



Sophia Schlette, Kerstin Blum, Reinhard Busse (Hrsg.)

Gesundheitspolitik in Industrieländern 12

- Kosten und Nutzen
- Finanzierung und Steuerung
- Zugang und Gerechtigkeit

*Sophia Schlette, Kerstin Blum,
Reinhard Busse (Hrsg.)*

Gesundheitspolitik in Industrieländern 12

Im Blickpunkt: Kosten und Nutzen,
Finanzierung und Steuerung,
Zugang und Gerechtigkeit

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2010 E-Book-Ausgabe (PDF)

© 2009 Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Verantwortlich: *Sophia Schlette*

Lektorat: *Helga Berger*

Herstellung: *Sabine Reimann*

Umschlaggestaltung: *Nadine Humann*

Umschlagabbildung: *Aperto AG, Berlin*

Satz und Druck: *Hans Kock Buch- und Offsetdruck GmbH, Bielefeld*

ISBN 978-3-86793-095-6

www.bertelsmann-stiftung.de/verlag

Inhalt

Vorwort	9
Kosten und Nutzen in der Gesundheitsversorgung	13
<i>Großbritannien:</i> Kosten-Nutzen-Bewertung von Public-Health-Maßnahmen	20
<i>Großbritannien:</i> Geld für gesundheits- bewusstes Verhalten	24
<i>Australien:</i> Alkopop-Steuer gegen Rauschtrinken bei Jugendlichen	27
<i>Estland:</i> Leistungsorientierte Bezahlung von Ärzten	30
<i>USA:</i> Biologika treiben Arzneimittelausgaben in die Höhe	32
Finanzierung: Wer zahlt was und warum?	35
<i>Frankreich:</i> Steuererhöhungen für private Krankenversicherer	39
<i>Finnland:</i> Stetig steigende Zuzahlungen für Patienten	42
<i>Kanada:</i> Allheilmittel Privatisierung?	44
<i>Alabama:</i> Höhere Versicherungsprämien für Risikopatienten	48
<i>Australien:</i> Pharmaindustrie soll Kosten-Nutzen- Analysen zahlen	50
Steuerung in Krankenversicherungssystemen	53
<i>Schweiz:</i> Ambulante Versorgung nach 2009 – quo vadis?	57
<i>Frankreich:</i> Steuerung der Krankenhausversorgung auf regionaler Ebene	60
<i>Estland:</i> Krankenkasse wird vom Payer zum Player	63

Responsiveness –	
Sind Gesundheitssysteme für Patienten da?	67
<i>Südkorea, Singapur, Japan:</i>	
Ein Sterben in Würde ermöglichen	72
<i>Südkorea:</i> Neue Versicherung für die Langzeitpflege behinderter Menschen?	76
<i>Slowenien:</i> Mehr Rechte für psychisch Kranke	77
Zugang zur Gesundheitsversorgung und gerechte Gesundheitschancen	81
<i>Finnland:</i> Weniger Wartezeiten, besserer Zugang	87
<i>Finnland:</i> Mit neuem Aktionsplan zu gerechteren Gesundheitschancen	90
<i>Frankreich:</i> Niederlassung von Pflegekräften steuern, um Zugang zu verbessern	94
<i>Israel:</i> Private Spender finanzieren Zuzahlungen für Chroniker	96
<i>USA:</i> Versicherungsgesetz in Massachusetts schreibt Geschichte	98
<i>Neuseeland:</i> Droht gesundheitliche Ungleichheit? Das Health Equity Assessment Tool	102
Patientensicherheit und Qualität	105
<i>Dänemark:</i> Das nationale Indikatoren-Projekt	109
<i>Spanien:</i> Atlas der Versorgungsungleichheiten	112
<i>Österreich:</i> Der Arzneimittel-Sicherheitsgurt	114
<i>Neuseeland:</i> Nationales Programm für mehr Qualität in der Krankenhausversorgung	116
Integrierte Versorgung –	
Neuigkeiten, Erfolge und Rückschläge	119
<i>Kanada:</i> PRISMA – integrierte Versorgung für Ältere	124
<i>Spanien:</i> Innovative Reform in Katalonien stößt an Grenzen	127
<i>USA:</i> Hospital at Home – das Krankenhaus zu Hause	129
Update	133
<i>Niederlande:</i> Nurse Practitioners als Teil des Gesundheitssystems	133

Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik	139
Vorbereitung und Vorgehen bei der Berichterstattung	141
Auswahlkriterien	141
Politikbewertung	143
Projektmanagement	144
Reformverzeichnis nach Ländern	145
Reformverzeichnis nach Themen	161

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

seit gut sechs Jahren berichten die Experten des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik zeitnah über gesundheitspolitische Entwicklungen in den 20 Partnerländern. Das Netzwerk ist in dieser Zeit zusammengewachsen und hat sich als lebendiges und wertvolles Forum für internationale Zusammenarbeit und fachlichen Austausch etabliert. Auch über die direkten Mitglieder hinaus liefert es immer wieder den Anstoß für neue Kooperationen und Partnerschaften.

Die aktuelle Ausgabe 12 unserer halbjährlichen Buchreihe *Gesundheitspolitik in Industrieländern* profitiert von einer solchen neuen Kooperation. Wir – die langjährigen Herausgeber – freuen uns, dass *Ray Moynihan*, freier Autor und gesundheitspolitischer Journalist aus Byron Bay, New South Wales, Australien, die Autorenschaft der englischsprachigen Ausgabe übernommen hat. Obwohl wir geographisch kaum weiter voneinander entfernt sein könnten, beschäftigen wir uns mit denselben zentralen Themen der Gesundheitspolitik, seien es Zugang zur Gesundheitsversorgung oder nachhaltige Finanzierung und Gerechtigkeit, Steuerungsfragen oder Determinanten von Gesundheit. Mit Ray Moynihans Unterstützung haben wir zu Band 12 ein Video produziert, das die Schlüsselaussagen des Buches auch auf virtuellem Weg verbreitet und auf www.hpm.org im Download-Bereich angesehen werden kann.

Wir freuen uns ebenso, einen neuen spanischen Partner im Netzwerk begrüßen zu können: *Joan Gené Badia* von der Universität Barcelona ist Experte für Entwicklungen in der Primärversorgung und internationale gesundheitspolitische Trends. Mit ihm verschiebt sich der inhaltliche Fokus unserer Berichterstattung

Neuer Autor
Ray Moynihan

Neuer Netzwerk-
partner in Spanien

aus Spanien von einer eher gesundheitsökonomischen Perspektive, die unsere bisherigen Partner an der Universität Pompeu Fabra so kenntnisreich vermittelt haben, zu einem Fokus auf Versorgungsforschung, die in Spanien ebenfalls interessante Erkenntnisse vorzuweisen hat.

**Wo fließt das
Geld hin ...**

Im Zentrum des aktuellen zwölften Bands von *Gesundheitspolitik in Industrieländern* stehen wirtschaftliche Fragen – ein Schwerpunkt auf Fragen der Finanzierung und Effizienz, der auch auf der gesundheitspolitischen Agenda unserer 20 Partnerländer wieder an Bedeutung zu gewinnen scheint. Kapitel 1 betrachtet, wie Gesundheitssysteme nach neuen Wegen suchen, um die Frage nach Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen zu beantworten. In Großbritannien beispielsweise führt das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) neben den bisher üblichen Kosten-Nutzen-Bewertungen von Arzneimitteln und Behandlungsmethoden nun auch Analysen von Public-Health-Maßnahmen durch – ein komplexes Unterfangen.

