzneimittelausgaben pro Kopf nimmt Deutschland im europäischen Vergleich einen Spitzenplatz ein (Abbildung 9). Gleichzeitig weist Deutschland einen relativ hohen Anteil an verordneten Medikamenten auf, deren Wirksamkeit nicht gesichert ist.

Abbildung 9: Arzneimittelausgaben pro Kopf umgerechnet in Dollar



OECD Gesundheitsdaten 99

Quelle: nach OECD 1999

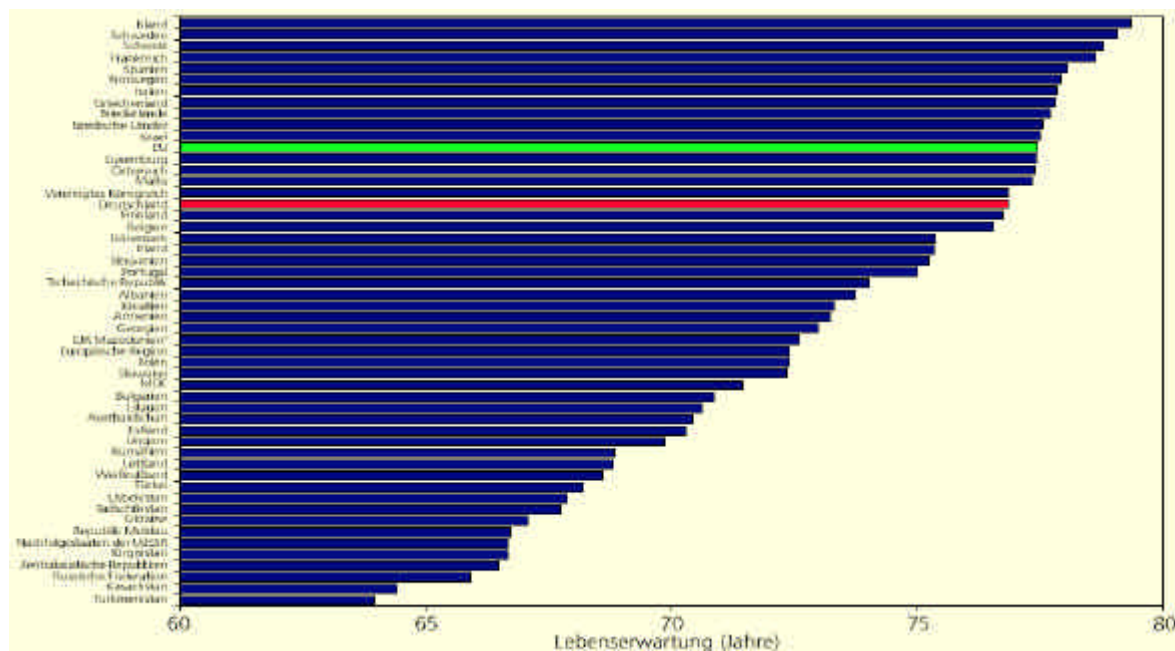
Diesem hohen Ressourceneinsatz stehen häufig nur durchschnittliche Qualitätsergebnisse gegenüber.

**These 4: Es bestehen noch Defizite in der erreichbaren Lebenserwartung und es bestehen noch Defizite im Vergleich zu der erreichbaren Absenkung der Sterblichkeit bei wichtigen Volkskrankheiten**

Defizite in der Versorgungsqualität führen in Abhängigkeit von der Erkrankung zu erhöhter Morbidität, verringerter Lebenserwartung und erhöhter Sterblichkeit. Die Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung liegt im europäischen Vergleich unter dem EU Durchschnitt (Abbildung 10). Bis zu 40% der Unterschiede in der Lebenserwartung sind durch die Unterschiede in den Gesundheitssystemen<sup>10</sup> bedingt.

<sup>10</sup> Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000 / 2001).

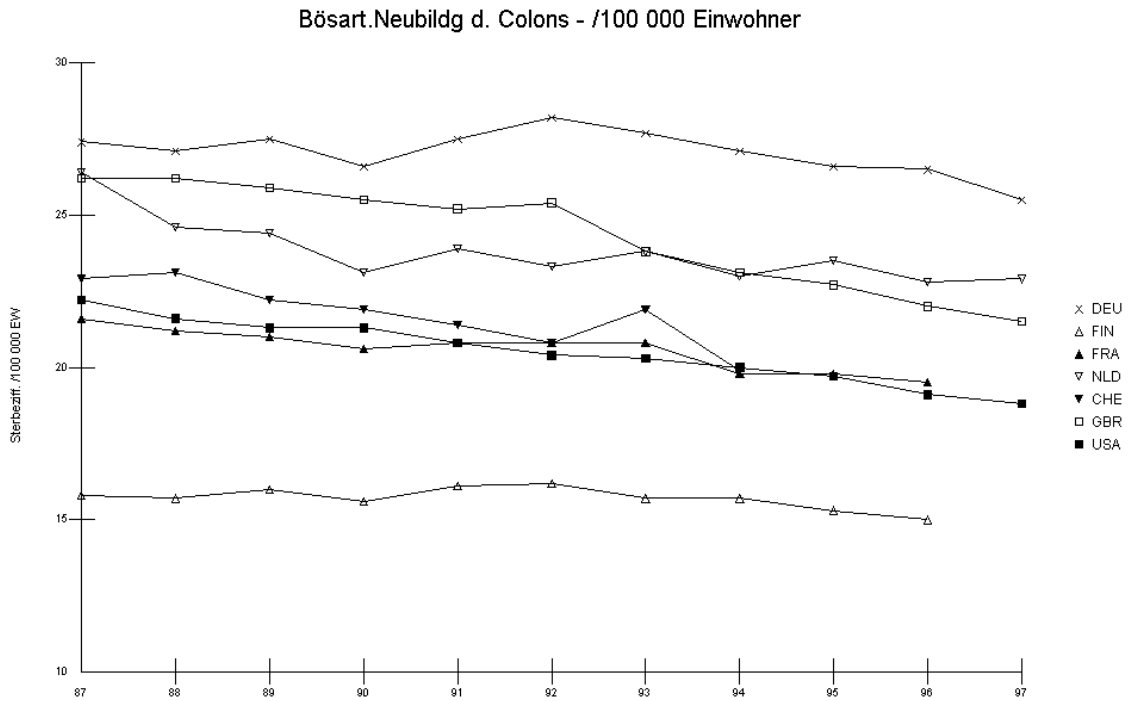
Abbildung 10: Lebenserwartung nach Ländern im Vergleich



Quelle: WHO, Stand 1996.

