

## Inhalt

Vorwort	5
<i>Malu Dreyer</i>	
<b>Grußwort der Gesundheitsministerin des Landes Rheinland-Pfalz</b>	13
<i>Heinrich Reinermann</i>	
<b>Begrüßung zur Verleihung des Johann Joachim Becher-Preises 2004</b>	14
<i>Rudolf Fisch</i>	
<b>Grußwort</b>	17
<i>Heinrich Reinermann</i>	
<b>Johann Joachim Becher-Preis 2004: Die Laudationes</b>	20
<i>Ralf Ziegenbein</i>	
<b>Eigenverantwortung: Der Schlüssel zur erfolgreichen Reform des deutschen Gesundheitssystems</b>	28
<i>Richard Auernheimer</i>	
<b>Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung im Spannungsfeld zwischen Solidarität und Eigenverantwortung</b>	31
<i>Friederike Wall, Regina Schröder, Henriette Langner, Werner Ischebeck, Axel Herzog, Dorothea Osenberg</i>	
<b>Kostenanalyse im institutionenübergreifenden Prozess der Krankheitsbehandlung</b>	41
Zusammenfassung	41
1. Motivation und Zielsetzung des Projektes	42
2. Prozessorientierung als Folge des DRG-induzierten Kostendrucks	44
2.1 Paradigmenwechsel der Vergütung stationärer Krankenhausleistungen	44
2.2 Diagnosis Related Groups (DRG)	45
2.3 Klinische Behandlungspfade	46
3. Konkretisierung der Forschungsfragen und Gang der empirischen Untersuchung	51
4. Ergebnisse und Erkenntnisse	53
4.1 Erhebungszeitraum und -umfang	53
4.2 Vielfalt und Komplexität der aSAB-Behandlungspfade	55
4.3 Verteilung der Behandlungskosten	59
4.4 COX-Regression hinsichtlich der akuten Behandlungsdauer	64

5. Zusammenfassung und weitere Forschungsbedarfe	68
Anhang: Schlüssel zu den Bewertungsskalen für den Patientenzustand	70
Literaturverzeichnis	72

*Angela Brand, Peter Schröder, Peter Dabrock, Helmut Brand*

**Bedeutung der Erkenntnisse der Genomforschung für Gesundheitspolitik  
und Gesundheitsversorgung – Diskussion, Aktivitäten und**

<b>Institutionalisierung von Public Health Genetics in Deutschland</b>	75
Vorwort	75
Zusammenfassung	76
Zusammenfassende Thesen	79
1. Gesundheitsvorsorge und Gesundheitssicherung im Zeitalter der Genomforschung als Kernaufgabe von Public Health Genetics	81
1.1. Molekulare Medizin, genetische Epidemiologie und Globalisierung	81
1.2. Integration genetischen Wissens in die Zielsetzungen von Public Health (Public Health Genetics)	86
1.3. Risikoabschätzung, Risikomanagement und Risikokommunikation in Public Health Genetics	89
1.4. Sozialethische und zivilgesellschaftliche Unterscheidung zwischen Rechtem und Guten in Public Health Genetics	100
1.5. Exzeptionalität versus Spezifität genetischen Wissens	103
1.6. Befähigungsgerechtigkeit als ethisches Leitkriterium	104
1.7. Vorschlag zur Priorisierung im Spannungsverhältnis zwischen Autonomie des Einzelnen und Gemeinwohl	106
1.8. Umsetzung von Public Health Genetics in Politik und Praxis	108
2. Sicherstellung von präziseren, frühzeitigeren und neben-wirkungsärmeren Präventionsmaßnahmen im öffentlichen Gesundheitswesen in Deutschland durch Public Health Genetics	109
2.1. Sicherstellung einer Folsäureprophylaxe als Aufgabe des Bundes	110
2.2. Sicherstellung des Neugeborenen-Screenings als Aufgabe der Länder	114
3. Deutsche Task Force „Public Health Genetics“	119
3.1. Anlass und Ziele der deutschen Task Force	119
3.2. Ausgewählte Ergebnisse der deutschen Task Force	121
4. Europäische und internationale Aktivitäten und Perspektiven von Public Health Genetics	127
4.1. PHGEN auf europäischer Ebene	127
4.2. GRAPH Int auf internationaler Ebene	127
Literatur	129

