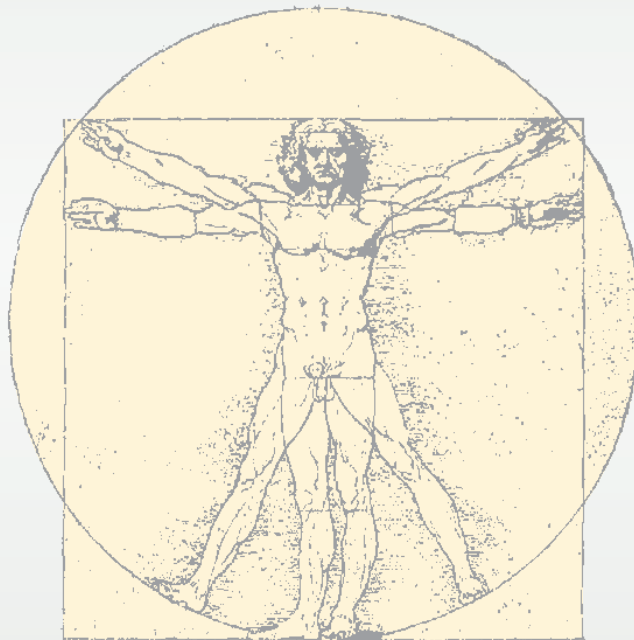


brennpunkt-
gesundheitswesen.de





Kritische Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung

Hauchdünner Überschuss im ersten Quartal

Während der Schätzerkreis der Krankenkassen in seiner Mai-Sitzung im Vergleich zum Herbst vergangenen Jahres ein Finanzminus von 1,5 Mrd. Euro ausgerechnet hat, erwartet das Bundesgesundheitsministerium – es hat im Schätzerkreis Gaststatus – am Jahresende 2005 einen deutlichen Überschuss und fordert weitere Beitragssenkungen.

Wie kritisch die Finanzlage der Kassen ist, zeigt der Abschluss des ersten Quartals: Nur in den neuen Bundesländern führen die Kassen noch einen Überschuss von 276 Mio. Euro ein. In den alten Ländern entstand ein Defizit von 119 Mio. Euro. Ursächlich dafür sind nahezu konstante beitragspflichtige Einnahmen (plus 0,1 % im Westen, plus 2,1 % im Osten) und die stark steigenden Arzneimittelausgaben (18,2 % bzw. 21,2 %). Dennoch geht das Bundesgesundheitsministerium von einem Überschuss zum Jahresende aus: In zwei Tranchen fließen den Kassen in diesem Jahr jeweils 1,25 Mrd. Euro aus dem Bundeshaushalt zur Abdeckung der versicherungsfremden Leistungen zu. Steigende Beitragseinnahmen erwartet das Ministerium aufgrund von Sonderzahlungen wie Urlaubs- oder Weihnachtsgeld, die erst in der zweiten Jahreshälfte finanzwirksam werden.

Für Jahresende wieder Defizit befürchtet

Weitaus kritischer sieht dies der Schätzerkreis. Im Vergleich zur Herbst-Schätzung wird mit zusätzlichen Leistungsausgaben von 1 Mrd. Euro gerechnet. Weitere 3 Mrd. Euro resultieren aus einer Reduzierung der Wachstumsprognosen und aus Hartz IV. Die Reform bei Arbeitslosen- und Sozialhilfe hat dazu geführt, dass viele Bürger nicht mehr eigenständig versichert sind, sondern in der Familienversicherung keine Beiträge mehr bezahlen. Allein die Barmer Ersatzkasse hat dadurch 44.000 weniger eigenständig Versicherte.

Beitragssenkungen nicht gerechtfertigt

Die Konsequenz ist, dass der Ausgleichsbedarfssatz für den Risikostrukturausgleich – hierin enthalten sind alle Leistungsausgaben der Krankenkassen außer für Satzungsleistungen und für Verwaltung – vom Schätzerkreis um 0,28 % auf 13,05 % angehoben wurde. Im Kern bedeutet dies, dass die Beiträge im Schnitt aller Krankenkassen nicht gesenkt, sondern entsprechend angehoben werden müssten. Nach Angaben des Präsidenten des Bundesversicherungsamtes, Rainer Daubenbüchel, haben fast alle überregionalen Krankenkassen ihren Spielraum für Beitragssatzsenkungen ausgeschöpft. Bei einigen Krankenkassen hat das Bundesversicherungsamt Beitragssanhebungen verordnet. Ohne die Gesundheitsreform läge der Beitragssatz allerdings nicht bei durchschnittlich 14,2 %, sondern bei über 15 %.



Deutschland vor einer Richtungswahl

SPD: Bürger- versicherung ja, Abschaffung der PKV nein

Mit einem der wenigen politischen Sympathie-Begriffe, der Bürgerversicherung, will die SPD in den wahrscheinlich bevorstehenden Bundestagswahlkampf ziehen. Voraussetzung: Bundeskanzler Gerhard Schröder bekommt, wenn er Anfang Juli die Vertrauensfrage stellt, nicht die Kanzler-Mehrheit, und Bundespräsident Horst Köhler löst binnen drei Wochen das Parlament auf. Voraussichtlich am 18. September finden dann Wahlen zum Bundestag statt.

Deutlich schneller als erwartet läuft in der SPD nun eine Richtungsentscheidung zugunsten der Bürgerversicherung: „Wir brauchen eine Bürgerversicherung, in die alle ihrer Leistungsfähigkeit entsprechend einzahlen“, sagte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in einem Interview der Tageszeitung „Die Welt“. Die Trennung der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung solle dabei aufgehoben werden. Das Bundesgesundheitsministerium dementierte allerdings, dass damit die private Krankenversicherung abgeschafft werden solle.

Union bislang ohne Konzept

Bei der Finanzreform der GKV zeigt die Union eine offene Flanke. Im vergangenen Jahr hatte die sich monatelang hinziehende Auseinandersetzung über die Gesundheitsprämie die CDU massive Sympathieverluste gekostet – am Ende stand ein mühsam ausgehandelter Kompromiss, der in der Fachwelt heftig kritisiert wurde und der zum Rücktritt des Sozialexperten Horst Seehofer als Fraktionsvize führte. Seehofer, der auch dem nächsten Bundestag angehören will und als gerade gewählter bayerischer Landesvorsitzender des VdK eine neue Karriere als Rentner- und Soziallobbyist anstrebt, stünde nach eigenem Bekunden auch für eine Aufgabe im Kabinett Merkel zur Verfügung – was jedoch als unwahrscheinlich gilt.