Ähnliche Entwicklungen lassen sich für die krankheitsspezifischen Sterblichkeiten bei häufigen chronischen Erkrankungen feststellen. Für Erkrankungen mit hoher Prävalenz und Inzidenz wie Diabetes Mellitus, Colon-Karzinom, ischämische Herzerkrankungen und zerebrovaskuläre Erkrankungen liegen die Sterblichkeiten in Deutschland im mittleren oder höheren Bereich (Abbildung 11 bis Abbildung 14). So hat Deutschland im Vergleich zu 6 anderen Ländern vergleichbarer sozioökonomischer Bedingungen (Finnland, Frankreich, Niederlande, Schweiz, Großbritannien und den Vereinigten Staaten) die höchste Sterblichkeit für Dickdarmkrebs, die zweithöchste Sterblichkeit für Diabetes, die zweithöchste Sterblichkeit für Schlaganfälle und die vierthöchste Sterblichkeit für Herzkrankheiten.

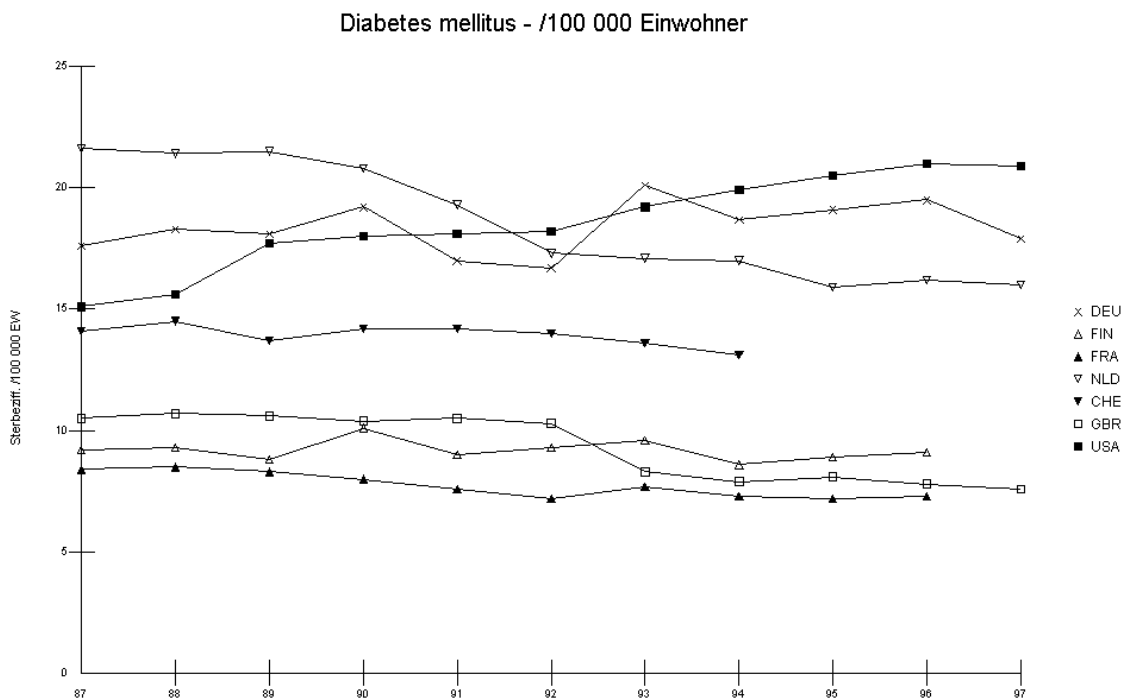
Abbildung 11: Sterblichkeit (Mortalität) bei bösartigen Neubildungen des Colons (/ 100 000 Einwohner)



OECD GESUNDHEITSDATEN 2000

Quelle: OECD Gesundheitsbericht 2000

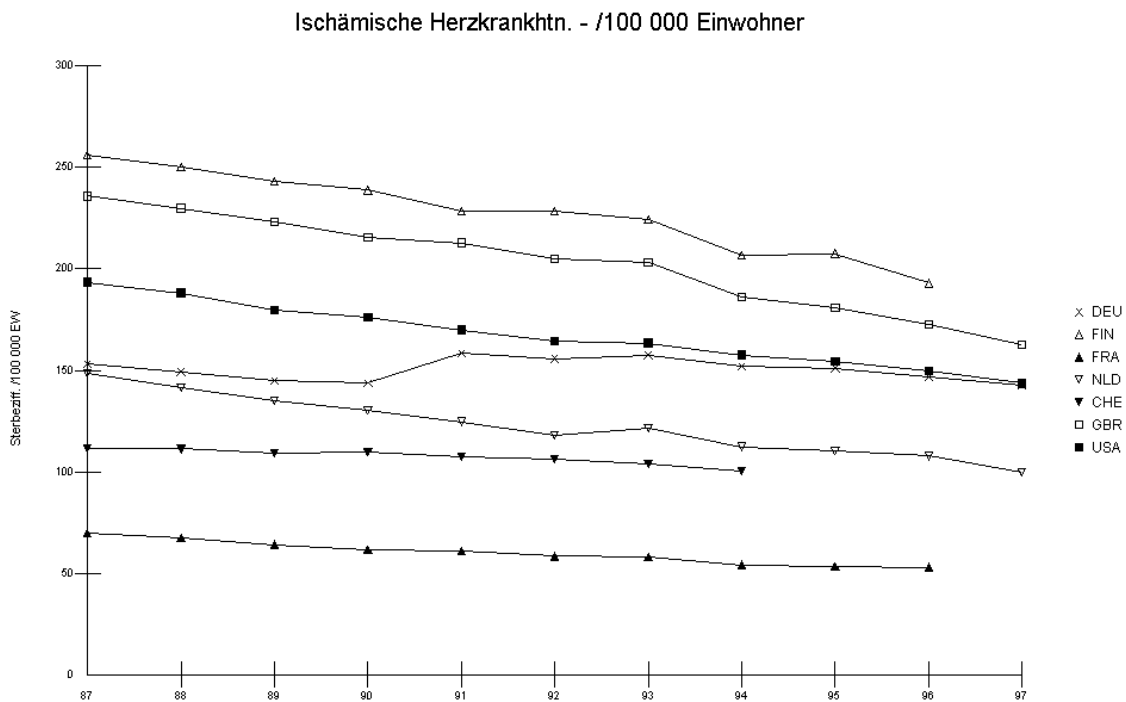
Abbildung 12: Sterblichkeit bei Diabetes Mellitus (/ 100 000 Einwohner)



