Kristian Koch

Die Pharmaindustrie als Versorgungspartner?

Mögliche Rollen für die Pharmaindustrie als Partner in der Gesundheitsversorgung

disserta Verlag

Koch, Kristian: Die Pharmaindustrie als Versorgungspartner? Mögliche Rollen für die Pharmaindustrie als Partner in der Gesundheitsversorgung, Hamburg, disserta Verlag, 2015

Buch-ISBN: 978-3-95425-814-7
PDF-eBook-ISBN: 978-3-95425-815-4
Druck/Herstellung: disserta Verlag, Hamburg, 2015
Covermotiv: © carlosgardel – Fotolia.com

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

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und die Diplomica Verlag GmbH, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Alle Rechte vorbehalten

© disserta Verlag, Imprint der Diplomica Verlag GmbH
Hermannstal 119k, 22119 Hamburg
http://www.disserta-verlag.de, Hamburg 2015
Printed in Germany

Vorwort zur aktualisierten Ausgabe

Die vorliegende Publikation basiert auf meiner Veröffentlichung aus dem Jahre 2009 zur Integrierten Versorgung und der Rolle der Pharmaindustrie an der Universität Mannheim. Die Frage nach der Rolle der Pharmazeutischen Industrie in der Versorgung ist nach wie aktuell und Gegenstand zahlreicher Diskussionen im Gesundheitswesen.

Durch die Neufassung des §140 SGB V ist es pharmazeutischen Unternehmen und Medizinproduktherstellern nunmehr seit 2011 auch möglich, als direkter Vertragspartner integrierte Versorgungsprozesse mitzugestalten. Diese aktualisierte Ausgabe trägt diesem Umstand Rechnung und analysiert die möglichen Rollen der Pharmaindustrie vor dem Hintergrund dieser neuen Rechtslage.

Für die vorliegende Ausgabe dieser Arbeit wurden zudem zahlreiche Marktdaten und Statistiken aktualisiert. Es wurden weitere aktuelle Regulierungen (z.B. Nutzenbewertung AMNOG) und Markttrends (z.B. Biosimilars, Accountable Care Organizations) in die einzelnen Kapitel aufgenommen und einzelne Fallbeispiele ersetzt bzw. ergänzt.

Kristian Koch
im Oktober 2014

Inhaltsverzeichnis

A. Tabellenverzeichnis 11
B. Abbildungsverzeichnis 12
C. Abkürzungsverzeichnis 14
1 Problemstellung und Analyserahmen 19
1.1 Relevanz des Themas und Ziele 19
1.2 Aufbau der Arbeit und Begriffsklärungen 22
2 Zentrale Defizite der Gesundheitsversorgung in Deutschland 26
2.1 Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung 26
2.1.1 Die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen 26
2.1.2 Die einzelnen Leistungssektoren 29
2.2 Herausforderungen und Strukturprobleme der GKV 36
2.2.1 Erosion der Einnahmebasis und systemexterne Kostensteigerungen 36
2.2.2 Ineffizienzen in der Leistungserstellung 37
2.3 Zwischenfazit 40
3 Integrierte Versorgungsstrukturen in Deutschland 42
3.1 Elemente von Managed Care 42
3.1.1 Definition und Ziele 42
3.1.2 Organisationsformen und Instrumente von Managed Care 44
3.1.3 Versorgungsstrukturen in den USA und der Schweiz 56
3.2 Entwicklung in der GKV 61
3.2.1 Strukturverträge und Modellvorhaben 62
3.2.2 Integrierte Versorgungformen nach § 140a-d SGB V 64
3.2.3 Disease Management Programme 70
3.2.4 Hausarztzentrierte Versorgung 72
3.2.5 Besondere ambulante ärztliche Versorgung 74
3.3 Erweiterte Rolle der Leistungserbringer 75
3.3.1 Medizinische Versorgungszentren 76
3.3.2 Flexibilisierte Zulassungsverordnung der Ärzte 78
3.3.3 Dienstleistungsgesellschaften der KVen 80
3.3.4 Ambulantes Operieren und Spezialfachärztliche Versorgung 81
3.4 Perspektiven verschiedener Versorgungsformen 83

3.5 Zwischenfazit 88

4 Die Rolle des Arzneimittels im Versorgungsprozess 90

4.1 Arzneimitteleinsatz in der GKV 90

4.1.1 Definition, Zulassung und Erstattung 90

4.1.2 Marktstruktur und Umsatzentwicklung 92

4.2 Prozess der Arzneimittelnachfrage 95

4.2.1 Dreiteilung der Arzneimittelnachfrage 95

4.2.2. Arzneimittel als Inputfaktoren im Versorgungsprozess 98

4.3 Steuerungsmechanismen in der herkömmlichen Versorgung 101

4.3.1 Patientenebene 102

4.3.2 Leistungserbringerebene 103

4.3.3 Erstattungsebene: Kostenträger und Regulator 105

4.3.4 Apothekerebene: Substitution und Management 110

4.4 Zwischenfazit 111

5 Die Rolle der Pharmaindustrie in Deutschland 114

5.1 Die Pharmaindustrie in Deutschland 114

5.1.1 Umsatz, Beschäftigung und Branchenstruktur 114

5.1.2 Das Geschäftsmodell 117

5.1.3 Marketing und Vertrieb 121

5.2 Einbindung in die Versorgung 125

5.2.1 Vertragliche Beziehungen in der herkömmlichen Versorgung 126

5.2.2 Selektive Rabattverträge 127

5.2.3 Einbindung in die Integrierte Versorgung 132

5.3 Zwischenfazit 135

6 Ansatzpunkte der Integration 137

6.1 Auswirkungen auf das Geschäftsmodell 137

6.1.1 Veränderte Kundengruppen 137

6.1.2 Einfluss auf das Preisniveau 140

6.1.3 Quantitative Auswirkungen 142

6.2 Motive der Pharmaindustrie für ein Engagement 144

6.2.1 Integration als Mittel zum Zweck 145

6.2.2 Integration in Abhängigkeit des Produktlebenszyklus 146

6.3 Gründe für die Integration Dritter 151

6.3.1 Produktion von Gesundheit in besonderen Versorgungsformen 151
6.3.2 Optimierung der Produktion durch Dritte 153
6.3.3 Teilnahmebedingungen potenzieller Vertragspartner 161
6.4 Zwischenfazit 163

