

Kostensenkung und Wettbewerb zur Sicherstellung der Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung (Christa Weßel)

Hausarbeit im Fach Gesundheitsökonomie

Prof. Dr. Christof Helberger

Studiengang Public Health an der Technischen Universität Berlin

WS 1998/99, Berlin, März 1999

Inhalt

Ausgangslage	1
Beteiligte - Prämissen - Ziele	3
Kostensenkung	3
Wettbewerb	4
Zusammenfassung	6
Literatur	7

Ausgangslage

Deutlich steigende Kosten im Gesundheitswesen und die Gefahr sinkender Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) verstärken zunehmend die Suche nach Möglichkeiten zur Kostensenkung und Steigerung der Einnahmen. Da die Einnahmen vor allem durch die Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert werden, würde eine Erhöhung dieser Beiträge im vorliegenden Modell zu einer Steigerung der Lohnnebenkosten führen. Dies ist zur Zeit in Deutschland aus wirtschaftlichen und politischen Gründen nicht erwünscht.

Der Anteil der *Ausgaben* im Gesundheitswesen, im folgenden Krankenversorgungswesen genannt, am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist in Deutschland nur gering angestiegen: 1980: 7,93%; 1991: 8,46%; 1994: 9,23% ⁽¹⁾.

Allerdings hat das BIP im Zeitraum 1991 bis 1996 um ca. ein Viertel zugenommen. Die Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind in diesem Zeitraum um etwa ein Drittel gestiegen. Besonders zu Buche schlagen dabei die Bereiche ärztliche Behandlung (ambulanter Bereich) und Krankenhausbehandlung (stationärer Bereich) sowie die Arzneien aus Apotheken ⁽¹⁾.

In Deutschland geht die Zahl der beitragszahlenden Arbeitnehmer zurück, bei gleichzeitig steigender Zahl der Arbeitslosen (betrachtet wird 1991 bis 1995, ²). Um infolge dessen *sinkende Einnahmen* aufzufangen, mussten die GKV die Beiträge seit 1991 um etwa ein Prozentpunkt ⁽¹⁾ erhöhen. Hinzugekommen ist seit 1995 die Pflegeversicherung mit zuletzt 1,5 % vom sozialversicherungspflichtigen Brutto.

Innerhalb der GKV waren 1995 88,45 % der Bevölkerung versichert. Die übrige Bevölkerung teilt sich wie folgt auf: 9,05% in einer Privaten Krankenversicherung (PKV), 2,37% über eine besondere Sicherungsform (z.B. Bundeswehr) und 0,13% nicht versichert ⁽¹⁾. Die GKV trägt knapp 50% der Ausgaben im Gesundheitswesen ⁽¹⁾. Die Beiträge werden zu 50% von den Arbeitnehmern und zu 50% von den Arbeitgebern getragen. Die Arbeitnehmer müssen ausserdem Zuzahlungen zu Heil- und Hilfsmitteln, stationärer Behandlung und Kuren leisten ⁽³⁾. Die Arbeitgeber decken "Massnahmen zur Sicherung des Lebensunterhaltes bei Krankheit und Invalidität" ab. Hierbei handelt es sich vor allem um die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall ⁽¹⁾.

Versicherungspflichtig sind Arbeitnehmer mit einem sozialversicherungspflichtigen Bruttoarbeitslohn, bzw. -gehalt von bis zu 6000,00DM / Monat in den alten und 5100,00 DM in den neuen Bundesländern. Hinzu kommen Rentner, Studenten, Auszubildende, Arbeitslose und weitere. Oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze können sich Arbeitnehmer unter bestimmten Bedingungen freiwillig in einer GKV-Kasse versichern. *Familienmitglieder*, Ehepartner und Kinder, die kein oder nur ein geringes eigenes Einkommen haben sind beim Versicherten einer GKV-Kasse beitragsfrei mitversichert. Entsprechend dem *Solidarprinzip* richtet sich die Höhe der Beiträge nach dem Einkommen der Versicherten ohne Ansehen irgendwelcher Gesundheits-, bzw. Krankheitsrisiken (3). Durch den *Kontrahierungszwang* sind die GKV-Kassen verpflichtet mit jedem Versicherungswilligen einen Vertrag abzuschliessen. Dadurch sollen die Kassen gehindert werden, nur Versicherte mit "guten Risiken" auszuwählen, und Personen mit "erhöhten Risiken" auszuschliessen. Das Risiko bezieht sich auf das Erkrankungsrisiko. Menschen mit guten Risiken sind z.B. junge, gesunde Männer. Die Versicherten können - mit wenigen Einschränkungen (z.B. einige Betriebskrankenkassen) die Kasse *frei wählen* und wechseln (⁴).