OECD GESUNDHEITSDATEN 2000

Quelle: OECD Gesundheitsbericht 2000

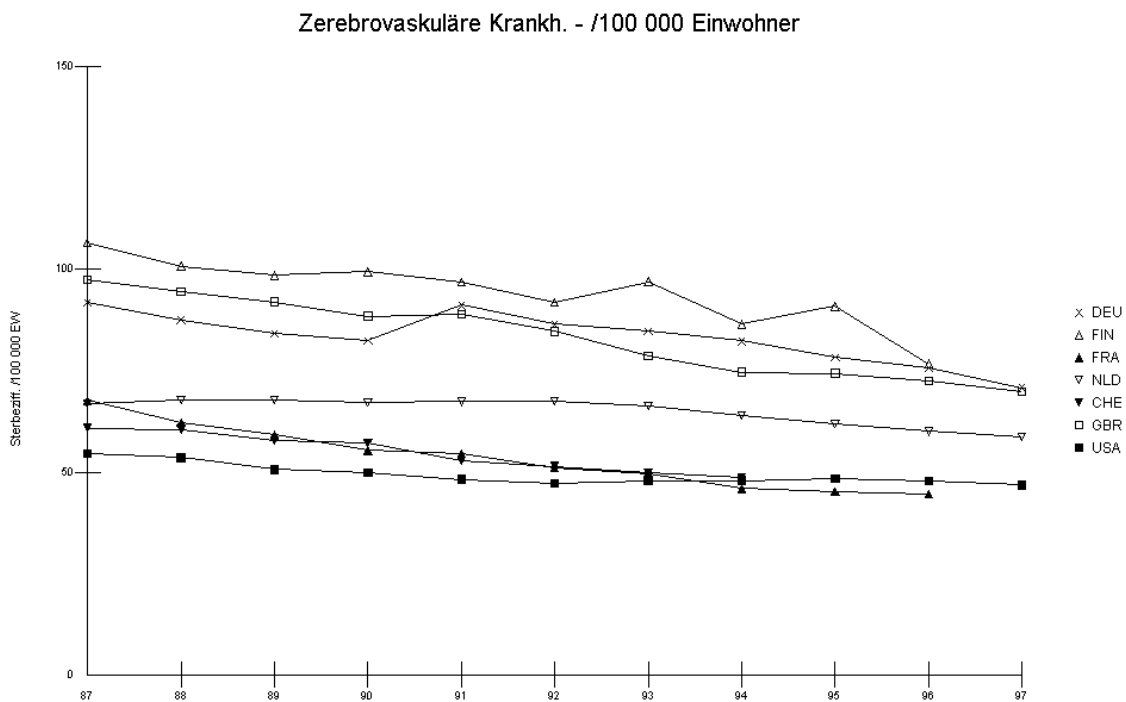
Abbildung 13: Sterblichkeit bei ischämischen Herzkrankheiten (/ 100 000 Einwohner)



OECD GESUNDHEITSDATEN 2000

Quelle: OECD Gesundheitsbericht 2000

Abbildung 14: Sterblichkeit bei zerebrovaskulären Erkrankungen (/ 100 000 Einwohner)

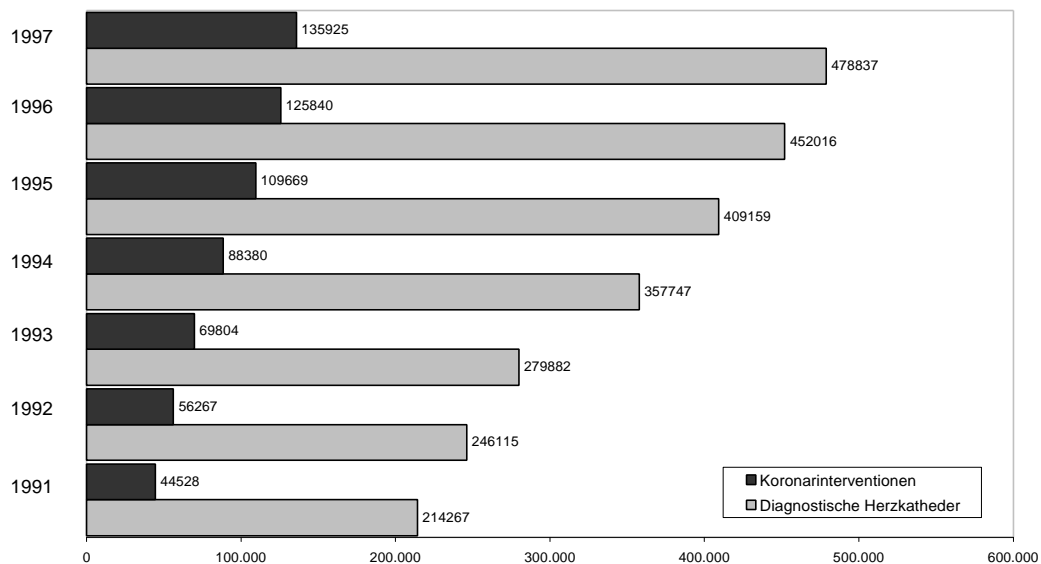


OECD GESUNDHEITSDATEN 2000

Quelle: OECD Gesundheitsbericht 2000

Betrachtet man die Entwicklung der krankheitsspezifischen Sterblichkeiten über den zeitlichen Verlauf, so fällt insbesondere bei den ischämischen Herzerkrankungen auf, dass in Deutschland nicht die gleiche Absenkung der Sterblichkeit erreicht werden konnte, wie in vergleichbaren europäischen Ländern oder den USA, obwohl die Anzahl der Herzkatheteruntersuchungen in Deutschland fast doppelt so hoch liegt wie im europäischen Durchschnitt. Auch die Zahl der diagnostischen Herzkatheter hat sich seit 1991 mehr als verdoppelt, obwohl die Sterblichkeit in anderen Ländern zum Teil deutlich stärker gesunken ist (Abbildung 15).

