

Inhalt

Vorwort	9
Teil I: Wettbewerb mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung	
1 Problemstellung und Schwerpunkte des Gutachtens	15
1.1 Die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens im Widerstreit der Meinungen.....	15
1.2 Inhalt und Aufbau des Gutachtens.....	17
2 Wettbewerb als Instrument zur Realisierung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung	21
2.1 Der Wettbewerb als Element unterschiedlicher Allokationsmechanismen.....	21
2.2 Ebenen von Effizienz- und Effektivitätspotenzialen.....	22
2.3 Ziele und Leitbilder der Gesundheitsversorgung.....	24
2.4 Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen.....	26
2.5 Preis- und Qualitätswettbewerb	28
2.6 Grundlegende Aspekte des Kartell- und Vergaberechts.....	29
3 Voraussetzungen für einen zielführenden Wettbewerb im Gesundheitswesen	33
3.1 Die bestehenden Wettbewerbsparameter der Krankenkassen	33
3.2 Umfang und Struktur der Beschäftigten aus wettbewerblicher Sicht	34
3.3 Stärkung der Nutzerkompetenz als Voraussetzung eines zielführenden Wettbewerbs.....	45
Teil II: Grundlegende Probleme und Lösungsansätze an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor	
4 Sicherstellung von Versorgungskontinuität als Kernaufgabe des Schnittstellenmanagements	57
5 Sektorenübergreifender und populationsorientierter Qualitätswettbewerb	65
5.1 Qualitätsmessung	65
5.2 Sektorenübergreifende Versorgung.....	69
5.3 Sektorenüberschreitende, populationsbezogene Versorgung.....	70

5.3.1	Verringerbare Sterblichkeit	71
5.3.2	Verringerbare Krankenhauseinweisungen	72
5.3.3	Risikoadjustierung	74
5.3.4	Organisation und Verantwortung	74
5.4	Fazit und Empfehlungen	75
6	Wettbewerbsbedingungen an der Sektorengrenze zwischen ambulant und stationär	79
6.1	Potenziale ambulanter Leistungserbringung	79
6.2	Effizienzsteigernder Wettbewerb aus theoretischer Sicht	80
6.3	Zielorientierter Wettbewerb im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V	81
6.4	Zielorientierter Wettbewerb im Bereich des ambulanten Operierens	92
6.5	Zielorientierter Wettbewerb im Bereich MVZ	94
6.6	Fazit und Empfehlungen	96
7	Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen durch selektive Verträge	99
7.1	Eingeschränkte Vertragsfreiheit infolge von Überregulierung	99
7.2	Weiterentwicklung und Erweiterung der selektiven Vertragsoptionen	100
7.3	Gezielte Förderung von Versorgungsinnovationen und Versorgungsforschung	102
7.4	Bereinigung der ambulanten ärztlichen Vergütung	104
7.5	Zuweisung gegen Entgelt	109
7.6	Ergebnisse einer Befragung zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V	109
7.6.1	Befragung der Krankenkassen	109
7.6.2	Befragung der Krankenhäuser	115
7.7	Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte	118
8	Wettbewerb im Leistungsbereich und Zusatzbeitrag	121
8.1	Der Zusatzbeitrag als Wettbewerbsparameter der Krankenkassen	121
8.2	Die Intensivierung des Krankenkassenwechsels durch den Zusatzbeitrag	123
8.3	Empirische Befunde zur Krankenkassenwahl	124
8.4	Die wettbewerblichen Perspektiven des Zusatzbeitrags	133

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen.....	27
Abbildung 2:	Vergleich der § 116b-Bewilligungsanteile nach Indikationen	84
Abbildung 3:	§ 116b SGB V, Anteil Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen	85

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Fachkräftemangel in der Pflege – Ergebnisse verschiedener Studien.....	38
Tabelle 2:	Einflussfaktoren auf einen zukünftigen Ärztemangel	42
Tabelle 3:	Vergleich des § 116b-Geschehens nach Bundesländern.....	87
Tabelle 4:	Formen der Leistungserbringung von Krankenhäusern an der Schnittstelle ambulant-stationär	88
Tabelle 5:	Entwicklung der integrierten Versorgung.....	110
Tabelle 6:	Entwicklung der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V	114
Tabelle 7:	Instrumente der Krankenkassen zur Kostensenkung.....	127

Vorwort

Mit der Langfassung dieses Gutachten kommt der Sachverständigenrat dem Auftrag des Bundesministers für Gesundheit vom Dezember 2010 nach, ein Sondergutachten zum Thema „Wettbewerb an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung“ zu erstellen. Das vorliegende Sondergutachten konzentriert sich dabei vor allem auf die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung.

Im Rahmen der Erstellung des Gutachtens hat der Rat eine Vielzahl von Gesprächen geführt und wertvolle Anregungen erhalten. Er konnte jederzeit fachkundige Informationen im Bundesministerium für Gesundheit einholen. Auch der Austausch mit Mitarbeitern von weiteren Bundes- und Landesministerien, Verbänden und Institutionen war überaus hilfreich für die Erstellung des Gutachtens. Der Rat dankt auch den Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Institutionen der Ratsmitglieder.

Für wichtige Anregungen und Hinweise bedankt sich der Rat besonders bei Dr. Stefan Bales, Bundesministerium für Gesundheit; Prof. Dr. Ulrich Becker, LL.M.(EHI), Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik, München; Prof. Dr. med. Matthias Beckmann, Universitätsklinikum Erlangen; Dipl.-Soz. Martin Beyer, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main; Dieter Carius, DAK; Prof. Dr. rer. biol. hum. Marie-Luise Dierks, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover; Hendrik Dräther, AOK Bundesverband; Dr. rer. pol. Daniel Erdmann; Dr. med. Antje Erler, MPH, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main; Dr. Stefan Etgeton, Bertelsmann Stiftung; Ilona Fallaschek, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg; Jürgen Graf, AOK Baden-Württemberg; Thomas Graf, Statistisches Bundesamt; Dr. Matthias Gruhl, seinerzeit Senatsverwaltung für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Freie Hansestadt Bremen; Dr. Hartmut Günther, Techniker Krankenkasse; Dr. Kerstin Hämel, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld; Margit Haug, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg; PD Dr. Günther Heller, AQUA-Institut; Stefanie Herrmann, BKK Landesverband Bayern; Helmut Hildebrandt, OptiMedis AG; Günter Hölling, MPH, Verbund unabhängige Patientenberatung e.V.; Karsten Honsel, Klinikum Region Hannover GmbH; Dr. Urban Janisch, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen; Dipl.-Soz. Christoph Karlheim, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld; Dr. Hiltrud Kastenholz, Bundesministerium für Gesundheit; Prof. Dr. Thorsten Kingreen, Universität Regensburg; Andre Klein-Wiele, Bundesministerium für Gesundheit; Dr. Andreas Köhler, Kassenärztliche Bundesvereinigung; Dr. Kai Kolpatzik, MPH, AOK-