7 Mögliche Rollen und Aufgaben der Pharmaindustrie 164
7.1 Abgrenzung möglicher Rollen 164
7.2 Steuerungspartner in der Arzneimitteltherapie 166
7.2.1 Steuerung durch alternative Vergütungssysteme 166
7.2.2 Risk-Sharing-Verträge 168
7.2.3 Drug-Capitation 175
7.2.4 Anreizwirkungen und Rollen der Beteiligten 180
7.3 Partner in der Prozessoptimierung 183
7.3.1 Eigenschaften versorgungsnaher Dienstleistungen 184
7.3.2 Versorgungsnahe Dienstleistungen 186
7.3.2.1 Prävention 187
7.3.2.2 Diagnose 191
7.3.2.3 Verordnung 196
7.3.2.4 Verwendung 199
7.3.3 Partner in der Versorgungsforschung 208
7.4 Pharmazeutische Unternehmen als Strukturpartner 214
7.4.1 Managementpartner 214
7.4.2 Financier und Initiator 219
7.5 Alternative Anbieter zur pharmazeutischen Industrie 226
7.5.1 KVen und deren Dienstleistungsgesellschaften 226
7.5.2 Die Krankenkassen 227
7.5.3 Krankenhäuser 229
7.5.4 Sonstige Dritte 232
7.6 Zwischenfazit 234

8 Umsetzung durch das Pharmaunternehmen 236
8.1 Bewertungskriterien 236
8.1.1 Extern 237
8.1.2 Intern 239
8.2 Umsetzungsprobleme und Erfolgsfaktoren 240

8.3 Anpassung interner Strukturen und Prozesse 245
8.2.1 IV-Key Account Management 246
8.2.2 Prozessveränderungen durch die Integrierte Versorgung 248

9 Fazit und Ausblick 251
Literaturverzeichnis 253

A. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mitgliederverteilung der Gesetzlichen Krankenkassen 28
Tabelle 2: Ausgabenstruktur der GKV 1993 bis 2013 30
Tabelle 3: Übersicht von Versorgungsmodellen nach dem 2. NOG 63
Tabelle 4: Möglichkeiten des sektorübergreifenden Wettbewerbs 75
Tabelle 5: Kennzahlen zur Integrierten Versorgung 2004-2008 86
Tabelle 6: GKV-Umsatz Top 5 Pharmaunternehmen (2012, Mio. €) 116
Tabelle 7: Alternative Arzneimittelsteuerung 168
Tabelle 8: Essentielle Bausteine eines Businessplans 216
Tabelle 9: Integration bezüglich Finanzierung und Konzeption 219

B. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Krankenhausversorgung in Deutschland 1991-2012 (Index 1991=100) 32
Abbildung 2: Anzahl Haus- und Fachärzte in Deutschland (1993-2010) 35
Abbildung 3: Strukturelle Defizite im deutschen Gesundheitswesen 37
Abbildung 4: Organisationsformen und Instrumente in Managed Care-Konzepten 45
Abbildung 5: Organisationsformen und Elemente der integrierten Versorgung 62
Abbildung 6: Integrationstiefe und –breite im Versorgungsprozess 69
Abbildung 7: Entwicklung von Patienten pro Vertrag und Vergütung pro Patient 87
Abbildung 8: Entwicklung der Arzneimittelausgaben (Index 1993 = 100) 93
Abbildung 9: Beziehungen zwischen Arzt, Krankenkasse und Versicherten/Patient 96
Abbildung 10: Prozess der Nachfrage nach Arzneimitteln 97
Abbildung 11: Der Zusammenhang von Effizienz und Effektivität 100
Abbildung 12: Prozss der Nutzewenbewertung nach §35a SGB V 109
Abbildung 13: Kostenstruktur ausgewählter Pharmaunternehmen (∅ 2004-06) 122
Abbildung 14: Rabattverträge in der Integrierten Versorgung 128
Abbildung 15: Möglichkeiten der Beteiligung von Pharma an der IV 134
Abbildung 16: Indikationen mit Unterversorgung (Anteil und Anzahl Patienten) 143
Abbildung 17: Der Produktlebenszyklus in der Pharmaindustrie 148
Abbildung 18: Wertschöpfungskette nach Porter 156
Abbildung 19: Kostenstruktur bei erweiterter Leistungserbringung 162
Abbildung 20: Mögliche Rollenstruktur für das Pharmaunternehmen 165
Abbildung 21: Gewinnkalkül in einem Risk-Sharing-Modell 174
Abbildung 22: Elemente einer Portfolio-Capitation 178
Abbildung 23: Veränderte Risikostruktur bei Regelvergütung und Drug-Capitation 183
Abbildung 24: Produktkern und Kernnutzen 185
Abbildung 25: Versorgungsnahe Dienstleistungen und Adressaten 186
Abbildung 26: Compliance-fördernde Dienstleistungen (substitutiv und additiv) 203
Abbildung 27: Ergänzung klinischer Forschung durch Versorgungsforschung 211
Abbildung 28: Beziehungen eines Versorgungsnetzes zu Dritten 217
Abbildung 29: MediX Position zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern 225
Abbildung 30: Überblick Beteiligte im „Rheumavertrag“ der TK 228
Abbildung 31: Mögliche Struktur eines Krankenhauskonzerns 231
Abbildung 32: Segmente des Arzneimittelmarktes 239
Abbildung 33: Planung und Umsetzung der Integrierten Versorgung 241

Abbildung 34: Rolle des IV Key Account Managers im Unternehmen 247
Abbildung 35: Prozessmanagement beim Engagement in der IV..... 249

C. Abkürzungsverzeichnis

ABAG	Arzneimittel-Ablösungsgesetz
Abs.	Absatz
ACO	Accountable Care Organization
AMG	Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz)
AMNOG	Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
AOP	Ambulantes Operieren
ASV	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
AVP	Apothekenverkaufspreis
AVWG	Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BÄO	Bundesärzteordnung
BAH	Bundesverband der Arzneimittelhersteller
BdP	Bundesverband der Pharmaberater
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit *(seit November 2005)*
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung *(bis Oktober 2005)*
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH
bzgl.	Bezüglich
CDU	Christlich Demokratische Union
CME	Continuous Medical Education
c.p.	ceteris paribus