Abbildung 15: Herzkatheteruntersuchungen 1991 bis 1997 (Deutschland)



Quelle: Eigene Darstellung

### These 5: Es bestehen noch Defizite auf der Ebene der Prozess- und der Ergebnisqualität

Versorgungsqualität wird zunehmend anhand von Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität bewertet. Für einige wichtige chronische Erkrankungen besteht in Deutschland im internationalen Vergleich noch Potenzial zur Verbesserung:

#### *Herzinfarkt :*

Beim Eintreten eines Herzinfarktes oder anderer Formen der ischämischen Herzkrankheit ist eine optimale Sekundärprävention ein entscheidender Faktor für die

Senkung von Morbidität und Mortalität im weiteren Verlauf. Unabhängig von einer Optimierung der Risikofaktoren sollten alle Patienten ohne Kontraindikationen mit Medikamenten behandelt werden, deren Wirksamkeit in der Sekundärprävention wissenschaftlich gesichert ist. Dazu gehören beispielsweise Aspirin, Beta-Blocker, ACE-Hemmer und Statine.

Bewertet man die Versorgungsqualität von KHK-Patienten in Deutschland, so lässt sich Folgendes ableiten:

- Der Prozentsatz der Patienten, die evidenzbasiert behandelt werden, ist noch zu niedrig<sup>11</sup> (Abbildung 16).
- Durch eine evidenzbasierte Behandlung lässt sich die Mortalität deutlich senken (Abbildung 17).

So werden weniger als 30% aller Patienten mit Herzinfarkt optimal therapiert (MITRA-Studie)<sup>12</sup>. Die Sterblichkeit dieser nicht evidenzbasierten Patienten ist fast doppelt so hoch wie die evidenzbasiert behandelten Patienten (Abbildung 17).

---

<sup>11</sup> Silber S, Krischke I, Prohaska M. Unterversorgung in der Sekundärprävention bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung nach Revaskularisation. *Herz* 2000, 6:623-626.

Tunstall-Pedoe H, Vanuzzo D, Hobbs M, Mahonen M, Capaitis Z, Kuulasmaa K, Keil U. Estimation of contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA project populations. *Lancet* 2000 Feb 26, 355(9205):688-700.

<sup>12</sup> Schuster S, Koch A, Burczyk U, Schiele R, Wagner S, Zahn R, Glunz H, Heinrich R, Stuby K, Berg G, Voigtländer T, Gieseler U, Jakob M, Hauptmann P, Senges J. Frühbehandlung des akuten Myokardinfarktes: Umsetzung von Therapierichtlinien in den klinischen Alltag, MITRA-Pilotphase. *Z Kardiologie* 86,:273-283 (1997).

Abbildung 16: Versorgungsqualität von Patienten mit Koronarer Herzkrankheit (MITRA-Studie)

## Versorgungsqualität von KHK-Patienten

---

### MITRA

(Maximale individuelle Therapie beim akuten Myokardinfarkt), 1997:

54 Krankenhäuser im Südwesten Deutschlands,  
1303 Patienten mit akutem Myokardinfarkt wurden  
untersucht.

- 87,6% mit Aspirin behandelt
- 53,4% mit Thrombolytica behandelt
- 37,1% mit  $\beta$ -Blocker behandelt
- 17,4% mit ACE-Hemmer behandelt

Optimal therapiert (Verordnung der geeigneten Medikamente) : **29%**

Suboptimal therapiert (Mindestens eines nicht verordnet) : **71%**

IGKE

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schuster et al. 1997.

Abbildung 17: Ergebnisqualität bei KHK-Patienten in Abhängigkeit von der Therapie

Optimal therapierte Patienten:

5,0% Mortalität in den ersten 2 Tagen

10,9% Mortalität in der gesamten stationären Phase

Suboptimal therapierte Patienten:

9,3% Mortalität in den ersten 2 Tagen

17,7% Mortalität in der gesamten stationären Phase

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schuster et al. 1997.

### *Diabetes Mellitus:*

Ein wichtiges Qualitätsmerkmal der Versorgung von Patienten mit Diabetes ist die Vermeidung von diabetesbedingten Amputationen. Die Amputationsraten von Diabetikern lassen sich bei Risikopatienten u.a. durch eine regelmäßige Inspektion der Füße, verletzungsfreie Nagel- und Hautpflege sowie die Benutzung von speziellem Schuhwerk senken. Dadurch können Läsionen, die bei Nichtbehandlung zur Amputation führen, frühzeitig erkannt und therapiert werden. Durch die regelmäßige Fu-

ßinspektion und nachfolgende Behandlung in speziellen Diabetes-Fußambulanzen können die Amputationsraten im Vergleich zur durchschnittlichen, landesüblichen Therapie um bis zu 87% gesenkt werden, wie in zahlreichen Studien gezeigt werden konnte (Abbildung 18).

Abbildung 18: Reduktion diabetesbedingter Amputationen in verschiedenen Zentren durch die Behandlung in Diabetes-Fußambulanzen

	<b>Primärversorgung</b>	<b>Spezial Zentrum, geleitet von</b>	<b>% weniger Amputationen</b>
<b>Umea/Schweden</b>	+	Internisten	68
<b>London/England</b>	-	Internisten	50
<b>Kisa/Schweden</b>	+	Primärärzten	78
<b>Lund/Schweden</b>	+	Internisten	56
<b>Tuscon/USA</b>	-	Chirurgen	66
<b>Louisville/USA</b>	-	Chirurgen	53
<b>Genf/Schweiz</b>	-	Internisten	87

Quelle: In Anlehnung an Staehr-Johansen 1996<sup>13</sup>.