Bundesverband; Dr. Rudolf Kösters, Deutsche Krankenhausgesellschaft; Dr. Roland Laufer, Deutsche Krankenhausgesellschaft; Christian Leber, Bundesministerium für Gesundheit; Susanne Lilie, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg; Jana Lipske, Bundesministerium für Gesundheit; Prof. Dr. Thomas Mansky, TU Berlin/HELIOS-Kliniken; Hans-Dieter Nolting, IGES Institut; Dirk Ransoné, AOK Baden-Württemberg; Carsten Redeker, Techniker Krankenkasse; Peter Reschke, Institut des Bewertungsausschusses; Dr. Christa Scheidt-Nave, Robert Koch-Institut; Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler, Unabhängige Patientenberatung Deutschland; Dr. Thomas Schott, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld; Cordula Schubert, Landesprüfungsamt für Sozialversicherung, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz; Karin Schuldt, BKK Landesverband Nordwest; Sabine Schulze, Wissenschaftliches Institut der AOK; Antje Schwinger, IGES Institut; Lioba Sternberg, Institut für Arbeitsrecht und Recht der Sozialen Sicherung, Universität Bonn; Karin Stötzner, SEKIS Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle und Patientenbeauftragte für Berlin; Dr. Christoph Straub, BARMER GEK; Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, AQUA-Institut; Dr. Gisela Unger, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin; Dr. Thorsten Vogel, Institut des Bewertungsausschusses; Dr. Arne von Boetticher, seinerzeit AOK-Bundesverband; Franz Wagner, M.Sc., Deutscher Pflegerat und Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe; Dr. Klaus Wingefeld, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld; Jasmin Winter, AOK Baden-Württemberg; Heike Wöllenstein, GKV-Spitzenverband; Wolfgang Zöller, MdB, Patientenbeauftragter der Bundesregierung. Dem IGES Institut sei außerdem für die Bereitstellung des IGES Kompass Gesundheit der Jahre 2009 bis 2011 gedankt.

Im Rahmen dieses Sondergutachtens hat der Rat zu verschiedenen Bereichen eigene Befragungen durchgeführt. Den hieran teilnehmenden Krankenhäusern und Krankenkassen sowie deren Mitarbeitern ist der Rat zu großem Dank verpflichtet.

Für die Erarbeitung und Durchsicht wichtiger Teile und für die Endredaktion des Gutachtens konnte sich der Rat, wie schon in der Vergangenheit, auf die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Zu ihnen gehören Herr Kai-Uwe Beger, M.A. (bis April 2012); Frau Sarah Dauven, M.Sc.; Frau Dipl.-Volksw. Viola Henke, B.A.(Hons); Herr Dr. Jan-Marc Hodek; Frau Karin Höppner, M.Sc. (bis Januar 2011); Herr Dipl.-Volksw. Kai Menzel, M.A.; Frau Dr. Dorsay E. Novak (bis Juni 2011); Frau Dr. rer. pol. Ines Verspohl, M.A. und als Leiterin der Geschäftsstelle Frau Dr. rer. oec. Birgit Cobbers. Für ihr außergewöhnliches Engagement und ihre sachkundige Unterstützung gebührt ihnen besonderer Dank. Bis Juni 2011 wirkte Herr Prof. Dr. med. Matthias Schrappe als stellvertretender Vorsitzender des Rates tatkräftig an der Erstellung des Gutachtens mit. Er bereicherte das Gutachten mit wertvollen konzeptionellen Anregungen.

Der Rat dankt außerdem Frau Anette Bender, die mit großer Sorgfalt und Geduld die technische Herstellung der Gutachtenbände bewältigte. Schließlich dankt der Rat Frau Sabine VanDen Berghe und Frau Annette Wessel für die Unterstützung der Arbeit des Rates in der Geschäftsstelle. Auch den Praktikanten Frau Sibel Altin und Herrn Oliver Haun sei für ihre Hilfe gedankt.

Wenn im Gutachten bei der Bezeichnung von Personengruppen, Gesundheitsberufen und anderen Kollektiven die männliche Form verwendet wird, so sind damit selbstverständlich Frauen und Männer gemeint. Die Verwendung der kürzeren männlichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit. Alle verwendeten Markenzeichen und -namen sind Eigentum der jeweiligen Inhaber. Auf eine weitere Kennzeichnung der Markenzeichen und -namen wurde bei deren Verwendung zum Zweck der besseren Übersicht und Lesbarkeit verzichtet.

Sämtliche Quellenhinweise und Literaturbelege finden sich ausschließlich in der Langfassung des Gutachtens und auch nur diese ist ihrerseits zitierfähig.

Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt der Rat die Verantwortung.

Bonn, im Juni 2012

Ferdinand M. Gerlach
Doris Schaeffer

Wolfgang Greiner
Petra Thürmann
Eberhard Wille

Marion Haubitz
Gregor Thüsing

Teil I: Wettbewerb mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung

1 Problemstellung und Schwerpunkte des Gutachtens

1.1 Die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens im Widerstreit der Meinungen

1. Hinsichtlich der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich beherrschen häufig zwei diametral entgegengesetzte Einschätzungen die politischen Diskussionen. Nach der einen These fallen die Kosten der deutschen Gesundheitsversorgung im Vergleich zu den mit ihnen erzielten gesundheitlichen Outcomes, d. h. Lebenserwartung und Lebensqualität, zu hoch aus. Diese These stützt sich empirisch u. a. auf einen internationalen Vergleich der sogenannten Gesundheitsquote, d. h. der gesamten Gesundheitsausgaben eines Landes in Relation zu dem entsprechenden Bruttoinlandsprodukt, mit der jeweiligen Lebenserwartung auf der Basis von Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Nach der gegenteiligen These besitzt Deutschland das beste Gesundheitswesen der Welt, dessen hohe Leistungsfähigkeit kaum noch Potenzial zum Schöpfen von Effizienz- und Effektivitätsreserven bietet. Als empirische Belege dienen hier zunächst der universelle Krankenversicherungsschutz, das nahezu flächendeckende Angebot an Gesundheitsleistungen, der hohe Versorgungsstandard und die freie Arztwahl. Diese Argumente ergänzen dann noch Hinweise darauf, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), auch im Vergleich mit den sozialen Krankenversicherungssystemen anderer Länder, einen umfangreichen Leistungskatalog mit einer geringen Selbstbeteiligung und einer guten Erreichbarkeit vorhält und ihre Versicherten bzw. die Patienten kaum mit Rationierungen konfrontiert, wie z. B. lange Wartezeiten bei zeitkritischen medizinischen Eingriffen.

