

WIP-Information 3/2009

Liebe Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, Ihnen heute unseren aktuellen Newsletter zu übersenden. Auch die Juli-Ausgabe enthält eine Zusammenfassung der neusten Veröffentlichungen des WIP sowie eine Übersicht interessanter Studien aus Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung.

Wir wünschen Ihnen eine informative Lektüre!

Ihr WIP-Team

Juli 2009

I. Editorial **S. 2**

II. WIP – aktuell **S. 3**

[Die Verordnung von neuen Wirkstoffen
\(Ausgabe 2009\)](#) S. 3

[Versicherung von Kindern im Vergleich zwischen
GKV und PKV](#) S. 4

[Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat
versicherter Patienten im Jahr 2007](#) S. 5

[Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ
und EBM](#) S. 6

III. Neues aus Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung **S. 7**

[Einkommensverteilung](#) S. 7

[Pflegeversicherung](#) S. 8

[Epidemiologie](#) S. 8

[Stationäre Versorgung](#) S. 9

[Ambulante Versorgung](#) S. 10

I. Editorial

Kurz vor Ende der laufenden Legislaturperiode greift manch ein Politiker auf Vorschläge zurück, die man eigentlich schon längst erledigt glaubte.

Die Gesundheitsministerin will im Falle eines Wahlsieges einen Finanzausgleich zwischen der privaten Pflegepflicht- und der sozialen Pflegeversicherung organisieren. So populär – oder besser populistisch - die Forderung ist, neu ist sie nicht. Und mit gutem Grund wurde sie eigentlich schon zu Grabe getragen. Das WIP hatte bereits in seinem Diskussionspapier 7/06 darauf hingewiesen, dass die Altersentwicklung in der privaten und der sozialen Pflegeversicherung fundamental unterschiedlich verläuft. Die Leistungsausgaben werden in der privaten Pflegeversicherung in den nächsten 35 Jahren um 470 Prozent (!) steigen, in der sozialen Pflegeversicherung hingegen mit 218 Prozent weniger als halb so schnell. Der Grund hierfür ist die unterschiedliche Altersstruktur in den beiden Systemen. Die Hoffnung, die Finanzlöcher in der sozialen Pflegeversicherung durch einen Rückgriff auf die solide finanzierte private Pflegeversicherung zu stopfen, würde sich schnell als trügerisch erweisen.

Statt in dieser Legislaturperiode endlich zumindest einen teilweisen Wechsel zur Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung zu vollziehen, sind die umlagefinanzierten Leistungen sogar noch ausgeweitet worden. Die durch den demographischen Wandel verursachten Beitragssatzprobleme haben in der sozialen Pflegeversicherung deutlich zugenommen. Im Diskussionspapier 5/07 hat das WIP eine entsprechende Beitragssatzprognose vorgelegt. Dabei hatte es an Vorschlägen zur Reformierung der Pflegeversicherung nicht gefehlt. Das Projekt des WIP zur Teilkapitaldeckung in der Pflegeversicherung wird auch in der nächsten Legislaturperiode nichts an seiner Aktualität einbüßen.

Die Diskussion über die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit geht also in der nächsten Legislaturperiode weiter. Hoffentlich geschieht dies wirklich einmal mit einem Blick nicht nur auf die nächsten 4 Jahre, sondern darauf, dass sich auch die heutigen Eltern und Kinder auf die Bezahlbarkeit der Pflegeversicherung verlassen wollen.

Impressum

Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)
des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 40
50968 Köln

Telefon: 0221 / 9987 - 1652

Telefax: 0221 / 9987 - 3962

E-Mail : [wip\(at\)pkv.de](mailto:wip(at)pkv.de)

Internet: www.wip-pkv.de

V.i.S.d.P. Christian Weber

Redaktion: Verena Finkenstädt

Alle vorgestellten Diskussionspapiere des WIP können unter <http://www.wip-pkv.de> eingesehen und heruntergeladen werden.