In Deutschland gibt es kein Amputationsregister wie beispielsweise in Dänemark<sup>14</sup>. Das Wissen über die Veränderung von Amputationsraten von Diabetikern und Nicht-Diabetikern beruht hauptsächlich auf Stichprobenuntersuchungen. In ländlichen Regionen in Bayern und Thüringen wurden ca. 60 pro 10 000 Diabetiker bzw. 59 bis 69 pro 10 000 Diabetiker jährlich amputiert<sup>15</sup>. Im Rheinland wurden sogar 70 pro 10 000 Diabetiker amputiert. Auch neuere Untersuchungen wie z.B. aus Leverkusen ergeben keine signifikante Änderung in der Entwicklung der Amputationshäufigkeit seit

<sup>13</sup> Staer-Johansen K. Hat die Deklaration von St. Vincente zu einer Verbesserung der Patientenversorgung und des Behandlungsergebnisses geführt? In: M. Berger und C. Trautner (Hrsg) die Forderungen von St. Vincent - Stand 1996 in Deutschland. S 73-79. Mainz, Kirchheim 1996.

<sup>14</sup> Ebskov B, Ebskov L: Major lower limb amputation in diabetic patients: development during 1982 to 1993. Diabetologia, 1996;39: 1607-10

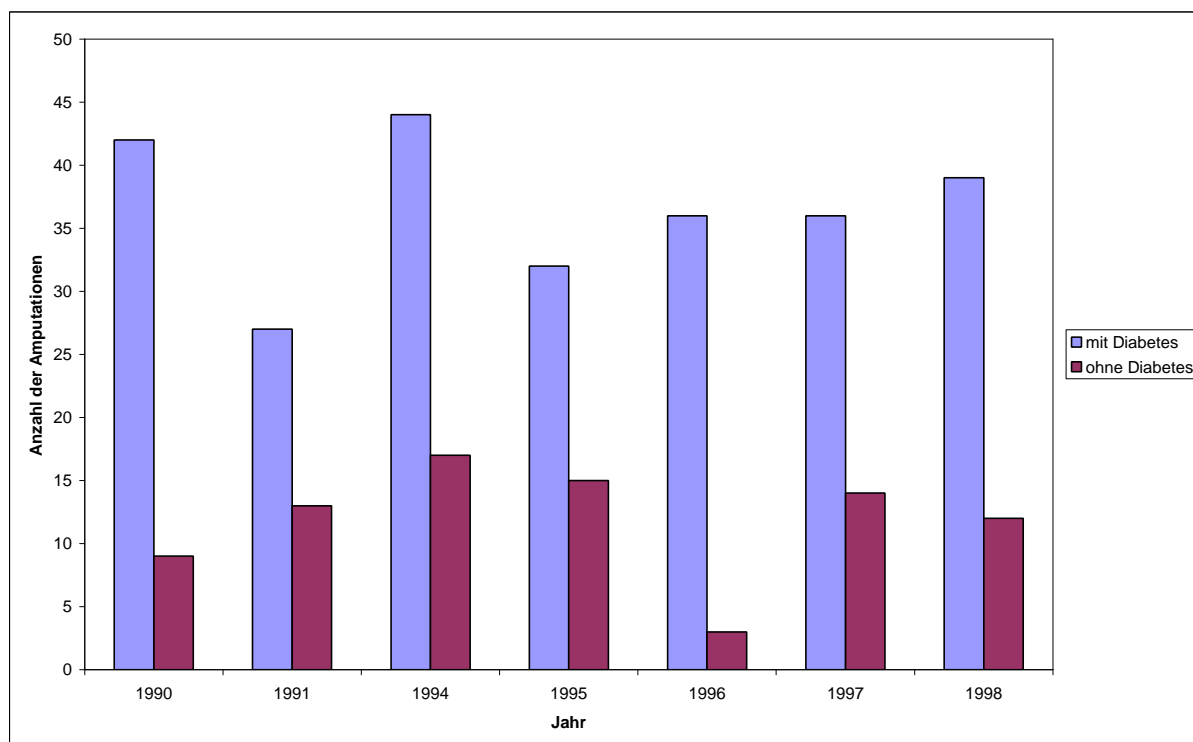
<sup>15</sup> Madani SF, Stämmler C, Müller UA, Bartel M, Glombiza D. Amputationshäufigkeit der unteren Extremitäten bei Patienten mit Diabetes Mellitus, eine Vergleichsstudie in zwei Regionen in Thüringen. Diab Stoffw 1998; 7(1):31.

Trautner C. Studien zur Epidemiologie von Amputationen. In: M. Berger und C. Trautner (Hrsg). Die Forderungen von St. Vincent – Stand 1996 in Deutschland S.64-72. Mainz, Kirchheim 1996.

Standl E, Stiegler H. Der Erfolg bei der Reduktion von Amputationen bei Diabetikern in Deutschland. In: M Berger und C Trautner (Hrsg) Die Forderungen von St. Vincent – Stand 1996 in Deutschland. S.64-72. Mainz, Kirchheim 1996.

1990<sup>16</sup> (Abbildung 19). Die in der St. Vincent Erklärung beschlossenen Halbierung der Amputationsrate konnte in Deutschland nicht erreicht werden. Vielmehr muss man von einer konstanten Amputationsrate seit 10 Jahren ausgehen.

Abbildung 19: Diabetes- und nicht-diabetesassoziierte Amputationsraten im Vergleich (Leverkusen)



Quelle: In Anlehnung an Trautner, et al., 2001

### *Bösartige Neubildungen:*

Gatta et al. untersuchten die standardisierte 5-Jahresüberlebensrate für 12 bösartigen Neubildungen in den USA und Europa und stellten signifikant niedrigere 5-Jahresüberlebensraten in Europa für viele Krebsarten fest<sup>17</sup>. Besorgniserregend ist das Ergebnis der Studie dahingehend, dass in 11 von 12 Krebsarten die Überlebenswahrscheinlichkeit in den USA höher war als in Deutschland. Die Überlebensrate sank mit zunehmendem Alter bei Diagnosestellung in Europa und den USA ab. Dieser Trend war allerdings in Europa stärker als in den USA.