Dafür tauchen im Personaltableau der Unions-Kanzlerkandidatin zwei andere Namen auf: Peter Müller, Ministerpräsident des Saarlandes, für das Ressort Soziales, Gesundheit, eventuell auch Arbeit, und die niedersächsische Gesundheitsministerin Ursula von der Leyen, wahrscheinlich für das Ministerium Frauen und Familie.

Gutachten des Sachverständigenrates

Pflegeversiche- rung im Fokus

Konkrete Reformvorschläge für die seit Jahren defizitäre und in ihren Leistungen nicht dynamisierte Pflegeversicherung unterbreitet der Sachverständigenrat in seinem jüngsten mehr als 700 Seiten umfassenden Gutachten.

Das Hauptproblem des gegenwärtigen Systems sei das unkoordinierte Nebeneinander von Pflege- und Krankenversicherung. Die Trennung der Versorgungsbereiche führe lediglich zu Kostenverschiebungen, verhindere aber präventive, integrative und rehabilitative Versorgungskonzepte. Der Einheitsbeitrag und die kollektiven Vertragsstrukturen verhinderten eine effiziente Ver-



sorgung. Die Sachverständigen empfehlen die Zusammenführung von Kranken- und Pflegeversicherung, Einzelverträge mit Leistungsanbietern und einen umfassenden auch auf die Pflege bezogenen Risikostrukturausgleich, der sich an der Morbidität orientiert. Ferner wird eine Dynamisierung der Pflegeleistungen vor allem in der ambulanten Versorgung gefordert. Die Pflege müsse auch auf Demenzkranke ausgedehnt werden.

**Milde Korporatismuskritik
kein Grund für
Substitution
der Selbstverwaltung**

Per Saldo milde gehen die Sachverständigen mit den korporatistischen Strukturen im Gesundheitswesen um. Sie sehen zwar erhebliche Schwächen im System: Nur 8 % der Leistungen können Kassen selbst definieren, 50 % seien einheitlich und gemeinsam, oft über den machtvollen Bundesausschuss festgelegt, die KVen seien innovationsfeindlich und unflexibel, und die Fähigkeit der Selbstverwaltungspartner zu Kompromissen habe deutlich abgenommen. Dennoch seien die Defizite der korporativen Koordination noch kein zwingender Grund, sie ganz oder teilweise durch andere Steuerungsinstrumente zu ersetzen. Mit Ausnahme eines Mitglieds, das für mehr Staat plädiert, steht für den Rat erst dann eine Auflösung der KVen zur Diskussion, wenn überzeugende Gründe oder empirische Belege dafür sprechen, dass andere Institutionen effizienter sind.

**Stärkung der
ärztlichen Entscheidungs-
freiheit ange-
mahnt**

Ausführlich befasst sich der Sachverständigenrat mit der Arzneimittelversorgung und führt dabei neue Aspekte ein. Grund dafür ist das weitgehende Versagen, Arzneiverordnungen durch zentralistische Vorgaben und Anreizsysteme zu steuern. Dagegen habe sich bei den Ärzten auch aus Furcht vor einer Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses Widerstand formiert. Die Sachverständigen plädieren nun dafür, die Entscheidungskompetenz und Freiheit des Arztes zu stärken und dabei auch soziale Einflussfaktoren sowie die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung zu berücksichtigen. Das Ziel müsse sein, die Persistence der ärztlichen Verordnung und die Compliance der Patienten zu verbessern. Diese beiden Faktoren seien in der bisherigen Effizienz-Debatte nicht ausreichend berücksichtigt worden.

Kritisch sieht der Sachverständigenrat in diesem Zusammenhang die geplante Nutzenbewertung von Arzneimitteln. Sinnvoll sei sie nur, wenn sie den Arbeitsalltag in der ambulanten Versorgung erfasse. Diesen Anforderungen genüge die gesetzliche Regelung nur „rudimentär“. Vor allem sehe sich der Bundesausschuss mit der Vorgabe von Sparzielen konfrontiert – und das beinhalte die Gefahr, dass Nutzenbewertung von Anfang an unter fiskalischen Gesichtspunkten stattfinde.



parlamente

Aktuelle Gesetzgebungsvorhaben

Scheitern vieler Gesetze durch vorzeitig beende- dete Legislatur

Der Bundestag in Zeitnot: Die Entscheidung des Bundeskanzlers, mit einer gescheiterten Vertrauensfrage vorzeitig Neuwahlen herbeizuführen, hat zur Folge, dass etliche Gesetzesvorhaben nicht mehr in dieser Legislaturperiode beschlossen werden können. Sie müssen – wenn überhaupt – nach der Diskontinuitätsregel in der neuen Wahlperiode von Anfang an neu aufgerollt werden. Betroffen sind folgende Gesetze:

Präventionsgesetz

Obwohl das Gesetz zwischen Bund, Ländern und betroffenen Krankenkassen als Hauptfinanziers lange verhandelt und schließlich auch kompromissfähig gemacht worden war, hat der Bundesrat bei den abschließenden Beratungen den Vermittlungsausschuss angerufen. Auf Betreiben der Union soll die Finanzierung des Gesetzes noch einmal überprüft werden. Wegen des engen Zeitfahrplans gilt das Gesetz damit als gescheitert.

Vorverlegung des Beitragseinzugs der Sozialversicherungsbeiträge

Ziel des Gesetzes ist es, dass Arbeitgeber die Sozialversicherungsbeiträge nicht in der Mitte des Folgemonats, sondern gleichzeitig mit den Lohn- und Gehaltszahlungen am Monatsende an die Sozialkassen zahlen. Damit sollen vor allem Liquiditätseingpässe bei der Rentenversicherung vermieden werden. Erhebliche Vorteile davon hätten auch die Krankenkassen, denen auf diese Weise im Startjahr des Gesetzes 13 Monatsbeiträge zufließen würden. Das Gesetz ist zwar nicht zustimmungspflichtig. Formal hat der Bundesrat dagegen gestimmt. Mit Kanzlermehrheit könnte der Bundestag dem Negativvotum des Bundesrates widersprechen. Dafür fehlt wahrscheinlich die Zeit.

14. Novelle des Arzneimittelgesetzes

Da sich Koalition und Opposition sowie Bund und Länder geeinigt haben, wird der Gesetzentwurf in zweiter und dritter Lesung am 16. und 17. Juni im Bundestag und Anfang Juli im Bundesrat verhandelt und verabschiedet. Die Zeit drängt, da mit dem Gesetz europäisches Recht umgesetzt werden soll. Eine Verzögerung könnte ein Vertragsverletzungsverfahren vor dem EuGH auslösen.