**... und wer soll
was bezahlen?**

Doch vor der Frage nach der Kosteneffizienz stellt sich eine andere Frage: Woher kommt das Geld? Kostensteigerungen, immer höhere Gesundheitsausgaben und wie man diese in den Griff bekommt, diese Herausforderungen halten gesundheitspolitische Berater und Entscheider in aller Welt in Atem. Mehr noch – der Beruf des gesundheitspolitischen Experten ist auf Jahrzehnte krisenfest und rezessionsresistent, wie die US-Zeitschrift *US News and World Report* vor nicht allzu langer Zeit verkündete. Es sind die Finanzierungs- und Steuerungsfragen, die wohl nie abschließend beantwortet werden können. Zu komplex ist das System, zu agil sind die Akteure. Kapitel 2 wendet sich daher den immer wieder neu geführten Debatten zu, wer für die (zusätzlichen) Gesundheitsausgaben aufkommen kann und sollte. Welcher Anteil sollte aus Steuermitteln finanziert werden, welcher aus Sozialversicherungsbeiträgen, wie viel Finanzierung durch Privathaushalte ist vertretbar, und wer ist befugt, hierüber zu entscheiden? Während sich die kanadische Diskussion ganz unkanadisch neuerdings in Richtung höherer Eigenleistungen zu drehen scheint, setzt Frankreich auf höhere Steuern für private Versicherer, um das Solidarsystem abzusichern.

Im Wechselspiel zwischen der privaten und der öffentlichen Sphäre im Gesundheitswesen ringen Sozialversicherungssysteme

mit dem ihnen eigenen Paradox: Krankenkassen als private Wirtschaftsunternehmen bewegen sich auf einem »Markt«, auf dem der Staat durch gesetzliche Regelungen teils enge Grenzen steckt. Welche Fragen die Steuerung in sozialen Krankenversicherungssystemen mit sich bringt, zeigt Kapitel 3. In der Schweiz führt das Vertrauen auf die positiven Effekte des Wettbewerbs beispielsweise zur Frage, ob die Solidarität des Systems nicht leidet, wenn Kranke irgendwann mit höheren Beiträgen belastet werden als Gesunde. Frankreich liebäugelt mit dezentralen Einkaufsstrukturen für die Krankenhausversorgung – doch führt dies zu einer zunehmenden Privatisierung der Leistungserbringung und wachsenden regionalen Unterschieden in Angebot und Qualität von Versorgung?

Steuerung in Sozialversicherungssystemen

Zufall oder Muster? In Asien reagieren die von uns beobachteten Länder Japan, Südkorea und Singapur zeitgleich auf die Bedürfnisse ihrer alternden Bevölkerungen und die ethischen Herausforderungen des demographischen Wandels. Unter anderem will man Menschen die Möglichkeit geben, ihr Lebensende würdevoll in den eigenen vier Wänden oder in Hospizen zu erwarten statt in der Anonymität eines großen Krankenhauses. Diese und andere Ansätze von »Responsiveness« – der verantwortungsvollen Auseinandersetzung mit Bedürfnissen und Wünschen von Patienten und Angehörigen – zeigt Kapitel 4.

Handlungsbedarf: Mehr Patientenorientierung in Asien

Wie man einen allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung und Gerechtigkeit sicherstellt, Patientensicherheit und Versorgungsqualität garantiert und Versorgung optimal strukturiert – all diese Fragen bleiben auch weiterhin im Zentrum gesundheitspolitischer Debatten. In den Kapiteln 5 bis 7 stellen wir neue Ansätze vor und präsentieren die Evaluationsergebnisse bereits umgesetzter Modelle.

Versorgungsstrukturen besser vernetzen

Gesundheitspolitik in Industrieländern 12 basiert wie in den Vorjahren auf Expertenberichten des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik. Die zwölfte Berichtsrunde umfasst den Zeitraum von Mai bis September 2008. Von den 82 Berichten dieser Runde haben wir 33 für diesen Band ausgewählt.

Berichtszeitraum Frühling bis Herbst 2008

Unser Dank geht an Martina Merten, freie Journalistin aus Berlin, für ihre Unterstützung bei der ersten Version des deutschen Manuskriptes, und an unsere Praktikantin Laura Schang für die redaktionelle Mitarbeit. Besonderer Dank gilt den Netz-

werkpartnern, die Berichte für diesen Band beigesteuert haben, sowie ihren externen Ko-Autoren: Ain Ain Aaviksoo, Gerard Anderson, Toni Ashton, Chantal Cases, Elena Conis, Fiona Cram, Luca Crivelli, Asher Elhayany, Patricia Fernandez-Vandellos, Gisselle Gallego, Joan Gené Badia, Peter P. Groenewegen, Revital Gross, Maria M. Hofmarcher, Jessica Holzer, Soonman Kwon, Margaret MacAdam, Stephanie MacKenzie, Jan Mainz, Ryoza Matsuda, Lim Meng Kin, Julien Mousquès, Michel Naiditch, Adam Oliver, Zeynep Or, Gerli Paat, Hannele Palosuo, Tanaz Petigara, Rade Pribakovic Brinovec, Marita Sihto, Taro Tomizuka und Lauri Vuorenkoski.