Die Kassen haben trotz des erwähnten Kontrahierungszwanges ein unterschiedliches Mitgliederprofil. Bei einigen ist der Anteil an Rentnern oder mitversicherten Familienangehörigen hoch, so dass diese Kassen ein erhöhten Aufwand gemessen an ihren Einnahmen haben. Da dies auf Dauer zu einer Erhöhung der Beiträge in diesen Kassen führen würde, und dies Versicherungswillige mit "guten Risiken" eher abschreckt, es also zu einem sozialen Ungleichgewicht kommen könnte, wurde der *Risikostrukturausgleich* 1994 eingeführt, der die GKV-Kassen untereinander zu Ausgleichszahlungen verpflichtet (3 und ⁵).

Die Erstattung ist im wesentlichen nach dem *Sachleistungsprinzip* gestaltet. Der Versicherte nimmt bis auf die oben erwähnten Zuzahlungen die Leistungen bei den Leistungserbringern in Anspruch. Die Versicherer erstatten den Leistungserbringern die erbrachten Leistungen (3). Abgedeckt sind Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, bei Krankheit (Krankenbehandlung, Krankengeld), bei Schwerpflegebedürftigkeit. Hinzu gehören auch Sterbegeld, Haushaltshilfe, Kuren, Mutterschaftshilfe und Mutterschaftsgeld (5).

Die *Vergütung* im stationären Krankenhausbereich setzt sich aus Fallpauschalen (FP), Sonderentgelten (SE), Abteilungs- und Basispflegesätzen zusammen, auf die ich hier nicht im Detail eingehen möchte. Für die FP und SE handeln Verbände der GKV und PKV und Krankenhausesellschaften auf Landesebene die Bewertung der Punktwerte des bundesweit geltenden Kataloges aus. Abteilungs- und Basispflegesätze werden zwischen Vertretern der betroffenen Kassen und Krankenhausträgern krankenhausesindividuell verhandelt (vgl. 4).

Die *Art der Leistungen* für die niedergelassenen Ärzte wird vom Bundesausschuss der Krankenkassen und Ärzte, bzw. seinen Arbeitsausschüssen definiert und regelmässig überarbeitet. Die *Vergütung* handeln in Gesamtvertragsverhandlungen Verbände der GKV-Kassen und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) auf Landesebene anhand des Einheitlichen Bewertungsstabes (EBM) jährlich aus (4).

Welche Lösungsansätze gibt es für das Problem der Finanzierung der GKV bei steigenden Ausgaben und sinkenden Einnahmen?

Nach einem Überblick über Beteiligte, Prämissen und Ziele werden Ansatzpunkte für ein verbesserte Finanzierbarkeit durch *Kostensenkung* bei Erhalt oder Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung auf lange Sicht dargestellt. Hier werden die Bereiche ärztliche Behandlung (ambulanter Bereich) und Krankenhausbehandlung (stationärer Bereich) untersucht. Es wird davon ausgegangen, dass hier ein deutliches Einsparungspotential liegt.

Ist im Bereich der GKV eine Änderung der Vertragsgestaltung zwischen a) zwischen Versicherern und Leistungserbringern und b) Versicherten und Versicherern sinnvoll?

Es wird von folgenden Punkten ausgegangen. Der Anteil der versicherungspflichtigen Erwerbstätigen wird in den nächsten Jahren nicht wesentlich steigen. Gründe sind hier in der demographische Entwicklung (Zunahme der Personen über sechzig) und in wirtschaftlichen Faktoren (immer weniger Menschen können durch ihre Arbeit die Bedürfnisse der Bevölkerung erfüllen) zu finden (⁶). Die Einnahmenseite wird sich in den nächsten Jahren im vorhandenen Modell der

GKV vermutlich nicht wesentlich verbessern. Es wird untersucht, welche Lösungsmöglichkeiten sich durch eine Stärkung des *Wettbewerbes* ergeben und welche Änderung der gegenwärtigen Bedingungen erforderlich sein können.