Reform der Arzneimittelzulassung

Das Gesetz zur Errichtung einer Deutschen Arzneimittelagentur kam zu spät in die parlamentarischen Beratungen, um verabschiedet zu werden. Das Projekt, aus der Behörde eine selbständige Agentur unter der Rechtsaufsicht des



Bundesgesundheitsministeriums zu machen, muss in der nächsten Legislaturperiode neu aufgerollt werden.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Notwendig ist hierfür nach dem Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetz eine Rechtsverordnung, die der Zustimmung des Bundesrates bedarf. Obgleich die Rechtsbasis im SGB V Bestandteil des Kompromisses zwischen Koalition und Union bei der letzten Gesundheitsreform war, hat die Union nun ihre Auffassung dazu geändert. Die Erweiterung des Risikostrukturausgleichs, wie sie insbesondere von der AOK und großen Ersatzkassen gefordert wird, ist fraglich geworden und hängt damit vom Wahlausgang ab.

vertragspartner

Praxisgebühr

Einigung zu Gerichts- und Mahnkosten erzielt

Nach monatelangem Tauziehen haben sich KBV und Krankenkassen darauf geeinigt, wie die Mahn- und Gerichtskosten für ausstehende Praxisgebühren finanziert werden sollen. Danach übernehmen die Kassen für das Jahr 2004 alle den KVen entstandenen Sozialgerichtskosten. Bei knapp 300.000 Fällen, in denen die Praxisgebühr nicht gezahlt worden ist, sind das rund 45 Mio. Euro, die die Kassen den KVen erstatten müssen. Für die Zeit vom 1. Januar 2005 bis Ende 2006 zahlen die Kassen zusätzlich Portokosten, die den Ärzten nachweislich beim Mahnverfahren entstanden sind. Außerdem zahlen die Kassen eine Aufwandsentschädigung von 3,50 Euro je Mahnverfahren.

Diese Zahlungsverpflichtung wird auf 0,2 % aller Praxisgebühr-Zahler beschränkt. Die Ausfallquote hatte im vergangenen Jahr 0,19 % betragen. Die Kassen sind der Auffassung, dass die Zahlungsmoral ihrer Versicherten deshalb so hoch ist, weil die behandelnden Ärzte die Praxisgebühr vereinnahmen müssen. Für die Zeit nach 2006 soll der Gesetzgeber das Einzugsverfahren neu regeln.



Barmer erweitert Hausarzt-Vertrag

Rabattverträge mit Generika- Herstellern per- fekt

Mit fünf Generika-Herstellern – Ratiopharm, Hexal, Stada, Sandoz und Bepapharm – hat die Barmer Ersatzkasse Rabattverträge abgeschlossen. Die Verträge zielen vor allem darauf ab, noch bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und vor allem Originalpräparate durch preisgünstigere Generika zu ersetzen.

Die Verträge haben zwei Komponenten. Bisher bestehende Umsätze der Hersteller mit der Barmer werden zwischen 3 % und 5 % rabattiert. Für zusätzliche Umsätze geben die Hersteller der Barmer einen Rabatt von 10 %. Damit dies funktioniert, sind Ärzte und Apotheker an den Einsparungen beteiligt. Nach dem Integrationsvertrag, den der Hausärzteverband und der Deutsche Apothekerverband mit der Barmer abgeschlossen haben, erhalten Arzt und Apotheker jeweils 30 % der Einsparungen, die restlichen 40 % verbleiben der Barmer. Beteiligt an der Integrationsversorgung sind inzwischen 35.000 Hausärzte, 17.500 Apotheker und rund 800.000 Versicherte, die sich bei einem Hausarzt und einem Hausapotheker eingeschrieben haben.

Disease-Management-Programme

Alter Streit um RSA neu ent- flammt

Der AOK-Bundesverband droht damit, aus den Disease-Management-Programmen auszusteigen, wenn deren Finanzierung über den Risikostrukturausgleich nicht gesichert bleibt. Beim DMP Diabetes erhalten die Kassen 4.300 Euro pro Jahr für jeden in ein Behandlungsprogramm eingeschriebenen Versicherten. Dies sind in der AOK 756.000 Versicherte. Nach Auffassung der AOK haben die Behandlungsprogramme die Qualität der Versorgung deutlich verbessert: Die Compliance der Patienten und ihre Laborwerte seien besser geworden, habe eine Auswertung der Daten von 200.000 Versicherten ergeben.

Der BKK-Bundesverband bestreitet nicht die Verbesserung der Versorgung. Er hält aber die Finanzierung über den RSA für falsch. Nach seiner Ansicht müssen Disease-Management-Programme auf besonders schwierige Behandlungsfälle konzentriert werden.



sonstiges

Gemeinsamer Bundesausschuss

Drohender Rechtsstreit bei Sondennah- rung

Der Gemeinsame Bundesausschuss will die dritte Beanstandung der Richtlinie zum Einsatz von enteraler Ernährung durch das Bundesgesundheitsministerium und die geplante Ersatzvornahme nicht akzeptieren und deshalb den Streit gerichtlich klären lassen.

In seiner Beanstandung hatte das Ministerium große Teile der Richtlinie als nicht gesetzeskompatibel bewertet und eine umfassende Streichung von Verordnungseinschränkungen und Geboten für Ärzte vorgenommen. Der Bundesausschuss wertet dies als einen Eingriff in seine Kompetenz, Fachfragen eigenständig zu regeln. Das Ministerium überschreite damit seine Befugnis, nur eine Rechtsaufsicht auszuüben. Verwundert ist der Bundesausschuss darüber, dass das Ministerium eine Richtlinie beanstandet, an dessen Erarbeitung Ministerialbeamte ständig beteiligt waren.

Impressum:

Brennpunkt Gesundheitswesen
wird herausgegeben von der
Schering Deutschland GmbH
Gesundheitswesen
Max-Dohrn-Str. 10
D-10589 Berlin

Verantwortlich: Dr. rer. pol. Klaus Knabner
Telefon: (030) 3 49 89 - 161
Telefax: (030) 3 49 89 - 365

Im Interesse einer möglichst vielseitigen Information werden auch Artikel übernommen, die nicht unbedingt mit der Meinung unseres Hauses übereinstimmen.



interview des monats



Prof. Dr. med. Bertram Häussler
Geschäftsführender Gesellschafter IGES
Institut für Gesundheits- und Sozialforschung

Bereits seit Einführung des Arzneimittelbudgets 1993 kann beobachtet werden, dass Ärzte durchaus in der Lage sind, ihr Verordnungsverhalten auf die gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen einzustellen. Können Sie anhand eines Beispiels diese rationelle Arzneimitteltherapie der Ärzte belegen?