Wir wünschen Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre und freuen uns über Kommentare, Anregungen und Verbesserungsvorschläge.

Sophia Schlette, Kerstin Blum, Reinhard Busse

Kosten und Nutzen in der Gesundheitsversorgung

Stimmt das Preis-Leistungs-Verhältnis im Gesundheitswesen? Diese in Deutschland vor nicht allzu langer Zeit fast undenkbare, nachgerade »ketzerische«, wenngleich zentrale Frage schwebt heute über jeder gesundheitspolitischen Debatte. Folgende, eher noch seltener gestellte Frage ist dabei mindestens ebenso entscheidend: Woher wissen wir, ob wir die richtige Leistung für unser Geld bekommen?

Eines der ersten Länder, das sich mit dieser Frage beschäftigt hat, war Australien. Seit den frühen 90er Jahren werden alle neuen verschreibungspflichtigen Medikamente nicht nur nach Sicherheit und Effektivität, sondern auch nach ihrem Kosten-Nutzen-Verhältnis beurteilt, bevor sie auf die Liste der öffentlich subventionierten Arzneimittel – das »Pharmaceutical Benefits Scheme« – gesetzt werden (Harris 2008; siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 5, S. 50). Die Entscheidung beruht jeweils auf der Bewertung eines unabhängigen Expertengremiums – des »Pharmaceutical Benefits Advisory Committee«.

Dieses Gremium beurteilt, ob und zu welchem Preis ein Arzneimittel als kosteneffektiv gelten kann, und empfiehlt dem Gesundheitsminister gegebenenfalls die Aufnahme des Medikaments in das »Pharmaceutical Benefits Scheme« – eine Art Positivliste. War die pharmazeutische Industrie zunächst von den neuen Verfahren nicht angetan, so hat sie sich inzwischen damit arrangiert. Veröffentlichungen der Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln haben den Bewertungsprozess und seine Ergebnisse in der Tat transparenter gemacht.

Heute, 15 Jahre später, ist die Bedeutung der Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln und Therapieformen weltweit akzeptiert – zumindest in der Theorie. In einem Bericht des Euro-

**Vorzeigeland
Australien**

**Kosten-Nutzen-
Bewertung
international
empfohlen**

päischen Observatoriums für Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme von 2008 über medizinische Verfahrensbewertung (»Health Technology Assessment«) und Preis-Leistungs-Verhältnis empfahlen die Autoren, Produkte mit gutem Preis-Leistungs-Verhältnis zu identifizieren und zu fördern (Sorenson et al. 2008). Gleichzeitig wiesen die Autoren auf die Bedeutung der Transparenz von Entscheidungsprozessen hin und empfahlen, auch präventive Aspekte in die Analyse einzubeziehen.

**Kosten-Nutzen-
Bewertungen
des IQWiG**

In Deutschland soll das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Zukunft – ähnlich der Vorgehensweise in Australien – die Kosten medikamentöser Therapien ins Verhältnis zu dem zuvor ermittelten Nutzen setzen. Diese neue Aufgabe wurde dem IQWiG 2007 im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) übertragen. Die Kosten-Nutzen-Bewertung soll insbesondere dem GKV-Spitzenverband ermöglichen, einen Höchstbetrag festzulegen, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten für bestimmte Arzneimittel übernehmen.