Beteiligte - Prämissen - Ziele

Beteiligte im Krankenversorgungssystem sind

- die Bevölkerung
Versicherte
Patienten
- die Leistungserbringer, besonders betrachtet werden sollen hier (neben den vielen anderen)
niedergelassene Ärzte
Krankenhäuser
- Verbände
- der Staat (Bund / Länder / Kommunen)
- die Versicherungen
insbesondere die GKV (auch: die Verbände)
PKV
andere Versicherungen

Veränderungen im Krankenversorgungssystem berühren die Interessen aller Beteiligten. Meines Erachtens ist eine sinnvolle und auf Dauer erfolgreiche Veränderung nur unter Berücksichtigung folgender *Prämissen* zu erreichen:

Einbinden aller Beteiligten, da so die getroffenen Entscheidungen am ehesten von allen mitgetragen werden. Dies ist v.a. dann der Fall, wenn die Entscheidungen im Konsens fallen

Freiwilligkeit, da dann die Bereitschaft zur Mitarbeit und Kooperation am höchsten ist

soviel Staat wie nötig / so wenig Staat wie möglich: Staat als Garant der Prämissen, der ihre Umsetzungen und Einhaltung beaufsichtigt oder diese Aufsicht dritten überträgt. Der Staat sollte des weiteren eine koordinierende Funktion ausüben, dass heisst er bringt die Beteiligten an einen Tisch, bzw. veranlasst dieses

Anreize und Wettbewerb vor Kontrolle und / oder Strafe: finanzielle Anreize für Leistungserbringer (LE), Kassen und Bevölkerung (Versicherte) führen am ehesten zur zügigen Erarbeitung und Umsetzung von Veränderungen. Diese Anreize können im Wettbewerb der Dienstleister (Leistungserbringer und Versicherer) entstehen und erfüllt werden. Kontrolle und / oder Strafe sollten wesentlichen, neuralgischen Punkten vorbehalten bleiben

Stärkung der Eigenverantwortlichkeit von Leistungserbringern, Versicherern und Versicherten ist eine entscheidende Basis für die vorausgegangenen Punkte.

Grundsätzliches *Ziel* soll die Sicherstellung der Finanzierbarkeit des Krankenversorgungssystems bei hoher Qualität der Leistungen und Erhalt des Solidarprinzips sein.

Kostensenkung

Im folgenden wird für die Leistungserbringer jeweils ein Lösungsansatz angeführt.

Krankenhausbehandlung

Durch eine rationellere Gestaltung der Behandlungen mit Blick auf die *Prozessoptimierung*, können Krankenhäuser ihre Kosten senken (^{7, 8, 9}). Ein Instrument sind *Clinical Pathways*. Dies sind die ablauforientierte Darstellung und Durchführung der Diagnostik, Therapie und Pflege einer Patientengruppe mit einer bestimmten Diagnose oder einer Intervention. Charakteristisch ist, dass die Beteiligten (Ärzte, Pflege und weitere Berufsgruppen) diese Clinical Pathways in einem Krankenhaus erarbeiten, bzw. vorhandene überarbeiten. Durch die Einbindung in das *Qualitätsmanagement* bei der Erarbeitung und Anwendung der Clinical Pathways kann die Qualität der Diagnostik, Therapie und Pflege (*Prozessqualität*) und in gewissem Umfang auch das Outcome (*Ergebnisqualität*) gesichert oder verbessert und mit Indikatoren gemessen werden.

Durch anschauliche Darstellung der Clinical Pathways und die Arbeit mit den Grundsätzen des Qualitätsmanagement entsteht *Transparenz* für den Leistungserbringer, die Patienten und den Versicherer und den Staat (vgl. 8).

Clinical Pathways orientieren sich an bundesweit, bzw. international gültigen Guidelines, im deutschen Sprachgebrauch auch *Leitlinien* genannt. Leitlinien stellen den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zur Diagnostik, Therapie und Pflege bestimmter Erkrankungen dar (^{10, 11, 12, 13, 14}). Leitlinien tragen zur *Einheitlichkeit der Leistungsdarstellung* und -erbringung bei. Dadurch erhöht sich die Transparenz. Vergleiche werden leichter möglich. Dies führt zu einer *Stärkung des Wettbewerbs*. Im Wettbewerb können finanzielle Anreize zum Tragen kommen.