Es ist in der Tat so, dass in der Vergangenheit Ärzte ihr Verordnungsverhalten unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer rationaler Gesichtspunkte ausgerichtet haben. Die Statine z. B. wurden Anfang der 90er Jahre auf den Markt gebracht und erfuhren dann typischerweise eine allmähliche Verordnung durch niedergelassene Ärzte, die dann im Jahr 1993 plötzlich stagnierte, weil das Gesundheitsreformgesetz den Kollektivregress angedroht hat. Die Ärzte haben sich dafür entschieden, erst mal zurückhaltend zu verordnen, haben dann aber im Jahr 1995 die Verordnungstätigkeit wieder sehr stark aufgenommen und jedes Jahr mit erheblichen Steigerungsraten reagiert. Was

war da passiert? 1994 kam die sogenannte 4-S-Studie, die in Bezug auf Simvastatin gezeigt hat, dass man tatsächlich auch Sterbefälle verhindern kann, Sterbefälle auf Grund von Koronarkrankheiten bei bestimmten Patientengruppen. Das war für die Ärzte Grund genug, ihre Zurückhaltung wieder aufzugeben und zu verordnen. Von daher kann man sagen: Auch wenn man Ärzte auf dem Markt der Information sich selbst überlässt, kann etwas Vernünftiges dabei herauskommen.

Da stellt sich die Frage, ob das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) überhaupt erforderlich ist, wenn es ein rationales Marktverhalten seitens der Verschreiber gibt.

Ich würde schon sagen, dass es Sinn macht so ein Institut zu haben. Man kann nicht davon ausgehen, dass sich die Ärzte mit allen Arzneimitteln auf gleiche Art und Weise beschäftigen, wie sie es bei den Statinen damals gemacht haben. Und letztendlich haben sie ja



auch auf Informationen zurückgegriffen, die gewissermaßen nicht standardisiert waren und nicht allen gleich zur Verfügung gestanden haben, so dass eine Stelle wie das Institut zumindest theoretisch als Sachwalterin des besten Wissens über die Wirksamkeit und den Nutzen eine sinnvolle Einrichtung ist.

Das IQWiG hat Vorläufer, nicht in Deutschland, aber ich denke da an das NICE, das eine Art Vorbildfunktion für Europa leistet. Wie bewerten Sie den Ansatz des IQWiG, sich im Gegensatz zum NICE nur auf den Nutzen zu kaprizieren?

Das hat sich das Institut ja nicht ausgedacht. Die große Koalition aus Ulla Schmidt und Horst Seehofer im Herbst 2003 hat sich darauf geeinigt. Ich denke, dass es für dieses Institut am Anfang vielleicht sogar eine Erleichterung ist, sich nicht mit allen Fragen zu beschäftigen, denn die Bewertung der Wirtschaftlichkeit ist noch mal eine Ecke schwieriger als die Bewertung des Nutzens. Gleichwohl müssen wir aber sehen, dass nicht nur das IQWiG bewertet, sondern auch der gemeinsame Bundesausschuss, der letztendlich auch die endgültigen Entscheidungen trifft. Und der hat ganz explizit auch Wirtschaftlichkeitsüberlegungen in seinen Entscheidungsgang mit aufgenommen.

Das IQWiG hat seit der Etablierung für starke Unruhe, besonders bei den forschenden pharmazeutischen Unternehmen, gesorgt und diese hegen wohl auch nicht zu Unrecht Befürchtungen, dass durch die Nutzenbewertung der Marktzugang von innovativen Arzneimitteln eingeschränkt wird. Wie bewerten Sie das?

Man muss das differenzierter sehen, und zwar sagt das Institut ja selbst in seinen methodischen Grundlagen, dass es nicht nur Endpunkte wie Sterblichkeit und bestimmte klinische Komplikationen, klinische Ereignisse heranzieht, sondern auch lebensqualitätsbezogene Outcome-Parameter wie zum Beispiel Be-

quemlichkeit bei der Einnahme von Arzneimitteln. Daher wäre das jetzt keine zutreffende Bezeichnung, dass das IQWiG nur Mortalität und Morbidität zulässt. Es wendet sich aber durchaus sehr dezidiert gegen eine lockere Zulassung von Surrogat-Parametern zur Beurteilung. Wobei man das auch verstehen muss, denn es war durchaus häufig so, dass mit Surrogat-Parametern Veränderungen bei den Patienten beschrieben worden sind, die sich nachher klinisch nicht ausgewirkt haben. Und das Institut sagt, wenn diese Kausalkette hinreichend belegt ist, dann können sogar Surrogat-Parameter zugelassen werden. Das, was Sie hier ansprechen, hat aber durchaus auch einen Hintergrund, wenn Nachfolgeprodukte, also Analogpräparate, zu einem Zeitpunkt in den Markt kommen, wo Originalpräparate schon ihre Endpunktsaktivität nachgewiesen haben. Die werden es in Zukunft schwerer haben als bisher. Dadurch kommt natürlich ein gewisser Konservatismus in das Kostenerstattungsweisen hinein, weil an später kommende Arzneimittel höhere Anforderungen gestellt werden.

Und wenn nicht von diesen Analogpräparaten ein deutlicher oder sichtbarer therapeutischer Zusatznutzen nachgewiesen wird, werden diese Präparate mit einem Festbetrag versehen. Das heißt, der Innovationspreis oder Premiumpreis ist für diese Präparate nicht mehr gegeben?

Das galt ja vorher auch schon. Da gab es auch Analogpräparate, die später gekommen sind und sich immer preislich unten einordnen mussten. Und jedes weitere hat den Preis weiter nach unten gezogen. Jetzt wird es expliziert und an Regeln, an Befunden festgemacht, aber letztendlich hat der Markt es früher auch schon so geregelt, dass die später kommenden keine Extraprofite erzielen konnten, wenn sie nicht besser waren.

Aber wird nicht trotzdem die höhere Hürde im Ergebnis dazu führen, dass innovative



Arzneimittel einen verspäteten Marktzugang finden?

Den Marktzugang haben Sie ja formal durch die Zulassung.

Die Zulassung ja, aber das Arzneimittel findet trotzdem keinen Eingang in die Therapie.

Es wird zumindest einen verzögerten oder einen gedämpften Marktzugang geben. Was letztendlich für die Hersteller nichts anderes bedeuten kann, als dass sie in ihrer Studienplanung das schon berücksichtigen und ihre Forschungstätigkeit stärker darauf einstellen müssen. Wobei, das wissen wir ja alle, wir hier in Deutschland keine Insel sind. Damit sind die Hersteller in fast allen europäischen Ländern schon konfrontiert. Allerdings immer auf eine gewisse andere Art und Weise. Das wird die Innovationstätigkeiten und auch die Forschungstätigkeiten beeinflussen müssen.