Die Mitarbeiter des Instituts haben im März 2009 einen neuen Entwurf ihrer Methoden zur Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen bei Arzneimitteln vorgelegt (IQWiG 2009). In der ersten Phase der Bewertung wird der medizinische Nutzen eines (neuen) Arzneimittels im Vergleich mit Behandlungsalternativen nach den Methoden der evidenzbasierten Medizin analysiert. Anschließend werden wesentliche Kostenaspekte wissenschaftlich ermittelt und dem Nutzen des Präparates und seiner Alternativen gegenübergestellt. Aus dem Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen lässt sich eine Effizienzgrenze ableiten. In einem dritten Schritt gibt das Institut dann auf Basis der Effizienzgrenze eine Empfehlung ab, welcher Preis für das jeweils neueste Arzneimittel angemessen ist. Zudem gibt das IQWiG in einer »Budget-Impact-Analyse« (Analyse der Auswirkungen auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen) eine Schätzung darüber ab, welche Gesamtausgaben der Versichertengemeinschaft entstehen könnten, wenn die Technologie einen bestimmten Preis hat. Letztlich legt der GKV-Spitzenverband den Höchstbetrag für das Medikament fest.

Nach einer Testphase, in der die vorgeschlagene Methode mit interessierten Akteuren diskutiert wird, wird im Sommer 2009

die erste Arbeitsversion »Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Kosten und Nutzen« veröffentlicht. Sie wird die Basis des Instituts für alle folgenden Aufträge zur Kosten-Nutzen-Bewertung sein, jedoch weiterhin regelmäßig überarbeitet werden.

Im Vereinigten Königreich analysiert das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) seit zehn Jahren die Kosteneffizienz von medizinischen Behandlungsmethoden, bislang mit einem Schwerpunkt auf Arzneimitteltherapien (*Gesundheitspolitik in Industrieländern 2*, S. 52).

Kritik an der eher klinischen Fokussierung führte dazu, dass der Aufgabenbereich von NICE erweitert wurde. Nun untersuchen Wissenschaftler auch, ob neue Ansätze im Bereich Public Health und Prävention – beispielsweise Programme, die mehr Bewegung am Arbeitsplatz fördern – ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Da in Public-Health-Maßnahmen zahlreiche Interessengruppen einbezogen sind – darunter auch solche, die nicht aus dem Gesundheitsbereich im engeren Sinne stammen –, mussten hierfür neue Methoden erarbeitet werden (siehe den Bericht aus Großbritannien, S. 20).

Eine der Public-Health-Strategien in Großbritannien könnte bald in den Fokus einer solchen Analyse rücken. Der neue Plan sieht vor, Patienten, die ihren Lebensstil umstellen und gesünder leben, finanziell zu belohnen. Auf diese Weise, so die Hoffnung, könne Krankheiten vorgebeugt werden und sich langfristig der Gesundheitszustand insgesamt verbessern (siehe Bericht aus Großbritannien, S. 24).

Die Ansätze, die sich in verschiedenen Phasen der Planung und Pilotierung befinden, beinhalten beispielsweise finanzielle Anreize, mehr Sport zu treiben, für werdende Mütter, während ihrer Schwangerschaft auf gesunde Ernährung zu achten, oder für psychisch Kranke, bestimmte anti-psychotische Arzneimittelvorgaben einzuhalten.

Gleichzeitig hat sich an dem Public-Health-Plan der Regierung eine hitzige Debatte darüber entfacht, ob die Regierung Steuergelder für Verhaltensweisen ausgeben sollte, die Patienten ohnehin befolgen sollten. Mehr noch: Es wird diskutiert, ob finanzielle Zuschüsse nicht sogar kontraproduktiv sein könnten, weil Patienten sich nur noch gegen Bezahlung gesund verhielten.