Abonnieren Sie die WIP-Information [hier](#)

Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Frank Wild) – WIP-Diskussionspapier 10/09

Die Bedeutung von neuen Wirkstoffen in der privaten und in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde vom WIP erstmalig im Jahr 2007 mit den Arzneiverordnungsdaten des Jahres 2005 analysiert. Nach einer Aktualisierung im darauffolgenden Jahr erfolgt nun im aktuellen WIP-Diskussionspapier 10/09 eine weitere Fortschreibung der Untersuchung. Das WIP vergleicht zudem erstmals die 20 umsatzstärksten neuen Medikamente der Jahre 2002 bis 2006 in der PKV und in der GKV. Der Untersuchung liegen die Arzneimittelrechnungen zu Grunde, die im Jahr 2007 bei acht PKV-Unternehmen eingereicht wurden. Die Daten für die GKV stammen aus dem Arzneimittelverordnungsreport 2008.

Privatpatienten erhalten anteilig mehr neue Medikamente

Die aktuelle Analyse bestätigt den Trend des Vorjahres, dass privatversicherte Patienten anteilig mehr neue Wirkstoffe erhalten als Versicherte der GKV. Zudem wird anhand der indikationsbezogenen Innovationsquote deutlich, dass der Unterschied in der Verordnung neuer Wirkstoffe zwischen PKV und GKV weiter zunimmt: Diese Quote erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr in der PKV deutlich von 7,5 % auf 8,1 %. In der GKV lässt sich auf niedrigerem Niveau eine geringere Zu-

nahme feststellen (von 5,4 % in 2006 auf 5,6 % in 2007).

Auch der Vergleich der umsatzstärksten neuen Arzneimittel der letzten fünf Jahrgänge zeigt den Unterschied zwischen PKV und GKV. Während die umsatzstärksten neuen Medikamente in der PKV einen Umsatzanteil von 6,7 % einnehmen, erreichen die umsatzstärksten neuen Medikamente in der GKV nur einen Umsatzanteil von 4,84 %.

Gardasil - wichtigster neuer Wirkstoff

Des Weiteren enthält das WIP-Diskussionspapier eine Darstellung der im Jahr 2006 neu eingeführten Wirkstoffe und deren Anteil am gesamten Arzneimittelumsatz der PKV. Umsatzstärkstes neues Präparat bei Privatversicherten ist der Impfstoff Gardasil zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs. Unter den neuen Wirkstoffen finden sich zudem viele sehr teure Präparate, die überwiegend zur Behandlung von seltenen Erkrankungen verordnet werden, z.B. Sutent (Sunitinib) und Nexavar (Sorafenib), die nach Therapieversagen bei einem Nierenzellkarzinom Anwendung finden.

Insgesamt wird auch durch die aktuelle Untersuchung bestätigt, dass Privatversicherte einen besseren Zugang zu neuen Medikamenten haben als Versicherte der GKV.

[Download WIP-Diskussionspapier 10/09](#)

Versicherung von Kindern im Vergleich zwischen GKV und PKV (Frank Niehaus) – WIP-Diskussionspapier 09/09

Die Geburtenzahl in Deutschland ist bereits seit mehreren Jahren rückläufig. Diese Tendenz ist auch für die gesetzliche und private Krankenversicherung von Bedeutung, da sich die demographische Entwicklung unmittelbar auf die Finanzierung beider Krankenversicherungssysteme auswirkt. Vor diesem Hintergrund geht das WIP-Diskussionspapier 9/09 der Frage nach, wie viele Kinder jeweils in der GKV und in der PKV versichert sind.

Kinder – nur in der GKV beitragsfrei

Vor allem die beitragsfreie Familienversicherung dürfte für Familien mit Kindern ein Anreiz sein, sich für die GKV zu entscheiden, denn in der PKV ist für jedes versicherte Kind eine eigene Prämie zu zahlen. Es besteht daher Grund zu der Annahme, dass die Anzahl von Familien mit Kindern in der GKV deutlich höher ist als in der PKV. Um diese Vermutung zu belegen, wurde zunächst die Anzahl der jeweils in der GKV und in der PKV versicherten Kinder ermittelt. Dies geschah

anhand der Daten der PKV-Pflegeversicherungsstatistik und der Daten des Risikostrukturausgleiches (RSA).