Das heißt, wir folgen letzten Endes einem europäischen und internationalen Trend, was die Innovationsbewertung angeht.

Ja, wobei Nordamerika, zumindest die USA, sich da sehr stark ausgekoppelt hat.

Die neue Verfahrensordnung des G-BA sieht vor, dass der Bundesausschuss bestimmen kann, dass zukünftig neue Diagnose- und Therapiemethoden nur noch im Rahmen von Studien der Evidenzstufe 1 eingesetzt und von den Kassen bezahlt werden dürfen. Überdies soll für den Einsatz neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus künftig auch der Erlaubnisvorbehalt gelten.

Da stecken mehrere Argumente drin. Ich will mal auf das erste mit der Evidenzstufe 1 eingehen. Da würde ich sagen, das zeigt eine Absicht, aber eine unrealistische Absicht. Das wird von niemandem durchzuhalten sein. Wir wissen ja, was Evidenzstufe 1 bzw. 1a bedeutet: Meta-Analysen. Und das sind Studien, die man machen kann, wenn viele andere Studien schon fertig vorliegen. Und je näher wir uns

bei Arzneimitteln bewegen, die bei schwerwiegenden Erkrankungen zum Einsatz kommen, desto weniger wird das durchzuhalten sein. Sagen wir mal so, der Bundesausschuss zeigt, dass er nicht auf's Gas treten will, sondern eher auf die Bremse. Er wird aber auch nicht am gesunden Menschenverstand vorbei entscheiden können. Das sieht man zum Beispiel, wenn es um die Protonentherapie geht. Da zeigt sich, dass der Bundesausschuss von dieser fundamentalistischen Forderung, nur Meta-Analysen zuzulassen, wenn es um Krebskrankheiten geht, keinen Gebrauch machen wird. Interessanterweise ist es ja so, dass der Bundesausschuss vor nicht allzu langer Zeit eine Entscheidung, nämlich Protonentherapie beim Mammakarzinom nicht zuzulassen, vom Ministerium zurückbekommen hat. Dem Ministerium ging diese Entscheidung zu weit, bzw. zu wenig weit. Und vor dem Hintergrund, dass Brustkrebs eine politisch sehr wichtige Erkrankung ist, hat man das zurückgewiesen und gesagt, die sollen noch mal darüber nachdenken. Es gibt mannigfaltige Einflüsse auch im Bundesausschuss, die nicht erwarten lassen, dass man sich durchweg sehr rigide verhalten wird.

Das wäre ja ein positives Korrektiv.

Ja, das wird es auf jeden Fall sein. Das Korrektiv ist natürlich auch ein Stück weit durch die Privatkassen gegeben, wobei die sich möglicherweise ganz gerne auf eine Entscheidung des Bundesausschusses zurückziehen, wenn ihnen das zu teuer wird. Das war das eine Argument mit der Evidenzklasse. Das zweite sind die einheitlichen Bewertungskriterien im ambulanten und stationären Sektor.

Beispielsweise Herr Robbers von der DKG hat gleich sehr vehement reagiert, diese Verfahrensordnung sei das Aus für Innovationen an den Kliniken.

Die innovativen Arzneimittel, die in der Klinik relevant sind, sind in der Regel in der Ambu-



lanz nicht so relevant. Da wird man allein aufgrund der unterschiedlichen Substanzgruppen mit ganz unterschiedlichen Maßen messen. Ich kann aber Herrn Robbers durchaus auch verstehen, dass er einer drohenden Übertreibung vorgreifen wollte, dass man jetzt auch im chirurgischen oder im radiotherapeutischen Bereich liegende Verfahren, die man im Krankenhaus frühzeitig einsetzen konnte, weil sie einer anderen Finanzierung unterliegen, künftig nicht mehr einsetzen darf. Da haben wir in der Vergangenheit Beispiele gehabt, die bis heute für die ambulante Versorgung nicht zugelassen sind. Wenn man jetzt entscheidet, dass man z.B. PET-Scans auch in der Klinik nicht zulässt, dann hätten wir hier natürlich ein großes Problem und von daher ist Herr Robbers zu verstehen, wenn er sich dagegen wendet.

Die ethische Frage haben Sie ja schon beantwortet, dass letztenendes die Gesellschaft doch pharmakologischen Innovationen Zugang gewähren muss.

Wenn die Entscheidungsgrundlagen sehr rigide gehandhabt werden, dann ist die Gefahr einer Zwei-Klassen-Medizin umso größer. Obwohl man möchte, dass durch rationale Entscheidungen Unwichtiges draußen gehalten wird, so dass man das Geld zur breiten Versorgung hat. Je rigider man aber wird, desto mehr verlagert man in die Selbstzahlersphäre hinein und das würde dann durch die Hintertür zu einer Zwei-Klassen-Medizin führen.

Glauben Sie nicht, dass die Zahl der Innovationen durch stärkere Anforderungen an dem Zusatznutzennachweis in Deutschland abnehmen wird?

Ihre Zahl wird wahrscheinlich nicht abnehmen, weil Sie ja zugelassen werden, aber Ihre Verbreitung in die GKV-Bevölkerung hinein wird abnehmen. Ich denke auch, das ist gewollt. Man möchte im Sinne des Cost-Containments eine Umschichtung auf bewährte,

möglichst generische Arzneimittel haben. Wobei man eigentlich davon ausgeht, dass weitere Einsparmöglichkeiten im generischen Bereich sehr viel geringer sind als in den letzten 10, 15 Jahren und dass sie, wenn überhaupt, durch eine Umschichtung von hochpreisigen Generika zu niedrigpreisigen Generika erfolgen können. Das wird sicherlich in der nächsten Zeit durch die zunehmende Konkurrenz auf diesem Sektor eintreten, aber man soll nicht erwarten jetzt noch große Quantitäten bewegen zu können.

Das bedeutet natürlich als Feedback für die Industrie eine Belastung für die Finanzierung zukünftiger Forschung und Entwicklung.

Ja. Durch die Möglichkeit Festbeträge auch mit patentgeschützten Präparaten zu bilden, hat man im Grunde genommen den früheren Marktmechanismus außer Kraft gesetzt und kann ihn jetzt noch überholen, indem man die Preise von oben her nach unten setzt.

Glauben Sie, dass die forschenden pharmazeutischen Unternehmen bedingt durch die 4. Hürde mittel- und langfristig Investitionsentscheidungen durchführen, die beispielsweise eine Verlagerung aus Deutschland in andere Länder bedeuten?