CSU	Christlich Soziale Union
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DDD	Daily defined doses
D-GSB	Deutsche Gesundheitssystemberatung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKV	Deutsche Krankenversicherung
DMP	Disease Management Programm
DRGs	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EFPIA	European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations
EMA	European Medicines Agency
EU	Europäische Union
F&E	Forschung & Entwicklung
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum/ Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEK	Gmündener Ersatzkasse *(seit Januar 2010 fusioniert mit der Barmer Ersatzkasse zur Barmer GEK)*
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-NOG	GKV-Neuordnungsgesetz
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HIE	Health Insurance Experiment
HMO	Health Maintenance Organization
Hrsg.	Herausgeber
HWWI	Hamburgisches WeltWirtschaftsInstitut

I3G	Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen GmbH
IDS	Integrated Health Care Delivery Systems
IPA	Idependent Practitioner Association
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IT	Informationstechnologie
IV	Integrierte Versorgung
Jhrg.	Jahrgang
KAM	Key Account Management
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausgesetz
KHK	Koronare Herzkrankheiten
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MBO-Ä	Musterberufsordnung-Ärzte
MCO	Managed Care Organization
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
MSO	Management Service Organization
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Clinical Excellence
OTC	Over-the-counter
PBM	Pharmacy benefit manager
PE	Packungseinheiten
PHO	Physicians Hospital Organization
PKV	Private Krankenversicherung
PLZ	Produktlebenszyklus
PPAC	Patient Protection Affordable Care Act
PPO	Preferred Provider Organization

RSA	Risikostrukturausgleich
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch -Fünftes Buch
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SVR	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen *(seit 2004: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)*
u.a.	unter anderem
UK	Universitätsklinikum
unv.	unveröffentlicht
VFA	Verband Forschender Arzneimittelhersteller
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
VO	Verordnungen
WIdO	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen
WHO	World Health Organization
WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz
z.B.	zum Beispiel
Ziff.	Ziffer
ZV	Zulassungsverordnung

1 Problemstellung und Analyserahmen

1.1 Relevanz des Themas und Ziele

Das deutsche Gesundheitssystem ist geprägt durch eine strikte sektorale Trennung des ambulanten und stationären Sektors. Diese sektorale Trennung der Versorgungsstrukturen und die steigende Komplexität der Behandlungsprozesse vor allem bei chronischen Krankheitszuständen führen zu einer begrenzten Problemlösungskapazität des deutschen Gesundheitswesens. Gerade in der Kooperation und Koordination der einzelnen Versorgungsbereiche sind noch erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven im deutschen Gesundheitswesen zu erwarten.[1]

Der Gesetzgeber hat diesem Umstand Rechnung getragen, indem im Zuge adaptiver Reformen des Gesundheitssystems das Paradigma der korporatistischen Steuerung durch die Selbstverwaltung zugunsten neuer Steuerungsmodelle auf Ebene der Individualakteure aufgebrochen wurde.[2] Insbesondere über die Neufassung des § 140a-d SGB V wurde der Weg zu einer „übergreifenden Versorgung der Versicherten“[3] durch Formen der integrierten Versorgung freigemacht. Die befristete, gesetzlich festgelegte Anschubfinanzierung dieser Versorgungsformen hat seit Inkrafttreten der Regelung zu einem starken Wachstum der Projekte integrierter Versorgungsformen geführt, die in der Regel lokal begrenzt und bezüglich ihres Integrationsgrades äußerst heterogen sind.[4] Im Gegensatz zu einer lediglichen Kooperation von bestehenden Einheiten im Gesundheitswesen entstehen mit steigendem Integrationsgrad zunehmend neue Organisationseinheiten in der Gesundheitsversorgung, bei denen Schnittstellen zwischen den einzelnen Elementen minimiert werden und Aufgaben der Administration, Qualitätssicherung u.a. an die übergeordnete Ebene delegiert werden können.[5] Diese neuen Versorgungsformen haben somit nicht nur Auswirkungen auf die Organisation des Versorgungsprozesses mit Hinblick auf die Zielparameter Qualität und Wirtschaftlichkeit, sondern auch auf die Beteiligung Dritter am Versorgungsprozess. Dritte sehen sich im Gesundheitswesen daher neuen Kunden und Partnern in neuen Strukturen gegenüber. Insbesondere die Pharmaindustrie und die Medizinproduktindustrie stehen in Zukunft im

1 vgl. SVR(2003), Ziffer 674
2 vgl. Gerlinger(2002), S.7
3 §140a Abs. 1 SGB V
4 Die Anzahl der zum 31. Dezember 2007 bei der Gemeinsamen Regulierungsstelle zur Unterstützung zur Umsetzung des §140 d SGB V gemeldeten Verträge zur Integrierten Versorgung betrug 5.345 inkl. KV-Region übergreifende Verträge. Das entsprechende Vergütungsvolumen betrug knapp 840 Mio €. (vgl. auch Kapitel 3.4.1)
5 vgl. Mühlbacher(2002), S.64

Einzelfall möglicherweise einem Vertragspartner mit teilweise erheblicher lokaler Marktmacht gegenüber, der beispielsweise über Behandlungsleitlinien, Arzneimittellisten und Rabattverträge die Mengen- und Preiskomponente des Umsatzes des Herstellers beeinflussen kann.

Neue Versorgungsformen im Gesundheitswesen werden bereits seit Jahren ausführlich in der relevanten Literatur diskutiert. Einen grundlegenden Überblick zu den Grundlagen von Managed Care und der Übertragung einzelner Elemente und Instrumente auf das deutsche Gesundheitswesen bieten BAUMANN/STOCK (1996), WIECHMANN (2003) sowie AMELUNG/SCHUMACHER (2004). In allen diesen Arbeiten werden Managed Care Organisationsformen und einzelne Instrumente getrennt betrachtet. Als Referenzländer zur Illustration der Entwicklung von Managed Care dienen in allen drei Fällen die USA und die Schweiz.[6]