<sup>16</sup> Trautner C, Haastert B, Spraul M, giani G, Berger M. Unchanged Incidence of Lower-Limb Amputations in a German City, 1990-1998. *Diabetes Care*, 2001; 24 (5): 855-859.

<sup>17</sup> Gatta G, Capocaccia R, Coleman M, Ries L, Hakulinen T, Micheli A, Sant M, Verdecchia A, Berrino F. Toward a comparison of survival in american and european cancer patients. *CANCER* August 15,2000, 8(4):893-900.

Eine höhere 5- Jahresüberlebensrate als in den USA ist für Deutschland lediglich für Magenkrebs nachgewiesen, während einige andere europäische Länder auch für andere Karzinome eine höhere Überlebensrate als die USA aufweisen (Abbildung 20)

Abbildung 20: Vergleich der standardisierte 5-Jahresüberlebensraten für 12 bösartige Neubildungen in Europa und den USA.

<b>Karzinom</b>	<b>Überlebens- rate in den USA</b>	Europäische Länder mit einer höheren Überlebensrate als die USA
Magen	19	Österreich (27), Spanien (26), <b>Deutschland (26)</b> , Frankreich (25) Island (24), Italien (239, Schweiz (23), Finnland (20)
Kolon	60	keine
Rectum	57	keine
Lunge	13	keine
Brust	82	keine
Hautmelano- me	86	Österreich (89), Schweiz (89), Schweden (88)
Zervix Ca	66	Island (85), Österreich (69), Schweden (68), Niederlanden (68), Schweiz (67)
Corpus uteri	83	Niederlanden (84)
Ovarial Ca	40	Schweden (45), Österreich (44), Spanien (41), Schweiz (40)
Prostata	81	Keine
Hodgkin Lymphome	75	Frankreich (76), Schweiz (76)
Non-Hodgkin Lymphome	50	Österreich (63), Frankreich (53), Island (54)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Gatta et al. 2000.

## Analyse der Ursachen

**These 6: Wichtige Ursachen der Versorgungsdefizite lassen sich nur durch eine Strukturreform in der Gesetzlichen Krankenversicherung beheben**

Um eine Verbesserung der Versorgungsqualität sowie eine Stabilisierung der Kosten in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen, muss an der Versorgung chronisch Kranker angesetzt werden. Insbesondere folgende Defizite und ihre Fol-

gen sind im deutschen Gesundheitswesen für die Versorgung chronisch Kranker kennzeichnend:

- Große Varianz in der Therapie mit ungenügender Orientierung an den Standards der evidenzbasierten Medizin
- Fragmentierung der Versorgung durch verkrustete Strukturen und starre Grenzen zwischen den Sektoren mit ungenügendem Wissensfluss, Informationsverlust, Mehrfachuntersuchungen und Unterbrechung der Versorgungskontinuität
- Überwiegende Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die Versorgung akuter Erkrankungen
- Ungenügende Transparenz in der Versorgungsqualität

Die Trennung der Sektoren in ambulante und stationäre Behandlung sowie Rehabilitation mit getrennten Budgets und Erstattungssystemen führt zu einer Diskontinuität in der Versorgung und zu ungenügendem Informationsfluss zwischen den Sektoren. Daraus resultieren Doppel- und Mehrfachuntersuchungen, unterschiedliche Therapiekonzepte in der Behandlung desselben Patienten sowie Kostenverschiebungen zwischen den Sektoren.

Erschwerend kommt hinzu, dass durch den bestehenden Risikostrukturausgleich bisher auch kein ausreichender Anreiz zur Verbesserung der Versorgungssituation chronisch Kranker bestanden hat. Für die Krankenkassen war es unattraktiv, Programme zur Versorgungsverbesserung chronisch Kranker anzubieten, da ihnen im Risikostrukturausgleich nur die durchschnittlichen Kosten gleichaltriger Versicherter ersetzt wurden. Die durchschnittlichen höheren Kosten chronisch Kranker gingen zu Lasten der Krankenkasse. Krankenkassen mussten es daher aus betriebswirtschaftlicher Sicht vermeiden, Anreize zu setzen, die chronisch kranke Versicherte anziehen würden. Eine Änderung ist erst durch das geplante Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs zu erwarten. Es soll eine qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Versorgung chronisch Kranker für die Kassen wieder attraktiv werden lassen, indem es den finanziellen Ausgleich für chronisch Kranke auf die durchschnittlichen Kosten dieser chronisch Kranken anhebt. Voraussetzung ist, dass chronisch kranke Versicherte, die an definierten Erkrankungen leiden in strukturierte und qualitätsgesicherte Programme zur Therapieoptimierung eingeschrieben sind. Die Qualitätsanforderungen an diese Programme sollen gesetzlich geregelt werden (§137 f ff. SGB

V). Damit werden isolierte und auf einzelne Sektoren begrenzte Versuche zur Kostenbegrenzung (sog. Komponentenmanagement) durch ein sektorenübergreifendes, qualitätsgesichertes Konzept zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Kostenstabilisierung abgelöst. Versorgungsverbesserung und Kostenstabilisierung können durch die Vermeidung von Spätkomplikationen und Mehrfacherkrankungen auf dem Boden einer evidenzbasierten Therapie erreicht werden. International hat sich dazu das Konzept des Disease Managements als überlegener Ansatz etabliert.

## **Sicherung der Finanzierung und der sozialen Gerechtigkeit durch gezielte und systematische Prävention**

### **These 7: Kostensenkung durch strukturierte und qualitätsgesicherte Programme (Disease Management-Programme)**

Der Aufbau einer gezielten und systematischen Prävention gelingt am ehesten im Rahmen strukturierter Programme, wie z.B. sog. Disease Management Programmen. Disease Management wurde in den USA zur Qualitätssicherung und Kostenstabilisierung entwickelt, als sich herauskristallisierte, dass sich durch unkoordinierte Einzelmaßnahmen (Ressourcen- oder Komponentenmanagement) keine weiteren Kosteneinsparungen realisieren ließen. Die Prämisse des Disease Managements ist entsprechend, dass eine systematische, sektorenübergreifende, evidenzbasierte und langfristige Versorgung einer Patientengruppe qualitativ hochwertiger und kosteneffektiver ist, als die unkoordinierte Versorgung von Krankheitsepisoden einzelner Individuen. Für qualitätsgesicherte Disease Management-Programme liegt Evidenz internationaler Studien vor, dass der Prozentsatz chronisch Kranker, die evidenzbasiert therapiert werden, bei gleichzeitiger Kostensenkung deutlich ansteigt (Abbildung 21).