Mittel- und langfristig stehen wir sehr stark in Konkurrenz zu den Vereinigten Staaten. Wobei auch Großbritannien und die Schweiz Beispiele für erfolgreiche Pharmastandorte sind. Es wird dem Forschungsstandort Deutschland auf keinen Fall nützen, ob es ihm schaden wird, das kommt darauf an. Wenn Deutschland sehr rigide vorgeht und der deutsche Markt jenseits seiner Größe durch die Preise unattraktiv wird, was er in der Vergangenheit nicht war, dann wird Deutschland als Forschungsstandort an Bedeutung verlieren, weil es sich dann auch nicht mehr lohnt, Deutschland als großen Markt immer in Studien mit einzubeziehen. Eine ganz starke Verlagerung



der klinischen Forschung nach Osteuropa und vielleicht auch noch in andere Teile der Welt wird auch dazu beitragen, dass die Attraktivität hier zurückgeht.

Welche Strategie empfehlen Sie der forschenden Arzneimittelindustrie?

Das Institut wurde vor seiner Einrichtung bzw. vor der entsprechenden Gesetzgebung sehr stark von Teilen der Industrie bekämpft. Was nicht unbedingt sinnvoll ist, wenn man sich überlegt, dass durch so ein Institut eine breite Perspektive auf den Nutzen geschaffen werden kann. Die Industrie sollte auf die Thematik offensiv zugehen und sich mit ihren eigenen methodischen Vorschlägen immer wieder melden. Letztendlich ist so eine nationale Stelle, wo über Nutzen verhandelt wird, auch im Interesse der Hersteller eine sinnvolle Plattform. Von daher kann man nur empfehlen, sich nicht in den Schmollwinkel zurückzuziehen. Wenn man auf die Strategien der Hersteller schaut, ist zu empfehlen, die geforderten Nachweise, die nicht nur in Deutschland gefordert werden, sondern an vielen Stellen der Welt, ganz offensiv in die Forschungsstrategie aktiv aufzunehmen. Wir sehen in der Tat Fälle, wo man das nicht gemacht hat und dann viel zu spät feststellt, dass man die sogenannten Value-Messages, die man von seinem Produkt verbreiten möchte, nicht mit wirklich harten Belegen untermauern kann. Die proaktive Studienplanung ist meiner Beobachtung nach in der Vergangenheit eher zu kurz gekommen und das wird sicherlich eine notwendige Herausforderung für die Firmen sein. Wobei man auch sagen muss, dass insgesamt der Forschungsprozess rationalisiert werden kann. In der Vergangenheit wurde der eine oder andere Euro verschwendet, weil man nicht stringent geforscht hat.

Glauben Sie, dass wir bezogen auf Europa in den nächsten Jahren einen europäischen Nutzenstandard erreichen werden?

Auf methodischem Gebiet sicherlich, weil die Wissenschaft so publikationsintensiv ist, dass keine Studie, kein Methodenpapier länger als ein paar Wochen nicht diffundiert ist.

Ansonsten kommt es darauf an, welche gesetzlichen und regulatorischen Vorgaben gemacht worden sind. Ferner kommt es auch darauf an, in welchem Gesamtrahmen ein Gesundheitswesen steht. Unser Gesundheitswesen ist im Unterschied zum englischen zwar auf einem höheren Niveau, wird aber seit 10 Jahren kostenmäßig sehr stark gebremst, während das englische System von unten kommt, durchaus jetzt aber die Erlaubnis hat zu wachsen. Das sind völlig unterschiedliche Rahmenbedingungen. Letztendlich kann jedes Land entsprechend seiner Finanzkraft festsetzen, welche Arzneimittelpreise es bezahlen will oder nicht. Solange das so ist, wird es auch keine Harmonisierung in dem Verfahren geben.

Das ist das Territorialprinzip.

Richtig und es wird immer dem verfügbaren Budget Rechnung getragen. Kein Land gibt mehr aus, als es hat. Wobei man mit Arzneimitteln auch sparen kann. Das ist im Grunde genommen eine der großen Chancen für die Industrie, dass sie Innovationen bringt, die nicht nur höhere Nutzen haben, sondern auch höhere Wirtschaftlichkeit erlauben.

Das muss man natürlich zum einen nachweisen und zum anderen muss dieser Ansatz in den Bewertungsrichtlinien auch eine Chance haben.

Vielen Dank für das Gespräch.

Interview: Dr. rer. pol. Klaus Knabner



Prof. Dr. med Bertram Häussler
geboren 1953

abgeschlossene Studien in Medizin und Soziologie in Tübingen und Berlin

Studienaufenthalte in Bordeaux und New York

Promotion zum Dr. med. in Neurophysiologie

seit 1990 Geschäftsführender Gesellschafter am IGES „Institut für Gesundheits- und Sozialforschung“, Berlin

seit 1998 Geschäftsführender Gesellschafter der CSG „Clinische Studien Gesellschaft“, Berlin

seit 2002 Honorarprofessur für "Evaluation der Gesundheitsversorgung" an der Technischen Universität Berlin

Vorstand am Berliner Zentrum Public Health sowie bei der Deutschen Gesellschaft für Disease Management e.V.

Arbeitsschwerpunkte: Versorgungsforschung, Health Technology Assessment, Pharmakoökonomie, klinische Arzneimittelforschung, Aufbau und Evaluation neuer Versorgungsmodelle, IT-Systeme im Gesundheitswesen



Meinungen



Prof. Dr. med. Michael Schlander, M.B.A.
Vorstandsvorsitzender des gemeinnützigen
Instituts für Innovation & Evaluation im Gesund-
heitswesen (InnoVal^{HC} e. V.), Eschborn

Plädoyer für mehr begriffliche Klarheit: Was wir uns leisten können und was wir uns leisten wollen

Zur notwendigen Differenzierung von Finanzierbarkeit, Finanzierung und Finanzierungsbereitschaft im Gesundheitswesen

Große Teile der gesundheitspolitischen Debatte in Deutschland werden von der Sorge um die zukünftige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems geprägt. Der Vorstandsvorsitzende der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Bruno Müller-Oerlinghausen, fragte beispielsweise 2003: „Ist Evidenz in der GKV finanzierbar?“, um sogleich zu folgern: „Auch wenn Politikern ... der Begriff Evidence Based Medicine (EBM) flott vom Munde geht ..., so bleibt doch vielen diese Forderung im Halse stecken, wenn sie an die möglicherweise sich daraus ergebenden Gesundheitsmehrkosten denken.“¹ Bei dieser Fokussierung auf die Kosten gerät nur allzu leicht aus dem Blick, dass außer Über- und Fehlversorgung eben auch Unterversorgung eine Ursache von Ineffizienzen im Gesundheitssystem sein kann.