Diese größtenteils deskriptiven Arbeiten zur Übertragung von Managed Care Konzepten auf das deutsche Gesundheitswesen und die Darlegung der entsprechenden Vorschriften des Sozialgesetzbuches Fünf (SGB V) sind jedoch nicht hinreichend für ein vertiefendes Verständnis der neuen Versorgungsformen. Aktuelle Arbeiten widmen sich daher verstärkt Teilaspekten der Integrierten Versorgung oder bedienen sich alternativer Sichtweisen, um das Verständnis für die hinter den Strukturen liegenden Prozesse transparent zu machen und Handlungsempfehlungen zu geben. Einen ersten umfassenden Überblick der Integrierten Versorgung aus der Sichtweise eines Unternehmensnetzwerkes bietet MÜHLBACHER (2002). Dabei vertritt der Autor die These, dass beim Aufbau integrierter Versorgungsformen neue Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung eingeführt werden. Dies setzt den Aufbau eines professionellen Managementsystems voraus, welches ein erfolgreiches Kosten-, Schnittstellen- und Informationsmanagement erlaubt.[7] Mit der Frage nach der optimalen Vergütung in integrierten Vergütungsformen fokussiert sich GÜSSOW (2007) auf die Analyse eines weiteren, wichtigen Erfolgsfaktors für prozessorientierte Strukturen und zeigt auf, wie die Weiterentwicklung sektoraler Vergütungssysteme im deutschen Gesundheitswesen einen Beitrag zur Prozessorientierung und Prozessqualität leisten kann.[8] SOHN (2006) wiederum dient die Kenngröße der Effizienz als roter Faden zur Bewertung einzelner Instrumente in neuen Versorgungsformen, wobei er auch explizit die Pharmakotherapie als Ansatzpunkt einer

[6] Auch diese Arbeit folgt dieser schrittweisen Aufarbeitung des Themenkomplexes Managed Care in verkürzter Form

[7] vgl. Mühlbacher(2002)

[8] vgl. Güssow(2007)

effizienten Versorgung thematisiert.[9] Diese Arbeiten spannen zudem den Bogen von der theoretischen Betrachtung und Analyse von Versorgungsstrukturen und -prozessen bis zu Empfehlungen bezüglich der organisatorischen Umsetzung einzelner Aspekte.

Die relevante Literatur zu den Themen Managed Care und Formen der Integrierten Versorgung ist insgesamt von einem Wechsel theoretischer Konzepte und praxisorientierten Fallbeispielen geprägt, auch wenn eine systematische Evaluation über den Rahmen einzelner Projekte hinaus -bedingt durch die heterogene Ausprägung integrierter Versorgungskonzepte- fehlt. Darstellungen und Evaluationen von konkreten Projekten beziehen sich in der Mehrzahl der Fälle auf die Ausgestaltung von Manged Care in den USA und der Schweiz.[10] Für das deutsche Gesundheitswesen liegen Projektbeschreibungen und –evaluationen schwerpunktmäßig für Ärztenetze und Modellvorhaben vor, bei denen eine Evaluation gesetzlich vorgeschrieben ist.[11] Mit WEATHERLY ET AL (2007) liegt zudem ein umfassender Überblick zu 25 Projekten der Integrierten Versorgung gemäß § 140a-d SGB V und Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) vor. Es wird zudem von den Autoren versucht, diese anhand eines einheitlichen Rasters entlang der Dimensionen Gesundheitspolitik, Patient, Leistungserbringer und Leistungsfinanzierung zu bewerten.

Neben den ärztlichen Leistungserbringern ist auch die pharmazeutische Industrie aus verschiedenen Gründen im besonderen gefordert, geeignete Strategien als Antwort auf die zunehmenden Integrationstendenzen auf der Ebene der Leistungserbringer zu finden und ihre Rolle im Gesundheitssystem neu zu formulieren. Zum einen übt der Gesetzgeber aufgrund überproportionaler Ausgabensteigerungen für Arzneimittel im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zunehmend Druck auf die Selbstverwaltung aus, was eine Verlagerung der Entscheidungskompetenzen für die Arzneimittelbudgets auf die Ebene der Leistungserbringer zur Folge haben wird.[12] Zudem erleichtert der hohe Homogenitätsgrad pharmazeutischer Produkte -insbesondere nach Patentablauf des entsprechenden Wirkstoffs- die Substitution einzelner Produkte.[13] Eine aktive und gestaltende Teilnahme an der Weiterentwicklung neuer Versorgungsformen wird daher möglicherweise zur strategischen Notwendigkeit der Pharmaindustrie. Mit Inkrafttreten des AMNOG ist pharmazeutischen Unternehmen zudem seit einigen Jahren eine direkte Beteiligung am Versorgungsprozess möglich.

---

9 vgl. Sohn(2006), S.129ff
10 vgl. Amelung/Schumacher(1999), Janus/Amelung(2004), Feser(2000), Werblow(2004)
11 vgl. Baur/Stock(2002), Rost(2002)
12 vgl. BMGS(2005)
13 vgl. Güttinger/Haldner(2001), S.82

Diese Arbeit versucht somit, eine Lücke in der wissenschaftlichen Forschung zu schliessen, indem sie Handlungsoptionen Dritter unter besonderer Berücksichtigung der pharmazeutischen Industrie unter den neuen Rahmenbedingungen integrierter Versorgungsformen aufzeigen möchte.

Dabei werden neue Versorgungskonzepte in der Integrierten Versorgung untersucht und die Möglichkeiten einer Beteiligung pharmazeutischer Hersteller als Partner in der Gesundheitsversorgung geprüft. Diese Analyse umfasst sowohl die Integration der Pharmaindustrie als unterstützenden Partner in etablierten Versorgungskonzepten als auch die eigenständige Initiierung und Implementierung neuer Versorgungskonzepte durch die Pharmaindustrie. Ziel dieser Analyse ist es, Instrumente und Organisationsformen des Gesundheitsmanagements zu identifizieren, die es einzelnen pharmazeutischen Unternehmen erlauben, sich als Partner in neuen Versorgungskonzepten zu etablieren. Dabei werden sowohl Gründe für eine Partnerrolle der Pharmaindustrie analysiert als auch konkrete Rollen und die Umsetzung der Beteiligung betrachtet. Gleichzeitig soll eine derartige Beteiligung der Pharmaindustrie im Versorgungsprozess einen Beitrag zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung liefern.