Auf der Grundlage von Clinical Pathways, bzw. Leitlinien können Leistungserbringer und Versicherer *Zielvereinbarungen* treffen (vgl. ¹⁵). Mit Hilfe dieser Zielvereinbarungen entschädigt der Versicherer die Leistungen, die Diagnostik, Therapie und Pflege eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder einer Intervention erbracht werden, unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes oder den Details der Leistungserbringung. Dies zeigt eine gewisse Ähnlichkeit mit den in Deutschland bereits existierenden Fallpauschalen und Sonderentgelten. Allerdings sind in diesem Entschädigungssystem keine qualitätssichernden Massnahmen verankert (vgl. ^{16, 17}).

Niedergelassene Ärzte (ambulanter Bereich)

Auch hier ist eine rationellere Gestaltung des Betreuungs-, Diagnostik- und Therapieablaufes denkbar. So können innerhalb eines *Praxisnetzes* oder innerhalb des *Hausarztmodelles* durch verbesserte Koordination, Rückkopplung und die Einrichtung von *Qualitätszirkeln* der Aufwand in der Diagnostik (z.B. durch Doppeluntersuchung) und Betreuung verringert und auch hier die Prämisse hohe Qualität der Leistungen erfüllt werden (vgl. 15, ^{18, 19, 20}).

Der finanzielle Anreiz muss durch entsprechende Vergütungsformen erreicht werden. Versicherer und Leistungserbringer können zum Beispiel Pauschalvergütungen pro Versicherten mit zusätzlichen Qualitätsvereinbarungen oder erkrankungsspezifische Entschädigungsformen vereinbaren (vgl. 15 und ²¹).

Die Rolle des Staates

Voraussetzung für Verhandlungen zwischen Leistungserbringer und Versicherer ist allerdings, dass die existierende verbandsgebundenen Verhandlungen aufgehoben werden und Versicherer und einzelne Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser) oder Gruppen von Leistungserbringern (z. B. Praxisnetze) direkt miteinander verhandeln und Verträge abschliessen können. Dazu müssten die zur Zeit geltenden rechtlichen Grundlagen geändert werden. Modellvorhaben sind nach den §§ 63 und 73 SGB V jetzt schon möglich. Allerdings müssen die Verbände diese mittragen (vgl. 19).

Sollte diese Art der direkten Abschlüsse bundesweit zur Geltung kommen, ist darauf zu achten, dass die Versorgung der Bevölkerung flächendeckend und qualitativ hochwertig bestehen bleibt. So darf es nicht zu einer Unterversorgung z. B. im Bereich Akutgeriatrie kommen, weil die Vertragsparteien diese Patientengruppe als "nicht lukrativ" ansehen. Diese Aufsichtsaufgabe kann der Staat selbst erfüllen oder Dritten übertragen.

Wettbewerb

Mit denen bis hierher geschilderten Ansätzen - und sicherlich noch anderen Voraussetzungen - ist es möglich, dass sowohl Leistungserbringer als auch Versicherer miteinander in Wettbewerb treten. Beide Gruppen werden im folgenden Dienstleister genannt, wenn von beiden gleichzeitig die Rede ist.

Voraussetzungen ist der Erhalt der freien Arztwahl und der freien Wahl einer stationären Versorgung durch den behandelnden niedergelassenen Arzt zusammen mit dem Patienten, bzw. Versicherten. Der Patient, bzw. Versicherte wird im folgenden Kunde genannt. Durch die freie Wählbarkeit kommt es zum Wettbewerb der Dienstleister um den Kunden.

Damit der Kunde souverän entscheiden kann, braucht er Kriterien, mit deren Hilfe er die Leistungen der Dienstleister auch als Laie beurteilen kann. Die Dienstleister müssen diese Kriterien transparent und allgemein verständlich darstellen.