Letztere Ursache wird jedenfalls dann anzunehmen sein, wenn Leistungen nicht (mehr) erbracht werden (können), deren Nutzen ihre Kosten übertrifft. Auch wenn eine erkennbare Schwierigkeit in der Definition und in der Messung des Nutzens besteht, muss doch darauf aufmerksam gemacht werden, dass ein ebenso typisches wie paradoxes (weil in den meisten Fällen sicherlich ungewolltes) Ergebnis einer vorschnellen, vordergründig „ethisch“ moti-

¹ In: *Arzt & Wirtschaft* 2/2003.



vierten Weigerung gegenüber der gesundheitsökonomischen Quantifizierung des „Wertes“ von Gesundheitsgewinnen gerade darin besteht, dass dieser Wert nicht oder nur unzureichend berücksichtigt wird.

Für verschiedene innovative Therapieformen lässt sich schon jetzt eine Unterversorgung in Deutschland aus dem Abgleich der Versorgungsrealität mit bestehenden Leitlinien, aber auch aus internationalen Vergleichen ableiten. Und die von einer deutlichen Bevölkerungsmehrheit gewünschte Teilhabe am medizinischen Fortschritt wird – anders als die demographischen Veränderungen – die zukünftige Kostenentwicklung im Gesundheitswesen maßgeblich bestimmen. Allen vorliegenden Prognosen zufolge dürfte sie zu einem Ausgabenwachstum führen, welches das Wirtschaftswachstum um durchschnittlich zwei Prozentpunkte pro Jahr übersteigt². Unter der Annahme unveränderter Finanzierungsmodalitäten resultieren daraus Projektionen der Beitragssätze der GKV von bis zu 39,5 % im Jahr 2050. Modellrechnungen auf der Basis eines „reinen“ demographischen Effektes deuten demgegenüber nur auf einen moderaten Beitragssatzanstieg auf 16,5 % im Jahr 2050 hin.

Also lässt sich die Ausgangsfrage von Müller-Oerlinghausen dahingehend präzisieren, dass vor allem die zukünftige Finanzierbarkeit medizinischer Innovationen thematisiert werden muss.

Finanzierbarkeit – Versuch einer Annäherung

Eine nähere Beschäftigung mit dieser Problemstellung zeigt sehr schnell, dass eine überzeugende Definition des Begriffs „Finanzierbarkeit“ fehlt. Zieht man die klassische wirtschaftswissenschaftliche Literatur heran, so wird man (zum Beispiel) bei dem Ökonomen Sir John Hicks fündig, der 1939 folgenden Gedanken der Messung des Einkommens zugrunde legte: „The purpose of income calculations in practical affairs is to give people an indication of the amount which they can consume without impoverishing themselves.“ In freier Anlehnung an Hicks kann man die obere Grenze der Finanzierbarkeit steigender Gesundheitsausgaben dann als erreicht ansehen, wenn der gesamte für konsumtive Ausgaben zur Verfügung stehende Zuwachs des Bruttoinlandsproduktes (BIP) für zusätzliche Gesundheitsausgaben verwendet werden müsste – also genau dann, wenn der Zuwachs der Gesundheitsausgaben kein weiteres Wachstum der nicht-gesundheitsbezogenen Aufwendungen mehr zuließe. Wie die einschlägige Fachliteratur weiter zeigt, wurde ein ähnlicher Ansatz im Jahr 2000 in den Vereinigten Staaten von einem „Technical Review Panel“ angewendet, das im Auftrag der Health Care Financing Admi-

² Alle folgenden Zahlenangaben sind, soweit nicht anders gekennzeichnet, reale (inflationsbereinigte) pro-Kopf-Werte. Für die Berechnungen und die ihnen zugrunde liegenden Annahmen vgl. Michael Schlander und Oliver Schwarz: Finanzierbarkeit steigender Gesundheitsausgaben in Deutschland: eine makroökonomische Betrachtung, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Vol. 10 (3): 2005 (im Druck).



nistration (HCFA, zwischenzeitlich CMS: Centers for Medicare and Medicaid Services des U.S.-Gesundheitsministeriums) die langfristige Finanzplanung von Medicare überprüft.

Es steht außer Frage, dass zahlreiche alternative Definitionen einer oberen Finanzierbarkeitsgrenze von Gesundheitsausgaben, die schneller als das Bruttoinlandsprodukt steigen, vorstellbar sind. Der vorliegend gewählte Ansatz hat nicht nur den Vorteil, dass er auf artifizielle und gewiss kontroverse Definitionsversuche eines Minimums nicht-gesundheitsbezogener Aufwendungen verzichtet. Er ist insbesondere aussagekräftiger als reine Verhältniszahlen wie etwa der in der politischen Diskussion gebräuchliche Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (ausgedrückt in Prozent; vgl. Abb. 2); zudem verleitet er anders als dieser Quotient nicht zu der irrtümlichen Annahme, der Nenner verhalte sich etwa statisch.

Recht unkomplizierte Simulationen auf der Grundlage dieser Definition demonstrieren, dass bei schneller als das BIP wachsenden Gesundheitsausgaben die Dauer ihrer Finanzierbarkeit entscheidend vom Wirtschaftswachstum abhängt (vgl. Abb. 1).

Bei einem realen Pro-Kopf-Wirtschaftswachstum über einem Prozent pro Jahr darf demzufolge davon ausgegangen werden, dass um zwei Prozentpunkte schneller steigende Gesundheitsausgaben für mindestens fünfzig weitere Jahre oder rund zwei Generationen prinzipiell finanzierbar bleiben werden. Für die Bewertung dieser Berechnung sind angesichts der Unsicherheit des zukünftigen Wirtschaftswachstums einige Vergleichsdaten interessant.

Zukünftiges Wirtschaftswachstum

1. Das durchschnittliche jährliche Wirtschaftswachstum in Deutschland betrug in der Dekade nach der deutschen Einheit 1,2 % (alle Werte real pro Kopf).
2. Die „Rürup-Kommission“ legte ihren Berechnungen ein jährliches Wachstum von 1,7 % bis 1,8 % bis 2040 zugrunde.
3. Die „Herzog-Kommission“ nahm offensichtlich zukünftige Wachstumsraten zwischen 0,4 % und 0,9 % an; die diesbezüglichen Angaben der Kommission sind unvollständig.
4. Für ähnliche Projektionen unterstellten die Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) in den U.S.A. eine Wachstumsrate von 1,2 %.
5. Keine der beiden zitierten deutschen Kommissionen führte Szenario- oder Sensitivitätsanalysen durch, um die Robustheit ihrer Projektionen bei anderen als den angenommenen Rahmenbedingungen zu untersuchen.