1.2 Aufbau der Arbeit und Begriffsklärungen

Der Hauptteil dieser Arbeit wird in Kapitel 2 mit einer kurzen Darstellung des deutschen Gesundheitssystems eingeleitet, in der die Defizite und Herausforderungen der GKV deutlich werden, wobei im besonderen auf die Reformoptionen der Leistungsseite eingegangen wird. Die aus dieser Situation resultierende Einführung neuer Versorgungsformen wird anschließend in Kapitel 3 diskutiert. Dabei werden die Prinzipien von Managed Care erläutert und die Entwicklung neuer Versorgungsformen und die Veränderung der Rolle der Leistungserbringer, sowie auch die Erfolgsfaktoren und Umsetzungsschwierigkeiten der Vernetzung der Leistungsbereiche dargestellt, die für die Integration neuer Partner in den Versorgungsprozess von besonderem Interesse sind.

Die Beteiligung der Pharmaindustrie wird in den Kapiteln 4 und 5 diskutiert. Eine notwendige Voraussetzung für eine vertiefende Diskussion der Rolle der Pharmaindustrie im Versorgungsprozess ist die Kenntnis über den Beitrag der Pharmakotherapie zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung, welche Kapitel 4 thematisiert. Im weiteren Verlauf

(Kapitel 5) wird die Rolle der Pharmaindustrie im derzeit geltenden System der GKV und ihr derzeitiges Geschäftsmodell dargestellt. Aufbauend darauf werden in Kapitel 6 Auswirkungen der Integrierten Versorgung auf die Pharmaindustrie und Motive für ihre Integration und Rolle als Partner in der Integrierten Versorgung erörtert.

Abgeleitet aus den Analysen bezüglich Marktumfeld und Industrie werden in Kapitel 7 die möglichen Rollen und Aufgaben der Pharmaindustrie betrachtet und an nationalen und internationalen Fallbeispielen dargestellt. Welche Kriterien und Voraussetzungen bei der Umsetzung einzelner Aufgaben eine Rolle spielen, sowie konkrete Empfehlungen in Abhängigkeit des entsprechenden Unternehmenstyps für das Engagement der Pharmaindustrie in neuen Versorgungsformen werden in Kapitel 8 hergeleitet. Die Arbeit schließt mit einem Fazit und Ausblick (Kapitel 9).

Begriffsklärungen

Zunächst gilt es, den Begriff der *Integration* von ähnlichen Begriffen wie der *Verzahnung*, *Koordination* und *Kooperation* abzugrenzen. Die verstärkte *Verzahnung* der einzelnen Leistungsbereichen ist von den Akteuren im Gesundheitswesen schon vor Jahrzehnten als notwendiger Schritt im Rahmen der Reformen der Versorgungsstrukturen identifiziert worden.[14] Verzahnung bedeutet -anders als Integration- keine Synthese von Einheiten, sondern lediglich den Aufbau und die Etablierung von dauerhaften Beziehungen zwischen den einzelnen Einheiten. Verzahnung ist somit ein erster, förderlicher Schritt hin zur Integration, sofern sie in ihrem instrumentellen Charakter als Teil einer umfassenden Integrationsstrategie verstanden wird.[15]

Der Begriff der *Integration* bezeichnet im Allgemeinen die „[Wieder]herstellung einer Einheit [aus Differenziertem]“[16] bzw. aus einer prospektiven Perspektive die „Eingliederung in ein größeres Ganzes“[17] Der Ansatz integrierter Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen versucht somit, den Versorgungsprozess als Aufgabe einer größeren Einheit zu sehen und die einzelnen Leistungserbringer in diese größere Einheit zu *integrieren*.[18] Integration hat in diesem Zusammenhang lediglich instrumentalen Charakter; den normativen Charakter der Integration im Gesundheitswesen macht folgende Definition deutlich:

---

[14] vgl. Wasem(2003), S. 5
[15] vgl. Kühn(2001), S. 9
[16] Duden Fremdwörterbuch(1990[5]), S. 354
[17] Duden Fremdwörterbuch(1990[5]), S. 354
[18] vgl. Mühlbacher(2002), S.18

„Integration hat zum Ziel, umfassende, koordinierte und kontinuierliche Dienstleistungen bereitzustellen und für einen nahtlosen Versorgungsprozess zu sorgen. Integration führt Fälle und Informationen über Fälle zusammen, die in unterschiedlichen Einrichtungen, Versorgungsebenen und über Zeitverläufe (am besten über die gesamte Lebensspanne) hinweg auftreten.“[19]

Es wird deutlich, dass die *Koordination* der im Versorgungsprozess erbrachten Dienstleistungen nur einen Aspekt einer erfolgreichen Integration darstellt. Die Notwendigkeit der Koordination erfolg zwangsläufig mit zunehmender Spezialisierung und Arbeitsteilung der Leistungserbringer. Im deutschen Gesundheitswesen erfolgt die Koordination der Ressourcen insbesondere durch die Akteure der Selbstverwaltung (Kassenärztliche Vereinigungen, Spitzenverbände der Krankenkassen, Bundesverband der Krankenhausgesellschaften) in Form der korporatistischen Steuerung.[20]

Ein entscheidendes und notwendiges Ziel der *Koordination* muss es sein, die Zusammenarbeit bzw. *Kooperation* der einzelnen Leistungsanbieter dauerhaft zu gewährleisten. *Kooperation* (Zusammenarbeit) ist hierbei definiert als die „ [...] Zusammenarbeit verschiedener [Wirtschafts]partner, von denen jeder einen bestimmten Aufgabenbereich übernimmt.“[21] Voraussetzung einer erfolgreichen Kooperation ist zudem die Entwicklung gemeinsamer Zielvorstellungen und Werte der Kooperationspartner. Die organisatorische Umsetzung einer erfolgreichen Integrationsstrategie ist somit vor allem eine Frage des erfolgreichen Aufbaus kooperativer Strukturen und Prozesse innerhalb des neuen integrierten Ganzen.

Im Rahmen dieser Arbeit wird daher bewusst der Begriff der *Kooperation* gewählt, wenn es um die Rolle der Pharmaindustrie gegenüber den weiteren Leistungserbringern und Akteuren der Selbstverwaltung geht, da er die langfristige Zusammenarbeit von (Sub-)Systemen auf Grundlage gemeinsamer Zielvorstellungen am besten zum Ausdruck bringt. Der Begriff der *Integration* wird lediglich in Bezug auf die *prozessuale Integration* der Pharmaindustrie in den Versorgungsprozess verwendet.