Dienstleister Leistungserbringer

Ein häufig geführter Einwand ist, dass ein Kunde - hier jetzt Patient - im Fall einer Erkrankung nicht in der Lage ist souverän über die Wahl der Therapie und / oder des Leistungserbringers zu entscheiden. Dies trifft sicherlich für akute und / oder lebensbedrohliche Erkrankungen zu. In den meisten Fällen ist jedoch genug Zeit, so dass der Patient vor Beginn der Diagnostik und Therapie und auch im Verlauf allein oder nach Beratung mit einem, gegebenenfalls auch zwei Ärzten seiner Wahl (second opinion) entscheiden kann (vgl. ^{22, 23}).

Voraussetzung ist, dass die Leistungserbringer mit dem Patienten den "informed consent" pflegen. Dies bedeutet, den Patienten als Partner im Diagnostik- und Therapiegeschehen anzuerkennen, ihn für ihn verständlich aufzuklären und seine Eigenverantwortung und notwendige Eigenleistung zu stärken (vgl. 15, 23).

Vom Patienten wird allerdings auch die Bereitschaft zu diesem "informed consent" gefordert. Es sind Situationen denkbar, wo dies der Patient nicht wünscht. Ältere Menschen können z. B. den Wunsch haben, dass der Hausarzt diese Aufgabe übernimmt. Dieser Wunsch muss von den anderen Beteiligten respektiert und in regelmässigen Abständen hinterfragt und überprüft werden.

Krankenhäuser sollten die oben erwähnten Clinical Pathways auch für den Kunden verständlich abfassen (8). Ausserdem können sie ihre Einrichtung durch Marketingmassnahmen, wie z.B. einem Tag der offenen Tür, Vortragsreihen und Führungen der Bevölkerung öffnen. Entscheidend ist, mit den Kunden im konkreten Fall offen und zuverlässig zu arbeiten. Zu diesen Kunden gehören neben den Patienten auch Angehörige, Besucher, niedergelassene Ärzte (Zuweiser) und andere Einrichtungen, mit denen das Haus zusammenarbeitet oder zusammenarbeiten möchte, z. B. Rehabilitationskliniken. *Niedergelassene Ärzte* können ihre Versorgungsvorgehen - z.B. als Praxisnetz oder im Rahmen eines Hausarztmodelles - und seine Leistungen und Vorzüge für den Kunden darstellen. Dies kann in schriftlicher Form (Broschüren), im Gespräch und auch durch Marketingmassnahmen, wie sie bereits für die Krankenhäuser geschildert wurden, geschehen. Für beide Bereiche ist allerdings zu prüfen, inwieweit das Werbeverbot für Ärzte berührt wird. Auch hier sind eventuell die rechtlichen Grundlagen anzupassen (vgl. 15).

Dienstleister Versicherung

Damit die Versicherer um ihre Kunden in Wettbewerb treten können, brauchen sie *Gestaltungsfreiheit* in ihrer Profilierung. Für den Kunden muss erkennbar sein, warum es sich für ihn lohnt, sich in einer bestimmten Kasse zu versichern. Diese Profilierung kann in gewissem Umfang schon jetzt über einen guten Service erreicht werden. Entscheidend ist jedoch im echten Wettbewerb der Umfang und die Qualität der Leistungen und die Höhe der Beiträge.

Da eine Prämisse der Erhalt der Solidarität sein soll, ist es notwendig, dass alle GKV-Kassen einen bestimmten Umfang von Leistungen übernehmen müssen. Diese *Pflichtleistungen* sollten sich meines Erachtens auf den gegenwärtigen Umfang der Leistungen erstrecken. Allerdings ist der Inhalt des Kataloges auf seine medizinische Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit kritisch zu prüfen. Dazu sollten in *Schwerpunktkommissionen* nicht nur Vertreter von Kassen und Leistungserbringern und ihren Verbänden, sondern auch unabhängige Sachverständige und Versicherte, bzw. Patienten vertreten sein. So schlug z.B. eine gemeinsame Arbeitsgruppe vor, den Umfang der apparativen Diagnostik in der Nachsorge bei Mammacarcinom-Patientinnen deutlich zu reduzieren (²⁴).

Eine freiere Gestaltung ist im Bereich der *Satzungsleistungen* möglich. Mit oder ohne Erhöhung des Beitrages könnte es für Versicherungen möglich sein, die Erstattung zusätzlicher Leistungen anzubieten. Dies kann sich auf diagnostische und therapeutische Leistungen, sogenannte Chefarztbehandlungen, aber auch auf Unterbringungsleistungen in der stationären Versorgung (Stichwort: Einbettzimmer) beziehen.