Gegen den Trend – PKV mit steigender Geburtenzahl

Nach Aufbereitung und Analyse der Zahlen zeigt sich, dass der relative Anteil der Neugeborenen in der PKV in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen hat. Somit ist unter PKV-Versicherten im Unterschied zum Gesamttrend der Bevölkerung eine steigende Geburtenrate festzustellen. Für die GKV ergeben sich hingegen rückläufige Geburtenzahlen. Seit 2006 übersteigt der relative Neugeborenenanteil in der PKV den relativen Neugeborenenanteil in der GKV.

Die anfangs angestellte Vermutung, dass sich Eltern mit Kindern bevorzugt für eine Versicherung in der GKV entscheiden, um von den Vorteilen der beitragsfreien Familienversicherung zu profitieren, muss auf Grund der dargestellten Ergebnisse revidiert werden. Vielmehr gibt es in der PKV immer mehr Kinder je potentielle Eltern.

Anteil der 0-Jährigen an der jeweiligen Versichertengruppe



Quelle: PPV-Statistik des PKV-Verbandes, RSA-Daten, eigene Berechnungen

[Download WIP-Diskussionspapier 09/09](#)

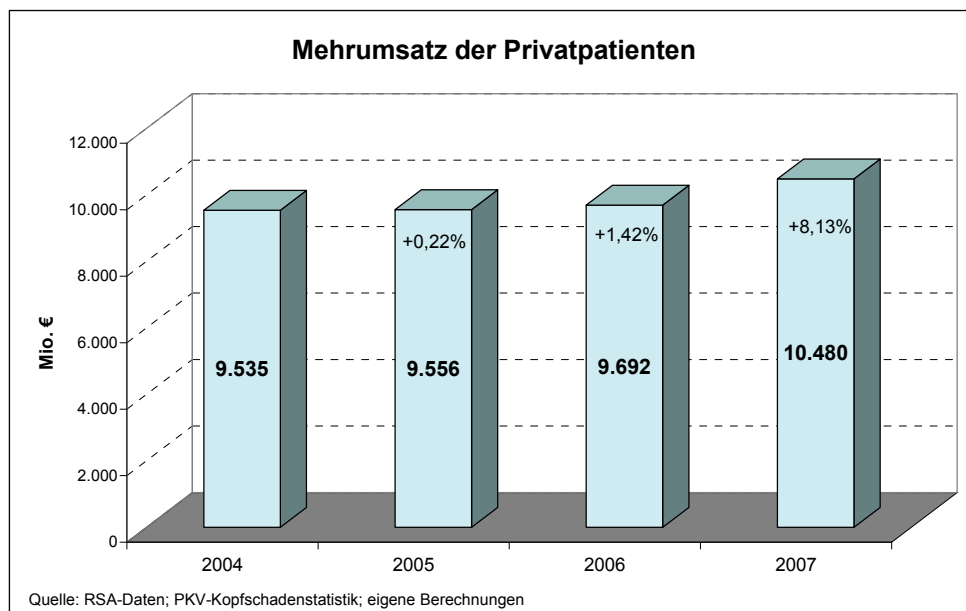
Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2007 (Frank Niehaus) – WIP-Diskussionspapier 08/09

Das WIP-Diskussionspapier 08/09 bestätigt den Trend, dass die Privatversicherten in wachsendem Maße zur Finanzierung des Gesundheitssystems beitragen.

Als Datengrundlage dienen die Kopfschadenstatistiken des PKV-Verbandes sowie die Zahlen aus dem Risikostrukturausgleich (RSA). Aus diesen Daten ergeben sich hypothetische Leistungsausgaben, die PKV-Versicherte verursacht hätten, wären sie statt in der PKV in der GKV versichert

thetischen Ausgaben sind ebenfalls um 6,5 % im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. Somit betrug der Mehrumsatz im Jahr 2007 knapp 10,5 Mrd. €. Im Vergleich zum Jahr 2006 ergibt sich wie in den Vorjahren ein deutlicher Anstieg (+ 8,13 %).