**Was leistet
Public Health?**

**Finanzielle Anreize
für Versicherte**

Was bringen Negativanreize?	Australien tut indes das genaue Gegenteil und setzt auf Negativanreize: Dort hob die Regierung Steuern auf Alkopops, die unter jungen Leuten sehr beliebt sind, um 70 Prozent an (siehe den Bericht aus Australien, S. 27). Mit der Steuererhöhung will die Regierung gegen bewusstes Rauschtrinken vorgehen. Die so erzielten Mehreinnahmen sollen langfristig in Präventionsmaßnahmen fließen. Kritik an dem Vorhaben kommt vor allem von Vertretern der Spirituosen- und der Hotelindustrie. Skeptiker fürchten, die neue Steuer werde wenig bewirken, da Alkopops leicht ersetzt werden könnten.
Alkopop-Steuer in Deutschland wirkt	Zweifler könnten einen Blick auf Deutschland werfen – wie beim Zigarettenkonsum, so ist auch beim Alkoholkonsum die Nachfrage der Jugendlichen erfreulicherweise elastisch und reagiert sehr rasch auf Preissteigerungen: 2004 führte die Bundesregierung eine Sondersteuer auf Mixgetränke ein. Seitdem müssen 80 bis 90 Cent mehr pro Flasche bezahlt werden – abhängig vom Volumen und Alkoholgehalt. Wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Oktober 2008 meldete, sank der Anteil der Jugendlichen, die mindestens einmal monatlich hochprozentige Alkopops trinken, von 28,4 Prozent 2004 auf 9,8 Prozent 2008. Dieser Rückgang ist sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen zu beobachten. Insgesamt tranken dem Bericht nach jedoch im Jahr 2008 noch immer 17,4 Prozent mindestens wöchentlich irgendein alkoholisches Getränk (BZgA 2008).
Leistungsorientierte Bezahlung von Ärzten	Während in Australien und UK finanzielle Anreize gesetzt werden, um das Verhalten der Versicherten und Patienten zu ändern, geht es in Estland und den Vereinigten Staaten stärker um die Qualität der Gesundheitsversorgung, die durch finanzielle Anreize für Ärzte verbessert werden soll (Pay for Performance, P4P). Vor allem die Leistungserbringer unterstützen diesen Ansatz, doch Evidenz für eine nachhaltige Wirksamkeit ist rar.
P4P – Erfolgsgeschichte ohne Beweise	Die estnische Krankenkasse belohnt Hausärzte, die sich verstärkt um Prävention und um die Betreuung chronisch Kranker kümmern (siehe Beitrag aus Estland, S. 30, und frühere Berichte über P4P in <i>Gesundheitspolitik in Industrieländern</i> 6, 9 und 10). Hausärzte haben diesen Reformansatz von vornherein begrüßt – sie profitieren doppelt: von einer gestärkten Glaubwürdigkeit ihrer Profession und von höheren Einkommen.

Einer Studie der estnischen Krankenkasse zufolge ist die Anzahl der Hausärzte, die an dem Programm teilnehmen, stark gestiegen. Mehr als die Hälfte der teilnehmenden Hausärzte haben bereits Bonuszahlungen erhalten, heißt es.

Die estnische Krankenkasse hat das Kosten-Nutzen-Verhältnis der neuen Anreize bislang nicht evaluiert. Noch gibt es keine Daten darüber, ob und wie sich das P4P-Programm auf die Versorgung und am Ende auf den Gesundheitszustand der Patienten auswirkt. Dennoch wird das Programm von der Versicherung als Erfolg gesehen. Es steht zur Debatte, es auf Krankenhäuser auszuweiten. Auch in den Vereinigten Staaten und in Großbritannien ist eine leistungsorientierte anteilige Bezahlung von Ärzten populär, wenngleich auch dort wenig Nachweise existieren, dass sich P4P tatsächlich positiv auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung auswirkt (Petigara und Anderson 2008). In Großbritannien äußern Kritiker zunehmend lauter Zweifel an den erhofften positiven Effekten auf die Versorgungsqualität (Heath et al. 2007).

Was die Verbesserung der Versorgungsqualität über finanzielle Anreize für Ärzte angeht, steht Deutschland noch relativ am Anfang. Über P4P wird zwar öfter diskutiert. Noch stehen aber bei einer an die Behandlungs- und Ergebnisqualität gekoppelten Vergütung viele offene Fragen im Raum. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) geht deshalb der Frage nach, nach welchen Indikatoren die Behandlungsqualität zu messen ist (Kleudgen 2008). Dafür startete sie das Projekt AQUIK (Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen). Ziel dieses Projektes ist es, einen validen, transparenten Satz von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für die vertragsärztliche Versorgung zu etablieren. Im Rahmen des Projektes wurden alle international verfügbaren Indikatorensets erfasst, bewertet und hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf das deutsche Versorgungssystem überprüft. Auf dieser Grundlage wurde ein Starterset für die ambulante medizinische Versorgung beschlossen (KBV 2008). Dieses umfasst sowohl fachgruppenübergreifende als auch fachgruppenspezifische Indikatoren. Im Rahmen von AQUIK ist außerdem ermittelt worden, ob für relevante Versorgungsbereiche Indikatoren fehlen. Die Indikatoren sind in »Fokuspraxen« getestet worden. Beteiligt waren 100 Praxen aus dem gesamten Bundes-

**KBV prüft
P4P-Modell**

gebiet, darunter auch medizinische Versorgungszentren. Außerdem sind Indikatoren gesammelt worden, die sich für eine Vergütungskopplung eignen. Die Testphase von AQUIK ist im Frühjahr 2009 ausgelaufen und wird derzeit ausgewertet.