2. Die erste These setzt die Gesundheitsquote als Inputgröße in ein kausales Verhältnis zur Lebenserwartung bei Geburt als Outcomeindikator. Demnach besaß Deutschland nach der OECD-Statistik im Jahre 2009 hinter den USA, den Niederlanden und Frankreich die vierthöchste Gesundheitsquote, schnitt aber unter wirtschaftlich vergleichbaren Ländern bei der Lebenserwartung von Frauen und Männern nur unterdurchschnittlich ab. Die Gesundheitsquote, die sich am Bruttoinlandsprodukt (BIP) orientiert und bei der Deutschland im Jahre 1997 sogar auf Platz 2 rangierte, bildet den Ressourceneinsatz, der in die Gesundheits-

versorgung fließt, allerdings nicht valide ab. Sie hängt nicht nur vom Niveau der Gesundheitsausgaben, sondern auch von der Höhe des Inlandsproduktes ab und liegt *ceteris paribus* umso höher (niedriger) je niedriger (höher) das Inlandsprodukt ausfällt. Die vergleichsweise hohe Gesundheitsquote geht maßgeblich auf das schwache Wachstum des deutschen Bruttoinlandsproduktes in den 1990er Jahren zurück. So nahm Deutschland unter den OECD-Ländern auch im Jahre 2009 beim kaufkraftbereinigten Sozialprodukt pro Kopf nur den 13. und bei den kaufkraftbereinigten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben den 9. Rang ein. Zudem vernachlässigt die Gesundheitsquote die Einflüsse, die von der deutschen Wiedervereinigung auf das Verhältnis von Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandsprodukt ausgingen. Bei einer Veranschlagung dieser Effekte um einen Prozentpunkt fällt Deutschland bei der Gesundheitsquote auf Rang 10 zurück und erreicht dann eine ähnliche Position wie bei den kaufkraftbereinigten Gesundheitsausgaben pro Kopf. Diese bilden unter Outcomeaspekten den adäquaten Inputindikator, sofern man Erkenntnisse über den Ressourceneinsatz in Verbindung mit der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitswesens gewinnen möchte.

3. Gegen die erste These lässt sich zudem einwenden, dass sich der absolute Wert der Lebenserwartung bei einem internationalen Vergleich weniger als das Wachstum der Lebenserwartung als Outcomeindikator eignet. Dabei liegt Deutschland bei der mittleren jährlichen Wachstumsrate der Lebenserwartung im Zeitraum von 1960 bis 2009 bei Frauen und Männern deutlich oberhalb des Durchschnitts vergleichbarer Länder und erreicht jeweils Platz 4. Den gleichen Rang belegt Deutschland auch jeweils bei der mittleren jährlichen Wachstumsrate der ferneren Lebenserwartung 80-jähriger Frauen bzw. Männer. Bei einem Vergleich der kaufkraftbereinigten Gesundheitsausgaben pro Kopf mit Position 9 und der Wachstumsrate der Lebenserwartung mit jeweils Rang 4 schneidet das deutsche Gesundheitswesen innerhalb der betrachteten Länder somit keineswegs schlecht ab, was die These von den im internationalen Vergleich hervorstechenden Ineffizienzen und Ineffektivitäten nicht zu bestätigen vermag. So weist Deutschland z. B. niedrigere Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben als Norwegen, die Niederlande und Dänemark auf, gleichzeitig aber deutlich höhere Wachstumsraten der Lebenserwartung als diese Länder.

4. Der empirische Befund, dass eine Analyse der OECD-Daten gegen die These von der unterdurchschnittlichen Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens spricht, bedeutet andererseits nicht, dass es in qualitativer Hinsicht eine internationale Spitzenposition einnimmt, die Fragen nach den Ineffizienzen und Ineffektivitäten der Versorgung erübrigt. Zunächst erzielen Japan, Österreich und Italien noch höhere Wachstumsraten der Lebenserwartung, wobei die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben Italiens erheblich unter denen Deutschlands liegen. Zudem stellt die Lebenserwartung zwar einen validen und relevanten Outcomeindikator dar, der aber nur einen Teil des Zielspektrums der Gesundheitsversorgung abbildet (siehe hierzu 2.3). Sie berücksichtigt nur unzureichend die komplexe und heterogene Zieldimension der Lebensqualität und klammert Verteilungsaspekte von Versorgungsergebnissen völlig aus. Doch fällt stärker ins Gewicht, dass die Gesundheitsausgaben und mit ihnen das gesamte Gesundheitswesen nur einen begrenzten Einfluss auf die

Lebenserwartung ausüben. Niveau und Anstieg der Lebenserwartung hängen wesentlich stärker von Faktoren außerhalb des Gesundheitswesens bzw. transsektoralen Einflussgrößen ab. Hierzu gehören insbesondere die ökologische Umwelt, die Verkehrssicherheit, die Wohnverhältnisse, die Arbeitswelt, das Bildungsniveau, die sozialen Verhältnisse und vor allem der Lebensstil der Bevölkerung. Daraus folgt, dass international vergleichende Analysen selbst auf der Grundlage valider Outcomeindikatoren keine kausalen Schlüsse über die Leistungsfähigkeit der jeweiligen Gesundheitssysteme erlauben.

5. Bei einem internationalen Vergleich der Leistungsfähigkeit von nationalen Gesundheitssystemen gilt es schließlich zu berücksichtigen, dass alle realen Gesundheitssysteme in allen Bereichen und auf allen Ebenen mehr oder weniger ausgeprägte Defizite aufweisen (vgl. auch 2.2). Es gibt kein nationales Gesundheitswesen, das auf der Grundlage signifikanter Kausalbeziehungen zwischen validen Input- und Outcomeindikatoren hinsichtlich seiner Leistungsfähigkeit weltweit eine eindeutige Spitzenposition einnimmt. Feststellbare Unterschiede in Niveau und Wachstum von Indikatoren der Lebenserwartung und der Mortalität erlauben angesichts der komplexen Beziehungen zwischen den Input- und Outcomeindikatoren nicht den Schluss, ein bestimmtes Land verfüge über ein besseres Gesundheitswesen als ein anderes. Obgleich sich somit aus internationalen Vergleichen nicht unmittelbar – schon gar nicht in quantitativer Hinsicht – Ineffizienzen und Ineffektivitäten nationaler Gesundheitssysteme ableiten lassen, können auffällige Abweichungen wertvolle Ansatzpunkte für nachfolgende Analysen der nationalen Gesundheitsversorgung bieten.

6. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen hat der Rat seit seinem umfangreichen Gutachten über „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ (JG 2000/2001) wiederholt betont, dass das deutsche Gesundheitswesen unbeschadet seiner vielfältigen Vorzüge, die auch aus internationaler Perspektive hervorstechen, in Form von Über-, Unter- und Fehlversorgung noch ein beachtliches Potenzial zur Erhöhung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung aufweist, das es aus normativer Sicht soweit wie möglich auszuschöpfen gilt. Dabei bilden die Schnittstellen zwischen den Leistungssektoren und hier vor allem die mangelnde Integration zwischen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung eine der zentralen Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems. Diesen Problemen widmet sich das vorliegende Gutachten und sucht im Anschluss an eine Mängelanalyse auf breiter Basis nach Lösungsmöglichkeiten. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, ob und inwieweit der Wettbewerb bzw. seine Intensivierung hier zu einem Abbau von Ineffizienzen und Ineffektivitäten beizutragen vermag. Dabei interessiert vor allem, welche Rolle der Qualitäts- im Verhältnis zum Preiswettbewerb tatsächlich spielt und welche Bedeutung ihm aus zielorientierter Perspektive zukommt.

1.2 Inhalt und Aufbau des Gutachtens

7. Das Gutachten umfasst acht Kapitel, in denen analysiert wird, ob und inwieweit eine Stärkung des Wettbewerbs an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären

ren Sektor zu einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung beizutragen vermag. Das folgende zweite Kapitel stellt neben möglichen Ansatzpunkten und Erscheinungsformen des Wettbewerbs die instrumentale Funktion, die er aus normativer Sicht gegenüber den höherrangigen Gesundheitszielen einnimmt, in den Vordergrund. Zunächst bildet der Wettbewerb, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung und Intensität, ein Element verschiedener Koordinations- bzw. Allokationsmechanismen, d. h. er beschränkt sich nicht auf den Markt- und Preismechanismus. Sodann existieren im deutschen Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen bzw. in bestimmten Bereichen Effizienz- und Effektivitätspotenziale, an denen wettbewerbliche Prozesse im Prinzip ansetzen können. Diese Betrachtung rückt bereits die Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung in den Fokus der Bemühungen um mehr Effizienz und Effektivität. Die sich anschließende Darstellung von Zielen und Leitbildern der Gesundheitsversorgung dient dazu, einer inputorientierten oder rein instrumentalen Betrachtung vorzubeugen und zugleich einen stärkeren Zielbezug der Gesundheitspolitik anzumahnen. Schließlich bedarf ein funktionsfähiger Preis- und Qualitätswettbewerb einer rechtlichen Rahmenordnung, was Ausführungen zu grundlegenden Aspekten des Kartell- und Vergaberechts thematisieren.

8. Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit den Voraussetzungen für einen zielführenden Wettbewerb im Gesundheitswesen. Am Beginn steht ein kursorischer Überblick über die derzeit bestehenden Wettbewerbsparameter, der die noch recht bescheidenen Möglichkeiten der Krankenkassen, sich wettbewerblich zu differenzieren, aufzeigt. Ein funktionsfähiger Wettbewerb setzt auf Seiten der Leistungserbringer ein in quantitativer und qualitativer Hinsicht ausreichendes Angebotspotenzial voraus. In diesem Kontext stellt sich vor allem die Frage, ob derzeit und vor dem Hintergrund der absehbaren demografischen Entwicklung auch künftig Umfang und Struktur der im Gesundheitswesen Beschäftigten ausreichen, um einen funktionsfähigen Preis- und Qualitätswettbewerb zu ermöglichen. Die Sicherstellung der notwendigen Fachkräfte in den einzelnen Gesundheitsberufen liegt insofern auch im Interesse einer wettbewerbsorientierten Gesundheitspolitik.

9. Neben einem hinreichenden personellen Angebotspotenzial bildet die Kompetenz der Nutzer von Gesundheitsleistungen eine weitere bedeutsame Voraussetzung für einen zielführenden Wettbewerb. Die Patienten-/Nutzerinformation und -beratung gewinnt im Gesundheitswesen vor allem angesichts der Informationsasymmetrien auf den einzelnen Leistungsmärkten eine besondere Relevanz. Für wettbewerbliche Reaktionen bei Krankenkassen und Leistungserbringern reicht es zwar in der Regel aus, wenn nur ein vergleichsweise geringer Teil der Versicherten bzw. Patienten eine hinreichende Transparenz über die alternativen Angebote besitzt und entsprechend seiner Präferenzen eine Auswahl trifft. Die übrigen Versicherten und Patienten ziehen aber aus diesen Angeboten keinen unmittelbaren Nutzen, sodass hier potenzielle Wohlfahrtsgewinne nicht eintreten können. Um diese zu ermöglichen, bedürfen diese Nutzer einer informativen und beratenden Unterstützung. Das Gutachten zeigt hierzu erfolgversprechende Wege auf. Auch der Stand der Entwicklung und die anstehenden Herausforderungen werden diskutiert.

10. Teil II des Gutachtens erörtert grundlegende Probleme und Lösungsansätze an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Das vierte Kapitel widmet sich den Problemen eines mangelhaften Schnittstellenmanagements, unter welchen vor allem chronisch und mehrfach erkrankte Patienten leiden, die aufgrund ihrer Krankheit häufig zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung wechseln. Dabei weist die Arzneimittelversorgung gerade an dieser Schnittstelle erhebliche Schwachstellen auf. Es erfolgt in diesem Zusammenhang eine Prüfung, ob und inwieweit hier der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien diese Nachteile zu beseitigen bzw. abzumildern vermag. Das Entlassungsmanagement umfasst als multidisziplinäre Aufgabe auch die Sozialdienste und die Pflege, die im weiteren Verlauf dieses Kapitels im Fokus der Betrachtungen steht. Speziell die in den letzten Jahren erprobten Innovationen in der Pflege werden thematisiert.

11. Das fünfte Kapitel analysiert mit sektorenübergreifender und populationsorientierter Schwerpunktsetzung den Qualitätswettbewerb im deutschen Gesundheitswesen. Der Qualitätswettbewerb fristet in der deutschen Gesundheitsversorgung auch im Vergleich zum Preiswettbewerb noch immer ein Schattendasein. Dies liegt zum einen an methodischen Problemen, denn es gilt hier, valide Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität zu finden und zudem ihre kausalen Beziehungen zu den jeweiligen medizinischen Behandlungen zu analysieren. Sodann setzt ein funktionsfähiger Qualitätswettbewerb voraus, dass die Nutzer hinreichende Informationen über die bestehenden Qualitätsunterschiede besitzen und entsprechend ihre Auswahl unter den Leistungserbringern treffen. Das Gutachten differenziert dabei u. a. zwischen einem Wettbewerb um die Qualität sektorengleicher Verfahren und einem Wettbewerb im Rahmen einer sektorenübergreifenden Versorgung. Ohne einen funktionsfähigen Qualitätswettbewerb im Leistungsbereich dominiert im Versicherungsbereich weiterhin einseitig der Preis- bzw. Beitragswettbewerb.