Die Abbildung zeigt die Entwicklung der jüngsten Zeit. Der Anstieg rührt neben der Zunahme der Versichertenzahl in der PKV vor allem auch von der Alterung der Versicherten her. Dadurch, dass der Mehrumsatz pro Person mit dem Lebensalter im Durchschnitt wächst, führt allein die Alterung des Versichertenkollektivs schon zu einem Anstieg des Mehrumsatzes.



gewesen. Die Differenz zu den tatsächlichen Leistungsausgaben der PKV-Versicherten ist der Mehrumsatz. Im Jahr 2007 haben die PKV-Versicherten (inklusive Beihilfeanteil und erfasste Selbstbehalte) ca. 24,3 Mrd. € in das Gesundheitssystem gezahlt. Damit lagen die Gesundheitsausgaben um beachtliche 7,2 % über dem Vorjahresniveau. Wären die PKV-Versicherten 2007 in der GKV versichert gewesen, hätte diese für sie nur knapp 13,7 Mrd. € an Leistungsausgaben ins Gesundheitssystem gezahlt. Diese hypo-

Betrachtet man die einzelnen Leistungsbe-
reiche, so wird deutlich, dass der Mehrum-
satz vor allem im Bereich der Arzthonorare
relativ stark gestiegen ist. Auch im Bereich
Krankenhaus und im zahnmedizinischen
Bereich ist ein Zuwachs zu verzeichnen.

Zusammenfassend kann festgestellt wer-
den, dass sich der dominierende Mehrum-
satzanteil im ärztlichen Honorarbereich
weiter erhöht hat. Damit profitieren die
Ärzte sogar in zunehmendem Maße von
den Privatversicherten.

Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach EBM und GOÄ (Frank Niehaus) – WIP-Diskussionspapier 07/09

Die beiden Systeme PKV und GKV funktionieren im Vergütungsbereich der Ärzte grundlegend unterschiedlich. Das WIP-Diskussionspapier 07/09 stellt zunächst diese Unterschiede ausführlich dar, um im zweiten Schritt einen Überblick zu bisher erschienen Arbeiten zu den Vergütungsunterschieden zu geben. Dieser Vergleich umfasst sieben Studien, wobei die älteste aus dem Jahr 1993 und die jüngste von 2007 sind.

Die Ergebnisse dieser Studien liegen erstaunlich nah beieinander. So ergibt sich – bis auf die Auswertung eines Ziffernvergleichs zwischen Einheitlichen Bewer-

tungsmaßstab (EBM) der GKV und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für das Jahr 2001 – in allen Studien, dass eine der GKV vergleichbare Vergütung der Ärzte am ehesten zu erreichen ist, wenn man in der bestehenden Gebührenordnung für Ärzte den Einzelsatz ansetzt. Eine Differenzierung zwischen vom Arzt selbst erbrachten Leistungen, technische Leistungen und Laborleistungen wurde nicht erwogen, wäre aber zu überdenken. Dies würde bedeuten, dass besonders Laborleistungen deutlich unter dem 1fachen Satz abzurechnen wären, was die GOÄ bisher nicht ermöglicht, da der Einzelsatz bisher nicht unterschritten werden darf.

Die Tabelle gibt einen Überblick über die betrachteten Studien und deren Ergebnisse.

Vergleich der Ergebnisse zum Vergütungsverhältnis der Ärzte bei der Behandlung von PKV-Versicherten versus GKV-Versicherten			
Studie	Jahr des Vergleichs	Umrechnung GOÄ in EBM $x * \text{GOÄ-Einzelsatz} = \text{EBM}$	Umrechnung EBM in GOÄ $y * \text{EBM} = 2,3 * \text{GOÄ-Einzelsatz}$
BASYS-Studie (BASYS 1993)	1991	1,02	2,25
Vergleich EBM-GOÄ-Ziffern (Niehaus/Weber 2005)	2001	0,59	3,9
Mehrumsatzstudien - (Niehaus/Weber 2005)	2001	0,98	2,35
	2002	0,99	2,32
	2003	1,01	2,27
- (Niehaus 2006a)	2004	0,91	2,53
- (Niehaus 2006b)	2005	0,95	2,43
- (Niehaus 2007)	2006	0,96	2,39
Studie der Hans-Böckler-Stiftung (Walenzik et al. 2008)	2006	1,01	2,28