Abbildung 21: Medizinische und Ökonomische Outcomes von Disease Management Programmen

<b>Programm</b>	<b>Medizinische Outcomes</b>	<b>Ökonomische Outcomes</b>
Herzinsuffizienz	a) Aufenthaltsdauer von 6.6 auf 4.9 Tage verkürzt. b) Mortalitätsrate von 8.2% auf 2.2% gesenkt. Verordnung von ACE-Hemmern von 67% auf 88% gesteigert	a) Kostenersparnis von US\$ 490/Monat/Mitglied b) Kostenersparnis pro Versichertem US\$ 618 in 6 Monaten
Diabetes Mellitus	Besuch von Notfallambulanzen von 147 auf 128 verringert. Krankenhauseinweisung von 45 auf 41 verringert. Anzahl jährlicher Überweisungen zum Augenarzt um 5% gesteigert	Break even point im ersten Jahr erreicht
Asthma	Interventionsgruppe und Kontrollgruppe mit 2235 bzw. 3292 Versicherten.	Kostenreduktion um 17%. Durchschnittliche Verringerung der Kosten pro Versichertem: •Notfallambulanz: -29% •Krankenhausaufenthalt: -13% •Arztbesuche: -36% •Medikation: -18%

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Disease Management and Health Outcomes 2000<sup>18</sup>

Einsparungen im stationären Sektor werden durch eine Verkürzung der Krankenhausaufenthaltsdauer, vermiedenen Einweisungen in Notfallambulanzen und eine Senkung der Komplikationsraten mit nachfolgender stationären Behandlung erreicht. Einsparungen im ambulanten Bereich können sich durch eine Optimierung der medikamentösen Therapie mit der Verdrängung nicht-wirksamer Medikamente durch evidenzbasierte Medikamente ergeben, sowie durch eine Reduktion der erbrachten Leistungen (Arztbesuche, Doppel- und Mehrfachuntersuchungen). Entsprechende Einsparungen sind nur möglich, wenn die Disease Management Programme auf der

Grundlage der evidenzbasierten Medizin und bei strenger Qualitätskontrolle durchgeführt werden. Außerdem ergeben sich mögliche Einsparungen nicht kurzfristig, es sei denn, die Disease Management Programme werden auch zum Abbau bestehender Über- oder Fehlversorgung bei chronisch Kranken eingesetzt, was unbedingt zu empfehlen wäre. Industrieabhängige Projekte, Verzicht auf die Konzentration auf das Wesentliche, Ausklammerung des Abbaus von Über- und Fehlversorgung und die Einschreibung nicht geeigneter Patienten sind Gefahren, denen am besten durch eine frühe Klärung der geeigneten Erkrankungen und eine krankheitsspezifische Definition der Anforderungen an die Programme begegnet werden kann.

### **These 8: Gezielte Prävention kann die Krankheitslast in der Bevölkerung senken**

Das zentrale Anliegen der Gesundheitspolitik zur Stabilisierung der Kosten muss es sein, den durchschnittlichen Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern. Wie bereits dargelegt, ist der entscheidende Faktor für die gesamten Kosten für Gesundheit die Zahl der chronisch Kranken in der Bevölkerung insgesamt und deren durchschnittlicher Gesundheitszustand. Als zentrales Instrument zur mittelfristigen Sicherung der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems ist daher eine effektive, systematische und gezielte Prävention zu fordern.

Durch gezielte Präventionsprogramme können beispielsweise Risikofaktoren beeinflusst werden, die gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten mehrerer chronischer Erkrankungen beeinflussen. So ergaben große epidemiologische Studien mit Beta-Blockern und Diuretika über 5 Jahre bei Patienten mit Bluthochdruck, dass eine Senkung des diastolischen Blutdrucks um 5 bis 6 mmHg bei geeigneten Patienten das Risiko einen Schlaganfall zu erleiden um 38% und das Risiko ein kardiovaskuläres Ereignis zu entwickeln um 16% senkt<sup>19</sup>. Das Risiko eine Herzinsuffizienz als Folgeerkrankung der Hypertonie zu entwickeln wird durch die Therapie mit

---

<sup>18</sup> Disease Management and Health Outcomes 2000.

<sup>19</sup> Collins R, Peto R, MacMahon S, Herbert P, Fiorelli NH, Geraedts EA, Godwin J, Qizilbash N, Taylor JO, Hennekens CH. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990;335:827-839.

Collins R, MacMahon S. Blood pressure, antihypertensive drug treatment and the risks of stroke and of coronary heart disease. *Br med bull* 1994;50:272-298.

MacMahon S, Rodgers A. The effects of antihypertensive treatment on vascular disease: reappraisal of the evidence in 1994. *Journal of Vascular Medicine and Biology* 1993;4:265-271.

Beta-Blockern bzw. Diuretika halbiert. Bedenkt man, dass die Herzinsuffizienz eine kostenintensive Erkrankung, Beta-Blocker und Diuretika hingegen kosteneffektive Medikamente mit Generikakosten von z.T. deutlich weniger als 50 Pfennig pro Tag sind, so ergeben sich nennenswerte mögliche Kostensenkungen. Gleichzeitig zeigen neuere Studien, dass durch die Behandlung des Bluthochdrucks auch das Risiko einer Alzheimer Demenz reduziert werden kann.

Durch den Aufbau wissenschaftlich gesicherter, nationaler Präventionsstrategien für die wichtigsten Volkskrankheiten hat das deutsche Gesundheitssystem die Chance, die Finanzierbarkeit bei gleichzeitiger Wahrung eines qualitativ hohen Versorgungsniveaus langfristig zu sichern. Beispielsweise konnte in Finnland durch strukturierte Präventionsprogramme innerhalb eines Zeitraums von 20 Jahren die Anzahl neu eingetretener Herzinfarkte halbiert werden<sup>20</sup>.