Die *Beitragshöhe* könnte im Pflicht- und Satzungsbereich von (gestaffelten) Eigenbeteiligungen abhängig gemacht werden. Zum Schutz des Versicherten sollte eine Höchstgrenze gelten. Dieses Modell wird in der Schweiz angewendet (vgl. ²⁵ und ²⁶). Ausserdem sollte es dem Versicherten möglich sein, die Höhe der Eigenbeteiligung durch einvernehmliche Vertragsänderungen mit für beide Seiten ausreichend langen Fristen zu variieren.

Die *Wahlfreiheit* des Kunden beinhaltet schon jetzt, dass ein Versicherter seine GKV-Kasse wechseln kann (4).

Des weiteren ist es für den Erhalt der Solidarität erforderlich zu verhindern, dass GKV-Kassen überwiegend Verträge mit Kunden mit "guten Risiken" abschliessen. Darum sollte der *Kontrahierungszwang* beibehalten werden (vgl. 23). Da sich aber im Wettbewerb, in dem auch für die Kassen Marketing- und Werbungsstrategien erlaubt sein müssen, die Kundenselektion durch einzelne Kassen nicht ausschliessen lässt, ist zu überlegen, inwieweit auch ein *Risikostrukturausgleich* für die Pflichtleistungen beibehalten, bzw. anzupassen ist (vgl. 23). Die Anpassung der rechtlichen Grundlagen ist wiederum die Aufgabe des Staates.

Bei der *Mitversicherung* der Familienmitglieder sind mehrere Modelle denkbar. Zum einen könnte sie ganz aufgehoben werden. Dies verletzt die Solidarität eher einkommensstarker Alleinstehender mit eher einkommensschwachen Familien. Darum sollen zumindest Kinder beitragsfrei mitversichert werden. Die beitragsfreie Mitversicherung des Ehepartners, ohne oder nur mit geringem Einkommen, könnte sich danach richten, ob Kinder zu versorgen sind.

Modellversuche

Die bisher gemachten und vereinzelt in der Leistungserbringung in Deutschland schon umgesetzten Vorschläge berühren komplexe Strukturen und viele Beteiligte. Daher ist die regionale, freiwillige Erprobung neuer Verfahren meiner Meinung am Erfolg versprechendsten. Basierend auf den §§ 63 und 73 SGB V werden vor allem im ambulanten Bereich Modellversuche durchgeführt. Verstärkt könnten in dieser Hinsicht meines Erachtens noch die Bemühungen im Krankenhaussektor. Diese Modellversuche müssen kritisch begleitet und auf ihren medizinischen und ökonomischen Nutzen hin evaluiert werden. Andererseits sollte unter dem Eindruck wachsenden ökonomischen Druckes bald eine bundesweite Besserung der bestehenden Handicaps erreicht werden.

Zusammenfassung

Das Gesundheitswesen, besser Krankenversorgungswesen, in Deutschland zeigt in den letzten Jahren eine massive Steigerung der Ausgaben insbesondere in den Bereichen ärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung und Arzneimittel. Die weitere Finanzierbarkeit im Bereich der GKV kann über eine Minderung der Ausgaben (Kostensenkung) und über eine Verbesserung des Wettbewerbs unterstützt werden.

Ansatzpunkte sind

transparente und prozessorientierte Behandlungsstrategie in Krankenhäusern (Clinical Pathways)

verbesserte Vernetzung und Koordination der ärztlichen Behandlung im ambulanten Bereich (Praxisnetze, Hausarztmodell)

Stärkung des Versicherten, bzw. Patienten als Kunde

Möglichkeiten des Wettbewerbes sowohl unter den Leistungserbringern als auch zwischen den Versicherern

Für die jeweiligen Punkte sind zur Sicherung, bzw. Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung, der Solidarität und der Ermöglichung des Wettbewerbes Anpassungen der rechtlichen Grundlagen und in gewissem Umfang eine Aufsicht des Staates (als Bund, Land oder Kommune) oder durch von ihm beauftragte Dritte erforderlich.