[Download WIP-Diskussionspapier 07/09](#)

III. Neues aus Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung

Einkommensverteilung

Soziale Umverteilung in Deutschland. Bestandsaufnahme und Ansätze zu einer rationalen Neukonzeption von Jochen Pimpertz, Nicole Horschel und Christoph Schröder. In: IW-Analysen, Nr. 49, Forschungsberichte aus dem Institut der deutschen Wirtschaft. Köln.

Das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) hat in dieser Analyse den Einfluss der staatlichen Einkommensumverteilung auf die einzelnen Haushalte systematisch bilanziert. Der Fokus der Fragestellung war darauf gerichtet, ob in Deutschland eine Umverteilung von oben nach unten erfolgt und wie der Sozialstaat auf Veränderungen der Einkommensverteilung reagiert hat. Vor diesem Hintergrund wurden auch aktuell diskutierte Reformvorschläge zur Finanzierung der Sozialversicherungssysteme bewertet. Als Datenbasis diente die Auswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamtes (EVS).

Das IW legt die Annahme zu Grunde, dass sich aus dem Saldo aller umverteilenden Maßnahmen des Staates ergibt, wie stark ein Haushalt von der Umverteilungspolitik betroffen ist. Daher ermittelten die Autoren für jeden Haushalt den Saldo aus Einkommenssteuer, Sozialversicherungsabgaben und monetären staatlichen Transfers.

Im Ergebnis stellen die Autoren fest, dass in Deutschland eine Einkommensumverteilung von oben nach unten stattfindet. Laut IW beziehen die Haushalte in den unteren vier Zehnteln der nach Einkommen sortierten Haushalte mehr als 72 % aller Transfers, zahlen aber nur etwa 12 % aller Zwangsabgaben. Die Haushalte ab dem fünften Zehntel trugen hingegen ca. 88 % der Einkommenssteuern und Sozialversicherungsbeiträge, erhielten jedoch nur 28 % aller staatlichen Transferzahlungen. Somit nehmen die Abgabenlasten mit steigendem Markteinkommen stetig zu, während sich die Transferzahlungen verringern. Weiteres Ergebnis der Untersuchung ist, dass sich die Kluft zwischen den am Markt erzielten Einkommen im letzten Jahrzehnt zwar immer weiter vergrößert hat. Die staatliche Distributionspolitik sorgte jedoch für eine weitgehend unveränderte Verteilung der Nettoeinkommen.

Die IW-Untersuchung beleuchtet des Weiteren die Auswirkungen von zwei aktuell diskutierten Reformvorschlägen: die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Einführung der Sozialversicherungspflicht für alle Erwerbstätigen. Der erste Reformvorschlag würde sich nach Angaben des IW in der Lastenverteilung kaum bemerkbar machen. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3.600 € auf 5.250 € würde den Sozialversicherungskassen lediglich ein Einnahmeplus von 0,4 % bescheren. Eine Versicherungspflicht für alle Erwerbstätigen würde das Beitragsaufkommen einerseits zwar um 22,3 % steigen lassen, andererseits strömten durch Aufnahme der bisher privat Versicherten und deren Familienangehörigen zusätzliche Leistungsempfänger ins System, die unmittelbar anspruchsberechtigt wären. Durch die Abschaffung der PKV würde zudem ein nachhaltig finanzierter Bereich des Gesundheitssystems entfallen, ohne dass eine Verbesserung der Lastenverteilung erreicht würde.