**These 9: Ein Modell der Grund- und Zusatzversicherung trifft nicht das Kernproblem der GKV, sondern fördert die Erbringung von nicht-evidenzbasierten und nicht-kosteneffektiven Verfahren in der medizinischen Versorgung**

Als Reformoption zur Sicherung der Finanzierbarkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird immer wieder die Eingrenzung des Leistungskatalogs mit einer Aufteilung in Grund- und Zusatzleistungen diskutiert. Über die Zusatzversicherung sollen die nicht solidarisch über die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzierenden Leistungen abgedeckt werden.

Nach welchen Kriterien soll eine Eingrenzung des Leistungskatalogs jedoch vorgenommen werden? Eine abschließende Definition wirksamer Leistungen ist aufgrund des kontinuierlichen Fortschritts in der Medizin nicht möglich. Medizinische Verfahren veralten täglich und werden durch wirksamere Verfahren verdrängt. Das SGB V definiert daher den Leistungsumfang der auf Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden kann sinngemäß „als dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse entsprechend und unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts“ (§ 2 I SGB V) sowie explizit aus- bzw. eingeschlossene Leistungen. Zu beachten sind ferner das Wirtschaftlichkeitsgebot (§12 SGB V) und die me-

---

Messerli FH, Grossman E, Goldbourt U. Are beta-blockers efficacious as first-line therapy for hypertension in the elderly? A systematic review. JAMA 1998;279:1903-1907.

dizinische Notwendigkeit. Ausgehend von dieser Prämisse sind für die Bewertung von Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung zwei Fragen entscheidend:

1. welcher Nutzen einer Leistung (bewertet nach den Maßgaben der evidenzbasierten Medizin) ist für den Patienten zu erwarten?
2. welche Kosten-Nutzen-Relation hat eine Leistung unter gesamtgesellschaftlichen Aspekten?

Davon ausgehend lassen sich medizinische Leistungen folgendermaßen klassifizieren:

- Leistungen, die evidenzbasiert sind und eine gute Kosten-Nutzen-Relation aufweisen
- Leistungen, die evidenzbasiert sind, aber eine schlechte Kosten-Nutzen-Relation aufweisen
- Leistungen, die nicht evidenzbasiert sind

Es ist davon auszugehen, dass zur Zeit schätzungsweise lediglich die Hälfte aller in Übereinstimmung mit dem Stand des medizinischen Wissens erbrachten Leistungen als evidenzbasiert gelten kann. So ist beispielsweise der Anteil verordneter Arzneimittel, die keine wissenschaftlich nachgewiesene Wirkung besitzen in Deutschland besonders hoch. Eine Gesundheitsversorgung kann jedoch nur dann als qualitativ hochwertig angesehen werden, wenn der Anteil evidenzbasierter Leistungen möglichst hoch und der Anteil nicht wirksamer Leistungen möglichst gering ist. Betrachtet man nun die Frage, welche Leistungen sich für die Grund- und welche für eine Zusatzversorgung eignen, so ergibt sich folgendes Bild:

- Evidenzbasierte Leistungen mit guter Kosten-Nutzen-Relation: Diese Leistungen sind in Übereinstimmung mit SGB V der Kern der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Ausgliederung dieser Leistungen würde zu Rationierung auf der Grundlage des Einkommens führen und wäre unter dem Aspekt der sozialen Gerechtigkeit nicht zu vertreten.
- Evidenzbasierte Leistungen mit schlechter Kosten-Nutzen-Relation: Das Angebot von Leistungen mit schlechter Kosten-Nutzen-Relation im Rahmen einer Zusatzversicherung scheint auf den ersten Blick plausibel. Ein solches Vorgehen setzt jedoch unerwünschte Anreize für den Aufbau einer Infrastruktur, die ineffiziente Leistungen fördert. Da solche Leistungen zudem von Versicherten mit hoher

---

<sup>20</sup> Vartiainen E, Puska P, Jousilahti P, Korhonen HJ, Tuomilehto J, Nissinen A. Twenty-year trends in coronary risk factors in north Karelia and in other areas of Finland. *Int J Epidemiol* 1994;23(3):495-504.

Morbidität und abzusehender Inanspruchnahme gewählt werden, etabliert sich erfahrungsgemäß kein Gesundheitsmarkt für diese Leistungen.

- Nicht-evidenzbasierte Leistungen: Besteht die Zusatzversicherung aus Leistungen, deren Wirksamkeit nicht gesichert ist, so stellt sich die Frage, warum für diese Leistungen eine Zusatzversicherung eingeführt werden sollte. Die Einführung einer Zusatzversicherung für unwirksame bzw. in ihrer Wirksamkeit nicht bewiesene Verfahren würde den Verdrängungsprozess dieser Leistungen durch evidenzbasierte Innovationen stoppen. Dieser Prozess, der in Deutschland noch sehr langsam abläuft, sollte aber unbedingt gefördert werden. Auch unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung ist die Erbringung dieser Leistungen, die den Patienten potenziell schädigen können und keinen nachgewiesenen medizinischen Nutzen produzieren nicht wünschenswert.

Eine zusätzliche Einbringung neuer Ressourcen durch die Aufgliederung in Grund- und Wahlleistungen trifft den Kern des Problems der gesetzlichen Krankenversicherung nicht, da sie an den bestehenden Qualitätsproblemen und der mangelnden Präventionsorientierung nichts ändert. Im Gegenteil sind sogar schädliche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität zu erwarten, da die langsam anlaufende Verdrängung nicht-wirksamer Verfahren durch evidenzbasierte Verfahren behindert würde. Selbst die in diesem Bereich bereits erreichten Erfolge würden durch die Einführung einer Zusatzversicherung wieder gefährdet. Präventionsleistungen z.B., insgesamt der Bereich mit der größten Unterversorgung in Deutschland, werden zum Teil als Kandidaten für eine mögliche Zusatzversicherung vorgeschlagen. Das Beispiel zeigt, dass eine Zusatzversicherung kaum auf das Angebot nicht wirksamer Leistungen beschränkt bleiben würde, sondern auch zu ethisch nicht akzeptablen Rationierungen führen und die einkommensabhängigen Unterschiede in der Gesundheitserwartung vergrößern würde.