12. Die anschließend im sechsten Kapitel behandelten ordnungspolitischen Defizite an der Sektorengrenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor schlagen sich u. a. darin nieder, dass im Rahmen der deutschen Gesundheitsversorgung relevante Potenziale ambulanter Leistungserbringung unausgeschöpft bleiben. Dabei interessiert besonders der Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, den das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) mit Wirkung zum 1. Januar 2012 einschließlich der Rahmenbedingungen neu konzipierte. Die spezialfachärztliche Versorgung, die sich zwischen dem fachärztlichen und dem stationären Leistungsbereich befindet, steht besonders im Fokus einer Schnittstellenanalyse. Zur Lösung von Schnittstellenproblemen können grundsätzlich aber auch das ambulante Operieren, die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und die belegärztlichen Leistungen beitragen.

13. Bei der im siebten Kapitel gestellten Frage nach den Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen durch selektive Verträge steht zunächst zur Diskussion, ob die bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten eine funktionsgerechte wettbewerbliche Rahmenordnung darstellen. Unter diesem Aspekt erfolgt u. a. eine kritische Diskussion der hausarztzentrierten

Versorgung nach § 73b, der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c, der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f-g und der integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V. Da bei den beiden letzten dieser besonderen Versorgungsformen die finanziellen Anreize Ende 2008 ausliefen, interessiert hier auch, wie sich die entsprechenden Aktivitäten anschließend entwickelten und ob – und wenn, in welcher Form – andere Rahmenbedingungen und neuerliche finanzielle Anreizstrukturen für innovative, integrierte Versorgungsprogramme erforderlich erscheinen. Die Ergebnisse einer Befragung des Rates zu den integrierten Versorgungsformen weisen u. a. auf die Bedeutung hin, die eine Bereinigung der ambulanten ärztlichen Vergütung in diesem Kontext für die Krankenkassen spielt. Angesichts der immer noch sehr begrenzten selektiven Vertragsoptionen liegt es nahe zu prüfen, ob sich unter Zielaspekten noch weitere Leistungsbereiche, wie z. B. die spezialfachärztliche Versorgung sowie der Krankenhausbereich, ebenfalls für eine selektive Vertragsgestaltung anbieten. Schließlich kann auch eine Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte mit wettbewerblichen Impulsen für das deutsche Gesundheitswesen einhergehen.

14. Vom Preis- und Qualitätswettbewerb im Leistungsbereich können vielfältige Einflüsse auf den Wettbewerb im Versicherungsbereich ausgehen, die Kapitel 8 thematisiert. Zunächst ermöglichen Vorteile beim Preiswettbewerb einer Krankenkasse, ihr Leistungsangebot auf dem Versicherungsmarkt kostengünstiger, d. h. zu geringeren (Zusatz-)Beiträgen, anzubieten. Bei gleichen (Zusatz-)Beiträgen können sichtbare Erfolge beim Qualitätswettbewerb oder präferenzgerechte Satzungsleistungen dazu dienen, bisherige Versicherte zum Bleiben zu bewegen und neue zu attrahieren. Die Ausführungen stellen den Zusatzbeitrag zunächst als Wettbewerbsparameter der Krankenkassen dar und beschreiben auf empirischer Basis die Intensivierung des Krankenkassenwechsels durch den Zusatzbeitrag. Daran schließt sich ein Überblick über Befragungen von Versicherten zu den entscheidenden Gründen ihrer Krankenkassenwahl an. Zudem präsentiert ein Exkurs die Ergebnisse einer Befragung des Rates zu den Wettbewerbsparametern der Krankenkassen. Bei den abschließenden Ausführungen zu den Perspektiven des Zusatzbeitrags geht es dem Rat darum, dass dieser künftig im Finanzierungsbereich jenseits einer Stigmatisierung (als Indikator für Unwirtschaftlichkeit) als Preissignal dient und gleichzeitig die Implementierung und Stärkung eines Qualitätswettbewerbs im Leistungsbereich gelingt.

2 Wettbewerb als Instrument zur Realisierung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung

2.1 Der Wettbewerb als Element unterschiedlicher Allokationsmechanismen

15. Da auch im Gesundheitswesen die verfügbaren Ressourcen niemals ausreichen, um alle Ansprüche und Bedürfnisse der Bürger zu befriedigen, bedarf es eines Koordinations- bzw. Allokationsmechanismus, der im Zuge eines Selektionsprozesses die begrenzten Mittel den verschiedenen Verwendungen bzw. konkurrierenden Plänen zuordnet. Es gibt drei zentrale gesamtwirtschaftliche Koordinationsmechanismen, die diese allokativen Funktion übernehmen können:

- der Markt- und Preismechanismus,
- die öffentliche Planung bzw. budgetäre Willensbildung und
- die korporative Koordination.

16. Hinsichtlich dieser Allokationsmechanismen bildet das Gesundheitswesen auch aus internationaler Perspektive ein „mixtum compositum“. Es finden sich zwar in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen mehr Elemente öffentlicher Planung, in beitragsfinanzierten eine stärkere korporative Koordination und in preis- bzw. prämienfinanzierten eine etwas stärkere Rolle des Marktmechanismus, aber nirgendwo wirkt nur ein Allokationsmechanismus in reiner Form. Verglichen mit anderen Wirtschaftssektoren weist das deutsche Gesundheitswesen die ordnungspolitische Besonderheit auf, dass auf seinen Teilmärkten auch im Detail jeweils unterschiedliche Allokationsmechanismen dominieren. So bilden im stationären Sektor die öffentliche Planung und im ambulanten Bereich die korporative Koordination die dominierenden Allokationsmechanismen, während bei Arznei- und Hilfsmitteln sowie medizinischen Geräten der Marktmechanismus eine vergleichsweise größere

Rolle spielt. Letzteres gilt mit Ausnahme der Selbstmedikation allerdings nur für die Angebotsseite dieser Märkte.

17. Der Wettbewerb zwischen einer Vielzahl von verschiedenen Anbietern stellt neben anderen Bedingungen eine wesentliche Voraussetzung für einen funktionsfähigen Markt- und Preismechanismus dar. Wettbewerbsprozesse beschränken sich jedoch nicht auf diesen Allokationsmechanismus. Infolge der knappen Ressourcen beinhalten zumindest implizit auch die beiden anderen zentralen Allokationsmechanismen wettbewerbliche Elemente. So stehen z. B. im Rahmen der staatlichen Landes- bzw. Bedarfsplanung Krankenhäuser im Wettbewerb um die Zulassung zur Versorgung von Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und auf Mikroebene, vor allem in überversorgten Gebieten, im Wettbewerb um Patienten. Die korporative Koordination geht ebenfalls im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung und insbesondere der ambulanten Behandlung auf mehreren Ebenen mit wettbewerblichen Prozessen einher. Die Wahlen innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung, die z. B. die Preisrelationen innerhalb des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beeinflussen können, lassen sich als Wettbewerbsprozesse interpretieren. Ferner konkurrieren auch bei gegebenen Preisstrukturen die niedergelassenen Ärzte um Patienten bzw. Behandlungsfälle.