Pflegeversicherung

***Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen* von Baldo Blinkert und Bernhard Gräf. In: Deutsche Bank Research, Aktuelle Themen 442. Frankfurt am Main, 30. März 2009.**

In der Veröffentlichung der Deutschen Bank wird die Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung prognostiziert. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2050 deutlich von derzeit 2,25 auf über 4 Mio. erhöhen wird. Die Autoren gehen zudem davon aus, dass sich ein sogenannter Heimsog-Effekt ab 2025 deutlich verstärkt. Die Personen, die die Pflegebedürftigen zu Hause pflegen, werden zum einen demographiebedingt abnehmen, zum anderen wird sich die Pflegebereitschaft verändern. Den Beitragssatz zur Pflegeversicherung im Jahr 2050 sehen die Autoren im günstigsten Fall bei 3 % und im ungünstigsten bei 7 %. Als wahrscheinlichster Wert wird ein mittlerer zwischen den beiden Werten vermutet.

Da diese Entwicklung mit steigender Abgabenlast in den Bereichen der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung zusammenfallen wird, ist nach Ansicht der Autoren eine Reform der Pflegeversicherung dringend geboten. Leistungskürzungen werden nicht als Option ausgemacht, so dass Pflege teurer werden wird und die Frage der intra- und intergenerativen Verteilung der Kosten zu lösen ist.

Schließlich äußern die Autoren die Hoffnung, dass durch einen Wandel der Struktur der Pflegeheime, besserer Vereinbarkeit von Beruf und Pflege sowie weiteren institutionellen und gesellschaftlichen Veränderungen die Kostensteigerung gedämpft und die Qualität der Pflege aufrecht erhalten werden kann.

WIP- Kommentar: Ergänzend ist anzufügen, dass die noch vorhandene Rücklage der sozialen Pflegeversicherung nach jüngster Prognose des GKV-Spitzenverbandes unter Beibehaltung des Status quo spätestens 2014 aufgebraucht sein wird. Für die in der Studie angesprochene Frage der intra- und intergenerativen Verteilung der Kosten bietet sich das vom WIP im Jahr 2008 zur Diskussion gestellte Modell einer Teilkapitaldeckung an. WIP-Projektpapier: [Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der Pflegeversicherung](#)

Siehe auch WIP-Diskussionspapier 7/06: [Die Pflegeausgabenentwicklung bis ins Jahr 2044](#)

Epidemiologie

***Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung von 2002* von Gabriele Doblhammer und Uta Ziegler. In: Gesundheitswesen 2009; 71, S. 281-290.**

In der Studie werden alters- und geschlechtsabhängige Prävalenz- und Inzidenzraten analysiert, die auf Stichprobendaten von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit 2,3 Mio. Fällen für das Jahr 2002 beruhen. Dieses ist die erste Untersuchung, die auf Basis eines sehr großen gesamtdeutschen Datensatzes der GKV die Verbreitung von Demenz für Deutschland zeigt.

Die Autorinnen kommen zu dem Ergebnis, dass etwa ein Viertel der über 65-jährigen Bevölkerung unter einer mentalen Störung leidet, wovon etwa 6-10 % einer schweren Demenz und schweren funktionellen Psychosen zuzuordnen sind. Vor dem Alter von 65 tritt diese Erkrankung nur sehr selten auf. Somit ist ein höheres Alter der wichtigste Risikofaktor für die Entstehung von Demenz. Die Prävalenz steigt von 1 % in der Altersgruppe 60-64 auf über 40 % bei über 100-Jährigen, die Inzidenz steigt von 0,16 Fällen pro 100 Personenjahre im Alter 60-64 auf 10,7 Fälle in der Altersgruppe 95+.

Im Rahmen der Studie konnte zudem gezeigt werden, dass für Frauen und Männer ab einem Alter von 85 Jahren in Ostdeutschland höhere Prävalenzraten existieren als in den alten Bundesländern.

Vor allem der Zusammenhang zwischen dem altersbedingten Anstieg der Prävalenz- und Inzidenzraten von Demenzerkrankungen und der Bevölkerungsalterung deutschlandweit verdeutlicht für die Autorinnen die Brisanz des Themas.