Eine weitere Begriffsabgrenzung ist für den Themenkomplex der unterschiedlichen Versorgungsformen in der GKV angezeigt. Dabei gilt es die Verwendung der Begriffe *Regelversor-*

---

[19] Donaldson(1996), S.32; Übersetzung und zitiert nach Kühn(2001), S. 9
[20] vgl. Noweski (2004), S.14
[21] vgl. Duden Fremdwörterbuch (1990[5]), S. 430

gung, *herkömmliche Versorgung*, *besondere Versorgungsformen* und *Formen der Integrierten Versorgung* (oder: *Integrierte Versorgung*) in dieser Arbeit abzugrenzen.

Als *herkömmliche Versorgung* wird dabei die Versorgung bezeichnet, wie sie im SGB V standardmäßig im Rahmen des kollektivvertraglichen Versorgung von den Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt, von den Leistungserbringern erbracht und von den Krankenkassen erstattet wird. Als *besondere Versorgungsformen* werden Versorgungsformen mit Managed Care Elementen bezeichnet. Mit Einführung der Wahltarife hat der Gesetzgeber die besonderen Versorgungsformen in § 53 SGB V abschließend definiert. Demnach sind die Modellvorhaben (§ 63), die Strukturverträge (§ 73a), die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b), die besondere ambulante Versorgung (§ 73c), die integrierten Versorgungsformen (§ 140a-d) und die strukturierten Behandlungsprogramme (§ 137f-g) den besonderen Versorgungsformen zuzuordnen.[22]

Einige der besonderen Versorgungsformen zielen auf eine stärkere sektorübergreifende Kooperation und Integration der Leistungserbringer ab. Hierzu gehören die Modellvorhaben, die strukturierten Behandlungsprogramme sowie die integrierten Versorgungsformen gemäß § 140a-d SGB V. Diese werden als *Formen der Integrierten Versorgung* bezeichnet. Die herkömmliche Versorgung und die besonderen Versorgungsformen -mit Ausnahme der Modellvorhaben[23]- bilden gemeinsam das Spektrum der *Regelversorgung* in der GKV.

Der Begriff *Integrierte Versorgung* ist am weitesten gefasst und umschreibt im Rahmen dieser Arbeit das Leitbild einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung in der GKV mithilfe einer verstärkten Kooperation und Integration der Akteure im Gesundheitswesen. Die Maßnahmen zur Erreichung dieses Zieles umfassen sowohl die besonderen Versorgungsformen als auch sonstigen Maßnahmen wie z.B. die Erweiterung der Rolle der Leistungserbringer oder auch die Integration Dritter in die Strukturen und Prozesse der Gesundheitsversorgung.

[22] vgl. §53 Abs. 3 SGB V

[23] Für die Modellvorhaben ist eine Evaluation zwingend erforderlich. Sie sind zudem zeitlich befristet (vgl. Kapitel 3.2.1)

2 Zentrale Defizite der Gesundheitsversorgung in Deutschland

In den folgenden Abschnitten wird eine Übersicht über die derzeitigen Strukturen der Gesundheitsversorgung in Deutschland sowie Defizite und Reformoptionen der Gesetzlichen Krankenversicherung gegeben. Die Ausführungen beschränken sich dabei auf die Darstellung der Daten und Fakten, die zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit notwendig erscheinen.[24]

2.1 Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die GKV ist gemäß § 1 SGB V eine Solidargemeinschaft mit der Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern. Die GKV stellt die Gesundheitsversorgung von 69,7 Mio. Menschen, also über 85% der deutschen Bevölkerung sicher (Stand: 2012), die als direkte Mitglieder oder im Rahmen der Familienversicherung gesetzlich krankenversichert sind.[25] Insgesamt betrugen 2012 die Ausgaben zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit sowie der Minderung von Krankheitsfolgen in der Bundesrepublik Deutschland über alle Leistungsbereiche und Ausgabenträger 300,4 Mrd. €. Dies entspricht einem Anteil von 11,3% am BIP.[26] Hiervon entfiel der mit Abstand größte Anteil von 57,4% (172,4 Mrd. €) auf die Gesetzlichen Krankenkassen.[27]

2.1.1 Die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen

Neben den Leistungserbringern stellen die gesetzlichen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die wichtigsten Akteure in der GKV dar. Grundprinzipien der Gesundheitsversorgung in der GKV sind hierbei die Selbstverwaltung von KVen und Krankenkassen sowie die solidarische Finanzierung des Gesundheitssystems, die im Wesentlichen über einen festen Prozentsatz des Brutto-Arbeitsentgeltes, Renten und sonstigen Versorgungsbezügen sowie einen krankenkassenindividuellen Zusatzbeitrag erfolgt. Es gilt das

[24] Für einen vollständigen Überblick zum deutschen Gesundheitswesen und möglichen Reformoptionen der Finanzierungs- und Leistungsseite sei an dieser Stelle auf die Literatur verwiesen. Zum Gesundheitssystem in Deutschland vgl. Beske/Hallauer (1999) oder Simon(2005). Zu den Reformoptionen der GKV siehe Beske/Drabinski (2004); Zok(2003) sowie SVR(diverse Jahrgänge)

[25] vgl. BMG(2014). Die übrigen Bundesbürger sind in der Privaten Krankenversicherung (PKV) versichert, bei der die Beiträge der Mitglieder morbiditätsadäquat und im Rahmen eines Kapitaldeckungsverfahrens kalkuliert werden.