18. Da der Wettbewerb keine spezifische Besonderheit von einem dieser Allokationsmechanismen darstellt, erlaubt ein Plädoyer für mehr Wettbewerb noch keine Schlüsse über das jeweilige Koordinationsinstrument. Da alle drei Allokationsmechanismen ihre spezifischen Vor- und Nachteile aufweisen, d. h. es gibt konstitutive Mängel in der marktwirtschaftlichen, staatlich-administrativen und korporativen Koordination, kommt es auf die komparative Leistungsfähigkeit des jeweiligen Allokationsmechanismus an. In allen drei Allokationsmechanismen erfordert jedoch eine Intensivierung des Wettbewerbs eine Zunahme der Aktionsparameter der Handlungsträger und eine Dezentralisierung der Entscheidungsebenen. Dies bedeutet z. B., das gemeinsame und einheitliche Handeln bundesweit agierender Spitzenverbände bzw. Organisationen und auch korporative Vereinbarungen auf Landes- oder KV-Ebene weit möglichst, d. h. soweit zielführend, durch dezentrale Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu ersetzen, zumindest aber durch wettbewerbliche Elemente zu ergänzen. In ordnungspolitischer Hinsicht bedürfen diese dezentralen wettbewerblichen Prozesse allerdings einer bundesweit geltenden Rahmenordnung in Verbindung mit einer zentralen wettbewerblichen Aufsicht.

2.2 Ebenen von Effizienz- und Effektivitätspotenzialen

19. Effizienz- und Effektivitätspotenziale bestehen auch im Gesundheitswesen im Sinne der ökonomischen Allokationstheorie immer dann, wenn sich mit den eingesetzten Ressourcen ein höherer Nutzen bzw. mehr Wohlfahrtsgewinne bei den Leistungsempfängern oder das erreichte Nutzen- bzw. Wohlfahrtsniveau mit einem geringeren Ressourceneinsatz realisieren lassen. Da die gesundheitlichen Outcomes, d. h. Lebenserwartung und -qualität,

den abstrakten und nicht unmittelbar messbaren Nutzen der Empfänger von Gesundheitsleistungen als globale Wohlfahrtsindikatoren im Vergleich mit anderen Wirtschaftsbereichen recht valide widerspiegeln, zielt die allokativen Effizienz auf ein optimales Verhältnis zwischen gesundheitlichen Outcomes und volkswirtschaftlichen Ressourcen. Sofern dieses Verhältnis global oder in bestimmten Indikationsbereichen offenkundige oder vermutete Ineffizienzen anzeigt, bleibt angesichts ihres weitgefassten Bezuges und des vielfach komplexen Prozesses gesundheitlicher Leistungserstellung zumeist noch offen, in welchen Bereichen und an welchen Stellen sich die betreffenden Effizienz- und Effektivitätsreserven befinden. Die folgende – in formaler Hinsicht tautologische – Aufspaltung der allokativen Effizienz in einen Produktions- und einen Wirkungsbereich dient daher dazu, mögliche Ineffizienzen und Ineffektivitäten auf bestimmten Input- und Outcome-Ebenen aufzuzeigen und damit vorhandene Rationalisierungsreserven besser lokalisieren und aufspüren zu können. Die Produktionseffizienz gibt dabei die Relation zwischen den volkswirtschaftlichen Kosten und dem mit ihnen erstellten Behandlungsangebot an, während die Wirkungseffizienz das Verhältnis zwischen diesem Behandlungsangebot und den mit ihm erzielten gesundheitlichen Outcomes beschreibt. Diese Aufspaltung der allokativen Effizienz deutet bereits an, dass auch eine produktionseffizient erstellte Gesundheitsleistung bzw. ein kostenoptimales Behandlungsangebot, wie z. B. ein bestimmtes Medikament oder Präventionsprogramm, auf der Wirkungsebene noch nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes führt.

20. Um die Rationalisierungsreserven im Produktionsbereich noch zu spezifizieren, lässt sich die Produktionseffizienz ihrerseits in eine finanzielle und eine physische Variante aufspalten. Dabei beinhaltet die finanzielle Produktionseffizienz das Verhältnis zwischen den eingesetzten Produktionsfaktoren und den durch sie verursachten Kosten. Die physische Produktionseffizienz setzt dagegen das erstellte Behandlungsangebot zu den eingesetzten Produktionsfaktoren in Verhältnis. Im Falle von Rationalisierungsreserven zeigt die finanzielle Produktionseffizienz an, dass die zur Erstellung der Gesundheitsleistung bzw. des Behandlungsangebotes eingesetzten Produktionsfaktoren zu hohe volkswirtschaftliche Kosten verursachen, d. h. mit zu hohen Preisen bzw. Vergütungen einhergehen. Daneben signalisieren Defizite im Bereich der physischen Produktionseffizienz ein suboptimales Einsatzverhältnis der eingesetzten Produktionsfaktoren, d. h. die gesundheitliche Leistungserstellung erfolgt z. B. an falscher Stelle, mit inadäquaten Verfahren, ohne hinreichende Koordination oder mit unzureichender Qualität.

21. Analog zum Produktionsbereich erlaubt auch der Wirkungsbereich eine Aufspaltung der dortigen Effizienz in eine Nutzungs- und eine Nutzeneffizienz. Dabei spiegelt die Nutzungseffizienz das Verhältnis zwischen den Nutzungszielen und dem Behandlungsangebot und die Nutzeneffizienz (Effektivität) die Relation zwischen den gesundheitlichen Outcomes und den Nutzungszielen wider. Im Bereich der Nutzungseffizienz treten Rationalisierungsreserven auf, wenn ein Behandlungsangebot ungenutzt bleibt. Dabei spielt es keine Rolle, ob das entsprechende Behandlungsangebot produktionseffizient erstellt wurde, denn die Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes setzt zwingend eine Inanspruchnahme

der Gesundheitsleistungen voraus. Beispiele für Defizite in diesem Bereich bilden z. B. die geringe Teilnahme an angebotenen Präventionsprogrammen und die verweigerter Inanspruchnahme von verordneten Arznei- oder Hilfsmitteln seitens der Patienten infolge mangelnder Adhärenz. Der Bereich der Nutzeneffizienz enthält Effizienzreserven, wenn bestimmte Behandlungen keinerlei Wirksamkeit besitzen oder sogar mit einem negativen gesundheitlichen Nettonutzen einhergehen, d. h. die negativen Nebenwirkungen die positiven gesundheitlichen Effekte übertreffen.