Literatur

- ¹ Bundesministerium für Gesundheit (1998). *Statistisches Taschenbuch Gesundheit*. Bonn. Abschnitt 9.2
- ² Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1996). *Statistisches Taschenbuch 1996, Arbeits- und Sozialstatistik*. Bonn, 1996. Tabelle 2.5A
- ³ Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg. (1995) *Übersicht über das Sozialrecht*. 3. Auflage. Bonn, 1995.
- ⁴ Ryll A (1998). Versorgung mit ambulanten medizinischen Einrichtungen. In: Hurrelmann K, Laaser U. *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim und München 1998.
- ⁵ Backes O, Stebner FA (1998). Gesundheitsrecht. In: Hurrelmann K, Laaser U. *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim und München 1998.
- ⁶ Rifkin J. "Die richtigen Antworten kommen aus Europa". Interview im Tagesspiegel, Berlin 27.02.99
- ⁷ Coffey RJ, Richards JS, Remmert CS, LeRoy SS, Schoville RR, Baldwin PJ (1992). An introduction to critical paths. *Quality Management in Health Care* 1992; 1: 45-54.
- ⁸ Leininger SM (1997). *Building Clinical Pathways*. New Jersey: National Association of Orthopaedic Nurses, Pitman, 1997.
- ⁹ Fairfield G, Williams R (1996). Clinical guidelines in the independent health care sector. *BMJ* 1996; 312: 1554-5.
- ¹⁰ Thomson R, Lavender M, Madhok R (1995). How to ensure that guidelines are effective. *BMJ* 1995; 311: 237-242
- ¹¹ Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997). Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt* 1997; 94: A2154-55
- ¹² Helou A., Kostovic-Cilic L, Ollenschläger G (1998). *Nutzermanual zur Checkliste "Methodische Qualität von Leitlinien"* Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (Gemeinsame Einrichtung der Bundesärztekammer und der kassenärztlichen Bundesvereinigung) Köln, 1998.
- ¹³ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (1995). Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie, Kriterien für die Qualität von Leitlinien. [zitiert am 01.03.99] http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/II_quali.htm
- ¹⁴ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (1995). Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie, Methodische Empfehlungen ("Leitlinie für Leitlinien"). [zitiert am 01.03.99] http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/II_metho.htm
- ¹⁵ Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995). *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Sondergutachten 1995*. Baden-Baden, 1995.

-
- ¹⁶ Neubauer G, Rehemann P, Schleiffenbaum Ch (1995). *Fallpauschalen im internationalen Vergleich. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. IfG Institut für Gesundheitsökonomik, 1995.
- ¹⁷ Goergen H, Riedel R-R, Vetter H. *Sonderentgelte und Fallpauschalen: Erläuterungen aus ärztlicher und betriebswirtschaftlicher Sicht*. Köln 1997
- ¹⁸ Hansen F (1999). Doktor als Lotse. *Die Zeit* 18.02.1999; Nr. 8: 20.
- ¹⁹ Clade H (1998). Mehr Flexibilität bei der Vernetzung. Wie sich die Ersatzkassen vernetzte Versorgungsstrukturen vorstellen. *Deutsches Ärzteblatt* 1998; 95: B2547-8.
- ²⁰ Wendel TH (1999). Bündnis für Gesundheit. *Zitty* 5/99: 18-20.
- ²¹ Arnold M, König H-H, Seitz R (1996). Managed Care: Prinzipien, Effekte, Grenzen. *f&w Führen und Wirtschaften* 1/1996; 13: 8-12.
- ²² Folland S, Goodman AC, Stano M (1997). *The Economics of Health and Health Care*. Upper Saddle River 1997.
- ²³ Breyer F, Zweifel P (1997). *Gesundheitsökonomie*. Berlin u.a. 1997.
- ²⁴ Hellriegel K-P (1998). *Nachsorge beim Mammakarzinom - praktisches Beispiel einer angewandten kritischeren Medizin*. Vortrag auf dem Symposium Evidence-Based Medicine, Berlin 13./14. März 1998.
- ²⁵ Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Inkrafttreten am 1. Januar 1996. In: Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (Ed.). *Schweizerischer Krankenkassenkalender 1997*. Solothurn: Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, 1997.
- ²⁶ Bundesamt für Sozialversicherung (1997). *Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt*. Bern 1997.