[26] vgl. Statistisches Bundesamt (2014), Abschnitt 5

[27] vgl. Statistisches Bundesamt (2014), Abschnitt 1

Prinzip der freien Arztwahl für die Versicherten der GKV, wobei Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen einen gemeinsamen Sicherstellungsauftrag haben. Hierfür schließen die Krankenkassen Verträge mit den Verbänden der Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen, den KVen und Landeskrankenhausgesellschaften, ab. Die von den Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen werden von der GKV weitgehend nach dem Sachleistungsprinzip erstattet.[28] Die Finanzierung der Leistungen erfolgt nach dem Umlageverfahren, d.h. die Ausgaben werden aus laufenden Einnahmen der Beitragszahler finanziert; morbiditätsorientierte Kapitalrückstellungen für die einzelnen Versicherten -wie im Geschäftsmodell der Privaten Krankenversicherung üblich- werden nicht getätigt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen

Zu den Hauptaufgaben der KVen gehört die Erfüllung der ihnen durch das SGB V übertragenen Aufgaben[29], die Sicherstellung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung[30], die Vertretung der Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen und die Überwachung der Pflichten der Vertragsärzte.[31] Insgesamt existieren bundesweit 18 KVen in 17 KV-Bezirken.[32]

Die Rolle der KVen als gesetzliche Interessenvertretung der Ärzte ist historisch bedingt. 1900 schlossen sich die Ärzte im Verband der Ärzte Deutschlands (später: Hartmannbund) zusammen, um kollektiv mit den Krankenkassen Leistungsumfang und Vergütungsstrukturen und –abrechnung auszuhandeln.[33]. 1931 erhielt die Ärzteschaft im Rahmen der Notverordnung das Recht zur Errichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner der Krankenkassen, womit die Aufgabe zur Wahrung der Rechte der Kassenärzte auf eine Körperschaft des öffentlichen Rechts verlagert wurde.[34] Mit Inkrafttreten des Gesetzes über das Kassenarztrecht wurde 1955 die Rechtslage der 30er Jahre im Wesentlichen wiederhergestellt. Zur Finanzierung der Aufgaben der KVen wird ein prozentualer Anteil der Arzthonorare einbehalten.

---

[28] vgl. Wiechmann(2003), S.11
[29] vgl. § 77 SGB V
[30] vgl. § 75 SGB V
[31] vgl. § 75 SGB V Abs. 2)
[32] In jedem der 16 Bundesländer ist eine KV tätig. Lediglich in Nordrhein-Westfalen existieren zwei KV Bezirke (Nordrhein, Westfalen-Lippe)
[33] vgl. Behaghel (1994), S.37
[34] vgl. KBV-Internetseiten, Rubrik Wir über uns

Mit der Einführung der Integrierten Versorgung hat der Gesetzgeber auch versucht, die monopolistische Position der KVen bei der Vertragsverhandlung mit den Krankenkassen zu schwächen, indem die KVen explizit als Vertragspartner von integrierten Versorgungsformen gemäß §140a-d SGB V ausgenommen wurden.[35]

Die gesetzlichen Krankenkassen

Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen ist es, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern".[36] Derzeit (Stand: Dezember 2013) gibt es 6 Kassenarten und 134 bundesweit oder regional organisierte Krankenkassen, von denen die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) und die Ersatzkrankenkassen mehr als Zweidrittel aller Mitglieder betreuen.[37] Die Mitgliederzahlen der einzelnen Krankenkassen schwanken dabei erheblich.[38] Zudem verfügen einige Allgemeine Ortskrankenkassen (z.B. AOK Bayer, AOK Baden-Württemberg) regional über erhebliche Marktanteile und entsprechende Marktmacht.

Tabelle 1: Mitgliederverteilung der Gesetzlichen Krankenkassen

Krankenkassenart	Anzahl	Organisation	Mitglieder	% aller GKV-Versicherten
Ersatzkrankenkassen	6	Vorwiegend bundesweit	25,74 Mio	36,9%
Allgemeine Ortskrankenkassen	11	Regional	24,33 Mio	34,9%
Betriebskrankenkassen	109	Regional und bundesweit	11,65 Mio	16,7%
Knappschaft- Bahn-See	1	Bundesweit	1,75 Mio	2,5%
Innungskrankenkassen	6	Regional und bundesweit	5,46 Mio	7,8%
Landwirtschaftliche Krankenkassen	1	Regional	0,77 Mio	1,1%
			69,70 Mio	

Quelle: BMG(2014a), Stand: 2. Dezember 2013

[35] vgl. §140b SGB V
[36] §1 SGB V
[37] vgl. BMG(2014a)
[38] Die drei bundesweit größten Krankenkassen sind die Techniker Krankenkasse (8,7 Mio.), Barmer Ersatzkasse (8,6 Mio. Versicherte) und die Deutsche Angestellten Krankenkasse (6,3 Mio.). Die durchschnittliche Mitgliederanzahl der Betriebskrankenkassen beträgt hingegen nur ca. 106.000.

Da der Leistungsumfang der GKV gesetzlich festgeschrieben ist, bestehen für die einzelnen Kassen kaum Differenzierungsmöglichkeiten beim Behandlungsangebot, ein Wettbewerb findet im Prinzip lediglich über die Höhe des Beitragssatzes und Service- bzw. freiwillige Zusatzleistungen oder speziellen Bonusregelungen statt.[39] Ein Wettbewerb durch „negative Risikoselektion" aufgrund Alters- und Geschlechtsverteilungen sowie ungleicher Morbiditätsstrukturen soll mit Hilfe des Risikostrukturausgleichs (RSA) ausgeschlossen werden[40], so dass Wettbewerbsvorteile einer Krankenkasse lediglich auf die Qualität ihrer Leistungserfüllung und Effizienz bei der Erfüllung der Verwaltungsaufgaben zurückzuführen sein sollen.[41]

Seit 1993 stehen die einzelnen Krankenkassen in einem verstärkten Mitgliederwettbewerb, da mit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) auch den Pflichtversicherten die Möglichkeit eingeräumt wurde, ihre Krankenkasse frei zu wählen.[42] Seit 2002 wurden mit dem Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte zudem die Kündigungsfristen für versicherungspflichtige Mitglieder verkürzt, so dass diese ebenso wie die freiwillig versicherten Mitglieder die Mitgliedschaft in ihrer Krankenkasse zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats kündigen können.[43]

2.1.2 Die einzelnen Leistungssektoren

Das deutsche Gesundheitswesen ist von einer starken sektoralen Trennung der einzelnen Leistungssektoren geprägt.[44] Die Gesundheitsversorgung erfolgt dabei in den Bereichen der ambulanten Versorgung (Haus- und Fachärzte sowie zugelassene Physiotherapeuten und sonstige Leistungsanbieter von Heilmitteln), der stationären Versorgung und der Rehabilitation.