22. Diese vier Effizienz-kategorien, die zusammen zunächst die Produktions- sowie Wirkungseffizienz und damit auch die allokativen Effizienz ergeben, erlauben selbst bei auffälligen Relationen weder global noch in bestimmten Indikationsbereichen Rückschlüsse auf die jeweiligen Ursachen dieser Abweichungen. Sie können als reine Kennziffern noch keine Informationen über die Gründe vermuteter Rationalisierungsreserven liefern. Diese Aufspaltung der allokativen Effizienz vermag jedoch den Blick für verschiedenartige Ineffizienzen auf unterschiedlichen Ebenen zu schärfen und damit einen Ansatzpunkt für detailliertere kausale Untersuchungen zu bieten. Wie bereits angedeutet, kann von einer produktionseffizient erstellten Gesundheitsleistung kein oder gar ein negativer Effekt auf die gesundheitlichen Outcomes ausgehen, während eine mit zu hohen Kosten produzierte Behandlung die gesundheitlichen Outcomes und damit die Wohlfahrt ihrer Nutzer in erheblichem Umfang zu steigern vermag. Gleichwohl verursachen auch die Ineffizienzen im Produktionsbereich immer Wohlfahrtsverluste, denn die durch einen zu hohen Kosteneinsatz unnötig gebundenen Ressourcen können dann nicht mehr in eine andere Verwendung fließen und dort einen zusätzlichen Nutzen stiften. Bei allen Vorbehalten hinsichtlich der kausalen Aussagefähigkeit solcher Effizienz-kennziffern deuten sowohl eine Schwachstellenanalyse der deutschen Gesundheitsversorgung als auch internationale Vergleiche darauf hin, dass die Rationalisierungsreserven vor allem im Bereich der physischen Produktionseffizienz liegen, d. h. die gesundheitliche Leistungserstellung erfolgt vielfach an der falschen Stelle, ohne hinreichende sektorenübergreifende Koordination, bei mangelnder Transparenz für die Nutzer und ohne funktionsgerechte wettbewerbliche Rahmenordnung. Das gilt vor allem für die Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, die im Fokus dieses Gutachtens steht.

2.3 Ziele und Leitbilder der Gesundheitsversorgung

23. Der Wettbewerb und die mit ihm verbundenen Allokationsmechanismen stellen im Gesundheitswesen wie auch in anderen Wirtschaftssektoren keinen Selbstzweck dar, sondern dienen instrumental zur Verwirklichung höherrangiger Gesundheitsziele. Der Rat hat in diesem Kontext wiederholt einen stärkeren Zielbezug der Gesundheitspolitik angemahnt. Ohne expliziten Bezug zu validen, operationalen Gesundheitszielen fehlen der Gesundheitspolitik sowohl eine adäquate Orientierung für die zu ergreifenden Maßnahmen als auch funktionale Kriterien für eine ex post-Evaluation der Aktivitäten bzw. Projekte. Im Zentrum

der Absicherung des Krankheitsrisikos und der Gesundheitsversorgung steht unter Zielaspekten die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und eine bedarfsgerechte Versorgung. Diese zielt entsprechend den „medizinischen Orientierungsdaten“ vorrangig darauf ab:

- den vermeidbaren Tod zu verhindern bzw. das Leben möglichst zu verlängern,
- Krankheit und die mit ihr verbundenen Schmerzen und Befindlichkeitsstörungen zu verhüten, zu heilen, Krankheitsverläufe stabil zu halten und krankheitsbedingte Leiden zu lindern,
- die körperliche und psychische Funktionstüchtigkeit sowie die Eigenständigkeit und Befähigung zur Selbsthilfe wiederherzustellen oder zu erhalten,
- die menschliche Würde und Freiheit auch in Krankheit und Tod zu wahren sowie
- die Verfügbarkeit einer Behandlung im Eventualfall als Optionsnutzen zu gewährleisten.

24. Über diese zentralen Zielsetzungen, die im Wesentlichen die Lebenserwartung und die Lebensqualität beinhalten, hinaus kann die Gesundheitsversorgung auch einen Beitrag zur Realisierung allgemeiner, gesamtwirtschaftlicher Ziele leisten. Dieses Zielspektrum umfasst:

- die Erzeugung von längerfristigen Kapazitäts- und Produktivitätseffekten durch Erweiterung des Produktionspotenzials und Verbesserung des Humankapitals (zumindest bei unausgelasteten Kapazitäten in der Volkswirtschaft),
- die Steigerung des Wachstums des realen Sozialproduktes sowie
- die Schaffung von Arbeitsplätzen.

25. Die gesundheitlichen und abstrakten gesamtwirtschaftlichen Ziele lassen sich im Sinne einer Orientierungshilfe durch folgende Leitbilder einer zielorientierten Gesundheitsversorgung ergänzen:

- effektive und qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung,
- effiziente bzw. kostengünstige Leistungserstellung,
- Stärkung von Souveränität, Eigenverantwortung und Eigenkompetenz der Versicherten und Patienten,
- Wahrung der Autonomie der Patienten und Ermöglichung ihrer Einbindung in gesundheitliche Entscheidungsprozesse,
- Erhaltung der Solidarität im Sinne der intra- und intergenerativen Gerechtigkeit,
- Sicherung der Finanzierbarkeit einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung,
- Schaffung von Nachhaltigkeit und Stabilität sowie
- Transparenz und Planungssicherheit im Gesundheitssystem.