Weitere Berechnungen zeigen, dass – im Unterschied zur Dauer der eingangs definierten Finanzierbarkeit – der steigende Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP sehr wenig von der Rate des künftigen Wirtschaftswachstums beein-



flusst wird. Für die Illustration des möglichen Anteils (vgl. Abb. 2) gehen wir von einem realen Pro-Kopf-Wirtschaftswachstum von 1,2 % aus.

Es zeigt sich, dass überraschend hohe – aus heutiger Sicht geradezu unglaublich anmutende – Anteile des Bruttoinlandsproduktes für Gesundheitsleistungen verwendet werden können, ohne dass in irgendeinem anderen Sektor der Volkswirtschaft deshalb Einbußen auftreten müssten – und das selbst dann, wenn ein nur moderates Wirtschaftswachstum unterstellt wird. Diese Berechnungen sind überdies insoweit konservativ, als sie von jeder positiven Wechselwirkung zwischen Gesundheitsausgaben und Wirtschaftswachstum abstrahieren.

Schlussfolgerungen

Die Behauptung einer Nichtfinanzierbarkeit des medizinischen Fortschritts oder – allgemeiner – zukünftig schneller als die Volkswirtschaft steigender Gesundheitsausgaben ist nicht haltbar, sofern auch nur ein reales Pro-Kopf-Wirtschaftswachstum in einer Größenordnung von etwa einem Prozent pro Jahr realisiert werden kann. Unter dieser Voraussetzung stellt sich stattdessen die Frage der Finanzierungsbereitschaft, die in einem hohen Maße von den Präferenzen der Bürger, distributiven Zielen sowie dem (im Einzelfall zu beweisenden) Gegenwert medizinischer Maßnahmen abhängen dürfte.

Darüber hinaus besteht an dieser Stelle Anlass, einigen denkbaren Missverständnissen entgegenzutreten.

Eine Limitation der vorliegenden Betrachtung besteht zunächst darin, dass sie von sämtlichen distributiven Aspekten abstrahiert, darunter auch der wesentlichen Frage der Ausgestaltung der tatsächlichen Finanzierung. Die Ergebnisse implizieren keinesfalls, dass ein auf vielleicht 28 oder langfristig 40 % des BIP anschwellender Gesundheitssektor vollständig kollektiv zu organisieren sei.

Weiter entbindet die Feststellung der Finanzierbarkeit in keiner Weise von der Verpflichtung, vorhandene Einspar- und Effizienzsteigerungspotentiale zu realisieren. Noch weniger dürfen sie – wie bemerkenswerterweise in einem Fall schon geschehen – als ein Zeithorizont interpretiert werden, der – womöglich im Sinne eines Abwartens – für Reformen des Gesundheitssektors verbleibe.

Ebenso wenig sind die dargelegten Berechnungen zur Finanzierbarkeit geeignet, den Blick dafür zu verstellen, dass sich weitere diskussionswürdige Aspekte aus den unvermeidlichen Trade-Offs mit anderen Bereichen, beispielsweise Investitionen in Bildung und Forschung, ergeben werden. Allerdings sollten diese politischen Debatten in einer Weise geführt werden, welche klar differenziert zwischen der Finanzierbarkeit einerseits und der Finanzierungsbereitschaft sowie der tatsächlichen Ausgestaltung der Finanzierung andererseits.



Zuletzt aber – auch dies sei angemerkt – zeigen diese Überlegungen einmal mehr, dass erfolgreiche Wachstumspolitik zwar für sich alleine genommen noch keine gute Sozialpolitik ist, wohl aber nur sie überhaupt erst die Verteilungsspielräume und damit die Voraussetzungen zu schaffen vermag für die Finanzierbarkeit der hohen Erwartungen der Bürger an das Gesundheitssystem. Dies wird vorrangig die Teilhabe am zukünftigen medizinischen Fortschritt betreffen.

Anschrift des Autors
Prof. Dr. med. Michael Schlander
InnoVal^{HC} e.V.
Rathausplatz 12-14
65760 Eschborn bei Frankfurt a.M.

Prof. Dr. med. Michael Schlander, M. B. A.
geboren im April 1959

- | | |
|-------------|---|
| 1978 - 1985 | Studium der Humanmedizin, Universität Frankfurt am Main |
| 1982 - 1987 | Wissenschaftlicher Assistent, Neuroanatomie, Universität Frankfurt am Main und Klinik für Neurologie der Universität Mainz |
| 1992 - 1994 | Betriebswirtschafts- und Management-Studium an der City University of Bellevue (Seattle), Washington |
| seit 1996 | Mitglied der Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke |
| 2002 | Aufbaustudium der Gesundheitsökonomie an der Stockholm School of Economics |
| 1987 - 2002 | Tätigkeit in leitenden Positionen der pharmazeutischen Industrie in den Funktionsbereichen Forschung & Entwicklung, Marketing & Vertrieb sowie Gesamtgeschäftsführung in Deutschland, Belgien und den USA |
| seit 2002 | Professor für Management (Gesundheitsökonomie und Innovationsmanagement) an der Hochschule für Wirtschaft, Ludwigshafen |
| seit 2005 | Gründer und Vorstandsvorsitzender des gemeinnützigen Instituts für Innovation & Evaluation im Gesundheitswesen (InnoValHC e.V.) |

Brennpunkt Gesundheitswesen

- Ordner „Brennpunkt Gesundheitswesen“ laufendes Jahr
- CD „Brennpunkt Gesundheitswesen“ 1996 - 2003

„Bad Orber Gespräche“

- Innovationen in der Arzneimitteltherapie (1996)
- Reformoptionen im Gesundheitswesen (1997)
- Szenarien im Gesundheitswesen(1998)
- Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen (1999)
- Qualitätsorientierte Vergütungssysteme in der ambulanten und stationären Behandlung (2000)
- Konfliktfeld Arzneimittelversorgung (2001)
- Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen (2002)
- Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen durch neue Versorgungsstrukturen? (2003)

Workshops

Gesundheitspolitik

- Kurswechsel in der Gesundheitspolitik? (2001)
- Perspektiven der Gesundheitspolitik – Retuschieren oder Operieren? (2002)

Arzneimittel

- Arzneimitteltherapie außerhalb der Regelversorgung (1999)
- Off-label-use – Welche Fortschritte in der Arzneimittelversorgung sind durch die Rechtsprechung des BSG vom 19.03.2002 zu erwarten? (2002)
- Die Vierte Hürde – Effizienz und Effektivität der Arzneimitteltherapie (2004)

Bitte richten Sie Ihre Bestellung an:
Schering Deutschland GmbH
Sekretariat Gesundheitswesen
Max-Dohrn-Straße 10, 10589 Berlin
e-mail: sekretariat.gesundheitswesen@schering.de

Absender: -----