Tabelle 2 zeigt, dass die Krankenhausbehandlung den mit Abstand größten Ausgabenblock darstellt, gefolgt von den Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung und Arzneimittel. Insgesamt stiegen die Ausgaben der GKV im Leistungsbereich seit 1993 um 68,8%. Die mit

---

[39] vgl. Wiechmann(2003), S.12

[40] Durch den Risikostrukturausgleich werden hauptsächlich Unterschiede bzgl. der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen, der Anzahl der Familienversicherten sowie der Faktoren Alter und Geschlecht zwischen den Krankenkassen vorgenommen (vgl. §266 SGB V). Dies soll Wettbewerbsnachteile, die allein auf die Mitgliederstruktur einer Krankenkasse zurückzuführen sind vermeiden (Für Näheres zur Risikoselektion und Funktionsweise des RSA vgl. Resch(2004), S.42ff)

[41] vgl. Beske/Hallauer(1999), S.80ff

[42] vgl. Gesundheitsstrukturgesetz

[43] vgl. Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte, §175 Abs 4 SGB V

[44] vgl. SVR(1995), Ziff. 33

Abstand stärksten Ausgabenanstiege von über 100% verzeichneten hierbei die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel und Arzneimittelausgaben, obwohl gerade für letzteren Ausgabenbereich seit Jahrzehnten zahlreiche Regulierungen mit dem Ziel der Ausgabendämpfung existieren.[45]

Tabelle 2: Ausgabenstruktur der GKV 1993 bis 2013

Wichtigste Ausgabenbereiche	***Ausgaben in Mrd. €***			***Kum. Anstieg (1993-2013)***	***Anteil 2013***
	1993	***2003***	***2013***		
Netto-Verwaltungskosten	5,68	8,21	9,93	74,82%	5,43%
Ärztliche Behandlung	17,93	23,33	31,43	75,29%	17,20%
Zahnärztliche Behandlung	9,72	11,82	12,62	29,84%	6,91%
Arzneimittel	14,23	23,4	30,09	111,45%	16,47%
Heil- und Hilfsmittel	5,66	10,13	12,06	113,07%	6,60%
Krankenhausbehandlung	36,01	46,31	64,19	78,26%	35,12%
Krankengeld	7,45	6,97	9,76	31,01%	5,34%
Vorsorge- und Rehabilitation	1,83	2,57	2,5	36,61%	1,37%
Leistungsaugaben gesamt	**108,28**	**136,22**	**182,75**	**68,78%**	

Quelle: zusammengestellt aus BMG(2014b), KF12, Stand: Juni 2014

Stationäre Versorgung

Neben der ambulanten ärztlichen Versorgung stellt die stationäre Versorgung den „zweite[n] Kernbereich des Gesundheitssystems“[46] dar. Der stationäre Sektor ist dabei nicht nur größter Ausgabenposten im deutschen Gesundheitswesen, sondern hat nicht zuletzt wegen seines personalintensiven Dienstleistungscharakters eine beachtliche beschäftigungspolitische

[45] Der Arzneimittelsektor und die entprechenden Steuerungsmöglichkeiten werden ausführlich in Kapitel 4 diskutiert. Für den Schwerpunkt dieser Arbeit ist an dieser Stelle ein Überblick über den stationären und ambulanten Sektor hinreichend.

[46] Rost(2002), S.50

Bedeutung: Von 5,2 Mio. Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen waren im Jahr 2012 1,9 Mio. Personen in stationären und teilstationäre Einrichtungen tätig.[47]

Der stationäre Bereich lässt sich dabei nach Art der Versorgung in den Bereich der Krankenhäuser und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen unterscheiden.[48] In § 107 SGB V wird festgelegt, unter welchen Voraussetzungen eine Einrichtung im Sinne des Gesetzes als Krankenhaus bezeichnet werden darf. Dabei wird lediglich auf die medizinisch-technischen und personellen Kompetenzen der Einrichtung abgezielt, eine systematische Kategorisierung des Krankenhausbegriffs nach Größe oder Tätigkeitsschwerpunkt erfolgt nicht.[49] Der Sicherstellungsauftrag einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern liegt bei den einzelnen Bundesländern.[50]

Neben dieser Klassifizierung nach Art der Versorgung der Krankenhäuser lassen sich Krankenhäuser auch bezüglich ihrer Trägerschaft und Größe segmentieren. Je nach Träger lassen sich *öffentliche Krankenhäuser*, *frei-gemeinnützige Krankenhäuser* und *private Krankenhäuser* unterscheiden.[51] Ein weiteres Klassifizierungsmerkmal, das vor dem Hintergrund knapper öffentlicher Haushalte verstärkt als planerisches Hilfsmittel zu Förderung einzelner Krankenhäuser und Entscheidungen zur Größe und Struktur einzelner Fachabteilungen innerhalb des Krankenhauses in den Vordergrund rückt, ist die Unterscheidung nach Versorgungsstufen.[52] Dabei verfügen Krankenhäuser einer höheren Versorgungsstufe in der Regel auch über eine jeweils größere Anzahl an Fachdisziplinen.[53] An der jeweiligen Versorgungsstufe eines Krankenhauses orientiert sich die pauschale Förderung der Einrichtung; die Förderstufe ist jedoch auch mit einem entsprechenden Prestige für die jeweiligen Einrichtungen verbunden. Die mit Rationalisierungszwängen einhergehende Ausdünnung an Fachdisziplinen in einzelnen Krankenhäusern führt zur stärkeren Profilbildung und ist bei der Kooperation mit anderen

---

47 vgl. GBE-Bund Internetseiten: Eckzahlen der neuen Gesundheitspersonalrechnung. Stationäre und teilstationäre Einrichtungen beinhalten Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen sowie berufliche und soziale Rehabilitationseinrichtungen.

48 vgl. Janssen(1999), S.29

49 vgl. §107 SGB V; Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zählen daher nicht zu den Krankenhäusern, da hier die Behandlung vorwiegend mit Heilmitteln erfolgt und nicht wie bei Krankenhäusern die geforderte Erkennung und Heilung von Krankheiten im Vordergrund steht.

50 vgl. §6 KHG; Ein Anspruch auf Förderung besteht dann gem. §8 Abs.1 KHG

51 vgl. Eichhorn(1979), S. 9

52 Die inhaltliche Abgrenzung der einzelnen Versorgungsstufen obliegt dabei den einzelnen Bundesländern. Bayern unterscheidet im Krankenhausplan die drei Versorgungsstufen Grundversorgung, Schwerpunktversorgung, Maximalversorgung (vgl. §4 Abs. 2 BayKrG)

53 vgl. Eichhorn(1975), S.98-101