**Biologika:
superteuer –
aber auch
superwirksam?**

Mindestens ebenso bedeutsam wie die Frage nach dem Nutzen finanzieller Anreize für Patienten oder Ärzte gemessen an den Ausgaben ist die Frage, ob der Nutzen neuer Arzneimittel deren immense Entwicklungskosten rechtfertigt. Denn neue Arzneimittel, darunter viele gar nicht so neue Me-Too-Produkte, sind mit die Hauptkostentreiber in Gesundheitssystemen in Industrieländern.

Wird die Bevölkerung der Vereinigten Staaten tatsächlich von einer Milliarde US-Dollar pro Woche profitieren, die sie künftig für Biologika ausgeben wird (siehe Bericht aus den USA, S. 32)? Anders als bei konventionell synthetisierten Arzneimitteln können die Kosten für Biologika – gentechnisch hergestellte Präparate – pro Behandlungseinheit zwischen 7.500 Euro und 150.000 Euro liegen. Derzeit diskutieren Experten, wie der Einsatz solcher Biologika reguliert und evaluiert werden kann. Die Tatsache, dass viele Ärzte an der Verschreibung dieser Mittel ordentlich mitverdienen, führt zu einer weiteren wichtigen Frage: Was treibt das Verschreibungsverhalten der Ärzte – medizinische Notwendigkeit oder finanzielles Eigeninteresse?

**Forschungs-
investitionen
überdenken**

Das Europäische Observatorium fordert in seinem Bericht zu Health Technology Assessment explizit die Evaluation neu zugelassener Produkte *nach* ihrer Markteinführung. Nur so könne sowohl der medizinische Nutzen als auch die Kosteneffizienz, insbesondere bei neuen Therapien, die schneller als üblich eine Marktzulassung erhalten haben (Sorenson et al. 2008), überprüft werden. Darüber hinaus legen die Autoren nahe, nicht nur neue Behandlungsmethoden aufzunehmen, sondern im Gegenzug auch überkommene Methoden auszumustern und zu substituieren. Gelder, die in ineffiziente oder überflüssige Behandlungen und Arzneimittel gesteckt werden, müssten in neue Verfahren und Arzneimittel investiert werden.

Literatur und Links:

- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum. Erste Ergebnisse zu aktuellen Trends.* Köln 2008.
- Harris, Anthony, Suzanne R. Hill, Geoffrey Chin, Jing Li und Emily Walkom. »The Role of Value for Money in Public Insurance Coverage Decisions for Drugs in Australia: A Retrospective Analysis 1994–2004«. *Medical Decision Making* (28) 2008. 713–722.
- Heath, Iona, Julia Hippisley-Cox und Liam Smeeth. »Measuring quality through performance: Measuring performance and missing the point?«. *British Medical Journal* (335) 2007. 1075–1076.
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. *Entwurf einer Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. Version 2.0.* Köln 2009.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung. *KBV erzielt erste Ergebnisse beim Projekt AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.* 2008. www.kbv.de/aquik.html.
- Kleudgen, Susanne. Anreizsystem für eine bessere Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt* (105) 21 2008. A 1110–1111.
- Oliver, Adam. »Update on the performance of payment by results«. *HealthPolicyMonitor*, April 2008. www.hpm.org/survey/uk/a11/4.
- Petigara, Tanaz, und Gerard Anderson. »Pay for Performance in the U.S. – An Update«. *HealthPolicyMonitor*, April 2008. www.hpm.org/survey/us/a11/2.
- Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS). »Public Summary Documents by Meeting«. www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/public-summary-documents-by-meeting.