Stationäre Versorgung

***Gesundheitsökonomische Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – eine systematische Übersicht* von Thomas Reinhold et al. In: Gesundheitswesen 2009; 71, S. 306-312**

Die vorliegende Arbeit gibt eine Übersicht des Forschungsstandes zu den gesundheitsökonomischen Folgen der DRG-Einführung 2004 in Deutschland. Mit diesem neu eingesetzten Fallpauschalensystem sollte in erster Linie eine Verkürzung der Patientenverweildauer und eine Reduzierung der in den letzten Jahrzehnten stark gestiegenen Kosten im stationären Sektor erreicht werden.

Ob diese Erwartungen an das DRG-System erfüllt wurden, analysieren die Autoren anhand 19 quantitativer und qualitativer Studien, die sich mit gesundheitsökonomischen Folgen der DRG-Einführung in deutschen Krankenhäusern ab 01.01.04 befassen. Die Studien wurden auf Grund der Ergebnisse einer systematischen Suche in der Online-Literaturdatenbank MEDLINE ausgewählt.

Die Autoren kommen nach Auswertung der Studien zu dem Ergebnis, dass die DRG-Einführung seit 2004 tatsächlich zu einem Umsatzrückgang für die Krankenhäuser und zum anderen sinkende Patientenverweildauern mit sich brachte. Es wird jedoch eingeräumt, dass nicht eindeutig festgestellt werden kann, ob diese Effekte allein auf die DRG-Einführung zurückzuführen sind oder aus Veränderungen resultieren, die bereits vor Einführung der DRG begonnen haben.

Effekte der pauschalierten Vergütung in der stationären Versorgung (DRG) auf die Gesundheitsversorgung. Studie des ZQ - Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen vom 26. Juni 2009. Hannover.

Die Studie des ZQ untersucht, ob die Umstellung des stationären Vergütungssystems von tagesgleichen Pflegesätzen auf ein Fallpauschalensystem zu Versorgungsproblemen und Qualitätsverlusten geführt hat. Der Ansatz ist methodisch eine Kombination aus Grundlagen-Versorgungsforschung und der anwendungsorientierten Outcome-Forschung. Im Rahmen

dieser Erhebungsstudie wurden ca. 100 Krankenhausdirektoren und Medizincontroller, 1.000 Mitarbeiter und 2.000 Patienten aus 30 repräsentativ ausgewählten Kliniken in Niedersachsen befragt sowie 1.000 einweisende niedergelassene Ärzte und 22 Experten aus Politik, Verbänden und Fachgesellschaften.

Nach Auswertung aller Fragebögen und Interviews kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass viele landläufige Vorbehalte und Vorurteile gegen das DRG-System nicht bestätigt werden können. Die Analyse der Versorgungsrealität unter DRG-Bedingungen zeigt u.a., dass

- sich die Qualität der unmittelbaren Patientenversorgung im Großen und Ganzen nicht verschlechtert hat,
- es keine Belege für eine gezielte Selektion lukrativer Behandlungsfälle gibt,
- Patienten nicht systematisch vor dem aus medizinischer Sicht sinnvollen Zeitpunkt aus stationärer Behandlung entlassen werden.

Nach Auffassung des ZQ habe die Studie belegt, dass Behandlungsqualität oder –defizite nicht das Ergebnis von Vergütungssystemen, sondern Ausdruck guter bzw. mangelhafter Strukturen und Prozesse im stationären Ablauf sind.

Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage von Daniel Strech et al. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2009; 134, S. 1261-1266

Dieser Studie liegt die Annahme zu Grunde, dass das Thema Rationierung im Gesundheitswesen bisher vor allem hinsichtlich der Zuteilungsentscheidungen auf der Makroebene diskutiert wurde. Nach welchen Kriterien Ärzte auf der Mikroebene im individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis Rationierungsentscheidungen treffen, wurde bisher nicht untersucht. Die Autoren konstatieren, dass Ärzte in der Praxis unterschiedliche, oft intransparente Verteilungskriterien anwenden und dass ihre Entscheidungsspielräume zudem durch Budgets und prospektive Vergütungen (DRGs) beschränkt werden. Um ein besseres Verständnis für ärztliche Rationierungsentscheidungen zu gewinnen und daraus praxistaugliche Lösungsansätze zu entwickeln, wurden in einer repräsentativen Umfrage 507 Krankenhausärzte der Bereiche Kardiologie und Intensivmedizin zur ärztlichen Rationierung in Deutschland befragt.

Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass über 75 % der befragten Ärzte angeben, Patienten aus Kostengründen nützliche Maßnahmen vorenthalten zu müssen. Aus dieser Gruppe berichtete jedoch nur ein geringer Anteil, dass es sich dabei um ein häufiges Phänomen handelt. 83 % der befragten Ärzte fühlen sich verpflichtet, ihren Patienten stets die bestmögliche Diagnostik und Therapie anzubieten und zwar unabhängig von den entstehenden Kosten. Ärzte seien zwar durchaus bereit, durch Rationalisierungen der zunehmenden Mittelknappheit entgegenzuwirken, äußern aber auch klar das Bedürfnis nach einer Regelung oberhalb der Ebene des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

Die Schlussfolgerung der Studie zielt somit auf die Notwendigkeit der Weiterentwicklung von expliziten Standards der Leistungsbegrenzung, um den Arzt bei seinen unvermeidlichen Rationierungsentscheidungen auf der Mikroebene zu entlasten. Zur Unterstützung der verbleibenden ärztlichen Entscheidungen, befürworten die Autoren eine Beratungsform, die in Strukturen und fachlicher Kompetenz auf die ethischen Probleme der Verteilung knapper Mittel ausgerichtet ist.

Ambulante Versorgung

Finanzielle Zuschüsse zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung (künstlichen Befruchtung) aus Steuermitteln. Studie des IGES Institut GmbH vom 11.03.09. Berlin.

Die Erstattungsfähigkeit von Maßnahmen der medizinisch unterstützten Fortpflanzung ist seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 01.01.04 in der GKV deutlich eingeschränkt worden. Die Krankenkassen beteiligen sich seitdem nur noch zu 50 % und nur bei den ersten drei Versuchen an den Kosten für eine In-Vitro-Fertilisation (IVF). Bei angenommenen fünf Versuchen summieren sich die Behandlungskosten derzeit auf rund 12.000 €, während sie im Jahr 2003 noch bei 3.600 € lagen. Aus der Studie des IGES geht hervor, dass die Inanspruchnahme der IVF-Methode bei gesetzlich versicherten Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch von 2003 auf 2004 um 70 % zurück gegangen ist. Bei PKV-versicherten Kinderwunschpaaren hat sich die Inanspruchnahme hingegen kaum verändert.

Die Autoren konstatieren, dass die faktische Zugangsmöglichkeit zu IVF-Maßnahmen und damit die Erfüllung des Kindeswunsches durch die hohe finanzielle Eigenbeteiligung seit 2004 für ungewollt kinderlose GKV-versicherte Paare erheblich erschwert wurde. Vor diesem Hintergrund sind privat versicherte Paare den gesetzlich versicherten Paaren gegenüber deutlich im Vorteil: In der PKV versicherte Frauen haben eine achtfach höhere Chance, durch eine künstliche Befruchtung ein Kind zu bekommen, als in der GKV versicherte.

Die sinkende Zahl an Kindern, die durch reprodizinische Maßnahmen zur Welt gebracht werden, wird vom IGES nicht nur aus individueller, sondern auch aus gesamtgesellschaftlicher Sicht negativ bewertet. Als Lösungsvorschlag wird in der vorliegenden Studie ein Steuerzuschussmodell vorgestellt, mit dem das betreffende Paar von 50 % der Kosten entlastet wird, die gemäß der gesetzlichen Regelung derzeit aufzubringen sind. Das IGES hat drei Szenarien mit jeweils unterschiedlichen Bedingungen berechnet. Gemäß der moderaten Prognose kämen durch eine erhöhte Nachfrage der IVF-Methode 7.871 Kinder mehr zur Welt.

Die IGES-Studie basiert auf Daten des Deutschen IVF-Registers und des sozioökonomischen Panels.