*Boris Augurzky, Samuel Berhanu, Silja Göhlmann, Sebastian Krolop,  
Andreas Liehr-Griem, Christoph M. Schmidt, Harald Tauchmann,*

*Stefan Terkatz*

<b>Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen</b>	139
<b>Zusammenfassung</b>	139
1. Einleitung – Hintergrund und Ziele der Studie	140
1.1 Vorgehensweise	142
1.2 Überblick über die untersuchten Einsparpotenziale	143
2. Primärleistungen von Leistungserbringern	145
2.1 Portfoliostruktur der Krankenhäuser	145
2.2 Clinical Pathways	146
2.3 Integrierte Versorgung	149
3. Sekundärleistungen von Leistungserbringern und Intermediären	151
3.1 Serviceeinrichtungen im Krankenhaus	151
3.2 Verwaltung von Krankenkassen	151
4. Systemregulierung	154
4.1 Anreizmechanismen	154
4.2 Anreize für kostenbewusste Nachfrage	156
4.3 Effiziente Strukturen bei den Leistungserbringern	160
4.3.1 Vertragsstrukturen zwischen Ärzten und Krankenkassen	160
4.3.2 Vergütungssysteme der Leistungserbringer	163
5. Potenziale weiterer Deregulierung	165
6. Fazit	166
Literatur	167

*Ralf Ziegenbein*

<b>Mit dem Gesundheits-Sparkonto zu mehr Eigenverantwortung: Ein Ansatz zur Reform eines solidaren Gesundheitssystems</b>	169
<b>Zusammenfassung</b>	169
1. Reformbedarf im deutschen Gesundheitswesen	170
1.1 Defizite in der Gesundheitssystem-Steuierung	170
1.2 Aktuelle Reformdiskussion	171
1.2.1 Prognosen zur Beitragssatzentwicklung	171
1.2.2 Kostentreiber Moral-Hazard	171
1.2.3 Reformpositionen	173
1.3 Selbststeuerung durch Eigenverantwortung	174
2 Das Konzept der Gesundheits-Sparkonten am Beispiel Singapurs	175
2.1 Notwendigkeit für den gesundheitspolitischen Wandel Singapurs	175
2.2 Das gesundheitspolitische Ziel	177
2.3 Das Konzept	177
2.3.1 Der Central Provident Fund (CPF)	177
2.3.2 Finanzierung medizinischer Leistungen	179

2.3.2.1	Medisave-Programm	179
2.3.2.2	Medishield-Programm	180
2.3.2.3	Medifund-Programm	180
2.3.2.4	Staatlicher Beitrag zur Finanzierung	181
2.3.2.5	Private Krankenversicherung	182
2.3.2.6	Eldershield-Programm	182
2.3.3	Begleitende Maßnahmen	182
2.4	Erfahrungen und Ergebnisse	183
2.4.1	Zusammenfassung der Erfolgsfaktoren	183
2.4.2	Verhaltenseffekte durch Gesundheits-Sparkonten	185
3	Übertragung des Finanzierungsmodells auf Deutschland	186
3.1	Schaffung von Reformbereitschaft als wesentliche Voraussetzung	186
3.2	Gestaltungselemente eines reformierten Finanzierungssystems	188
3.3	Anforderungen an den Umsetzungsprozess	191
3.4	Kritische Würdigung	193
<b>Anhänge</b>		
Anhang A: Allgemeine Kennzahlen zum Gesundheitssystem Singapurs		195
Anhang B: Medisave-Leistungen		199
<b>Literaturverzeichnis</b>		
<b>Personenverzeichnis</b>		204
<b>Sachverzeichnis</b>		205
<b>Autorenverzeichnis</b>		209