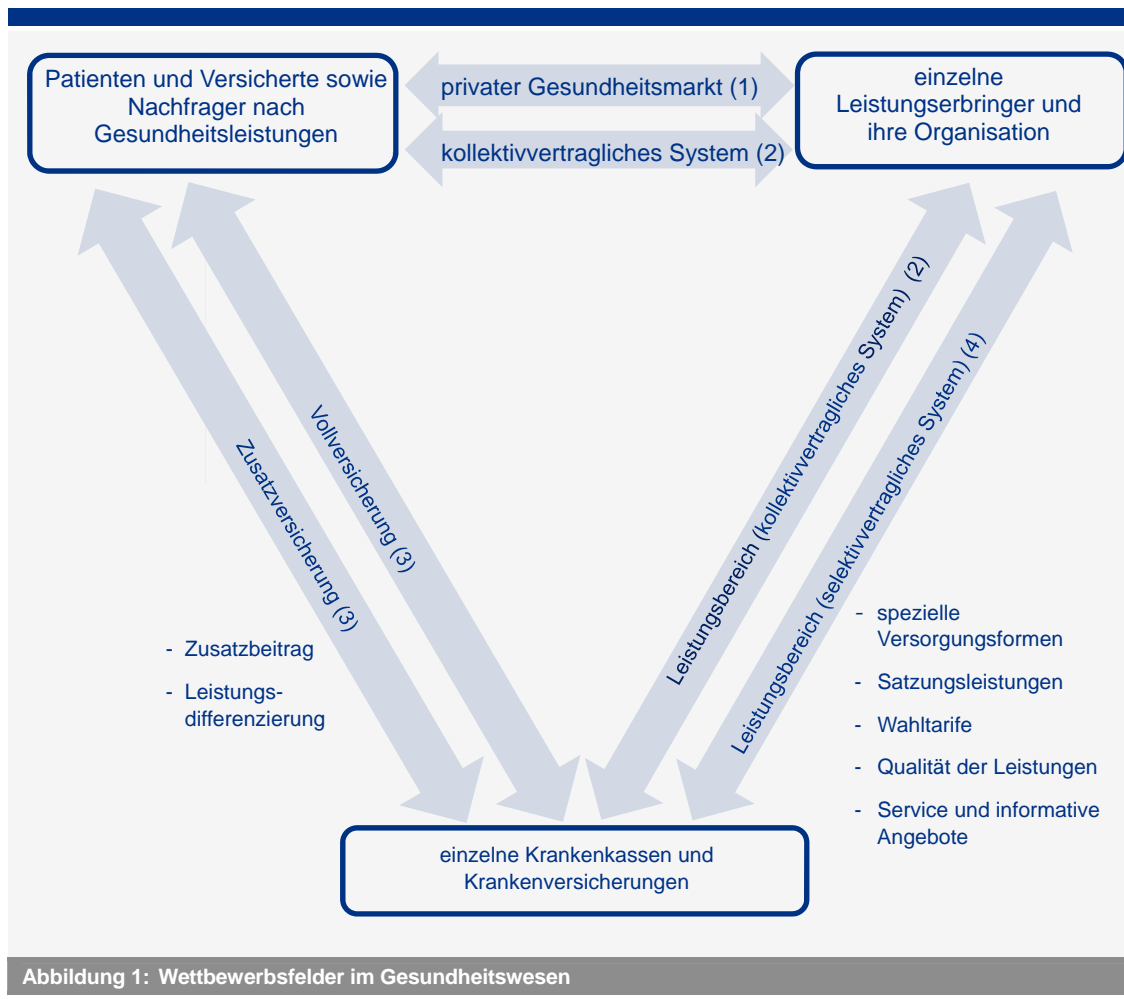
26. Zudem knüpfen sich speziell an das Instrument eines funktionsfähigen Wettbewerbs noch folgende Erwartungen:

- Ausrichtung des Leistungsangebotes am objektivierten Bedarf,
- Berücksichtigung der Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten durch Lenkung der Leistungen,
- Entlohnung nach erbrachter Leistungsqualität durch eine leistungsbezogene Vergütung,
- Förderung von Produkt- und Prozessinnovationen, vornehmlich im Zuge von dezentralen Suchprozessen sowie
- Verhinderung von monopolistischem Machtmissbrauch durch staatliche Instanzen, Krankenkassen und Leistungserbringer.

2.4 Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen

27. Im Gesundheitswesen lassen sich vor allem hinsichtlich der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen vier Wettbewerbsfelder unterscheiden, die jeweils verschiedene Vertragsebenen, -partner sowie -inhalte aufweisen. Das *erste Wettbewerbsfeld* bildet, wie Abbildung 1 illustriert, der private Gesundheitsmarkt, in dem die Leistungserbringer bzw. -anbieter um die private Nachfrage der Patienten und anderer Bürger konkurrieren. Da die nachfragenden Individuen die entsprechenden Gesundheitsleistungen auf eigene Rechnung erwerben, bedarf es hier keiner speziellen staatlichen Regulierung. Es reicht aus, wenn staatliche oder andere hoheitliche Instanzen die Unbedenklichkeit und Qualität dieser Güter in dem Sinne sicherstellen, dass diese keinen gesundheitlichen Schaden verursachen. Umfang und Struktur dieses Wettbewerbsfeldes hängen aber auch vom Leistungskatalog der GKV ab, denn mit dessen Ausweitung oder Einengung nimmt dieser Bereich ab oder zu.

28. Im *zweiten Wettbewerbsfeld*, dem kollektivvertraglichen System bzw. Leistungsbe- reich, besteht zwar kein Wettbewerb unter den Krankenkassen, denn diese schließen gemeinsam und einheitlich Verträge mit einzelnen Leistungserbringern wie Krankenhäusern oder Gruppen von ihnen wie Kassenärztlichen Vereinigungen. Gleichwohl stehen auch hier die einzelnen Leistungserbringer, wie z. B. Ärzte, Krankenhäuser und pharmazeutische Unternehmen, in Konkurrenz um die Nachfrage der Versicherten und Patienten. Zudem könnten die Kassenärztlichen Vereinigungen auch im kollektivvertraglichen System einen Qualitätswettbewerb unter ihren Mitgliedern mit Hilfe entsprechender Vergütungssysteme auslösen bzw. installieren. Ferner könnte eine funktionsgerechte wettbewerbliche Rahmenordnung an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor auch im kollektivvertraglichen System einen Preis- und Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern und den niedergelassenen Fachärzten stimulieren.



Quelle: Eigene Darstellung

29. Das *dritte Wettbewerbsfeld* beinhaltet den Versicherungsbereich, in dem die einzelnen Krankenkassen im Wettbewerb um die Attrahierung von Versicherten stehen. Diesen Wettbewerb intensivierte vor allem das Gesundheitsstrukturgesetz, das mit Wirkung zum 1. Januar 1993 in Kraft trat und den Versicherten der GKV weitgehende Freiheiten hinsichtlich der Wahl ihrer Krankenkasse eröffnete. Der Gesetzgeber gewährte den Krankenkassen ab Ende der 1990er Jahre auch einige Wettbewerbsparameter, die es ihnen trotz des einheitlichen Grundleistungskatalogs erlaubten, sich wettbewerblich zu differenzieren (siehe ausführlicher unter 3.1). Obgleich der Wettbewerb der Krankenkassen in Verbindung mit der Wahlfreiheit der Versicherten für die Wohlfahrt der Versicherten einen „Wert an sich“ darstellt, vermögen wettbewerbliche Prozesse in diesem Feld die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung noch nicht zu verbessern. Dies setzt ein Übergreifen des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen auf den Leistungsbereich voraus, denn dort findet die Gesundheitsversorgung bzw. die gesundheitliche Leistungserstellung statt.

30. Im *vierten Wettbewerbsfeld*, dem selektivvertraglichen System, können die Leistungserbringer jenseits der kollektiven Vereinbarungen mit dem Preis, der Qualität ihrer Güter und Dienste und/oder dem Service um Verträge mit den Krankenkassen konkurrieren. Die Krankenkassen stehen ihrerseits untereinander im Wettbewerb um preisgünstige und/oder qualifizierte Leistungsanbieter, mit denen sie dann im Versicherungsbereich werben und so ihre Chancen bei der Attrahierung von Versicherten erhöhen können. Letztere besitzen die Möglichkeit, über eine Teilnahme an bestimmten Programmen und die Annahme von bestimmten Angeboten diesen Wettbewerb im Leistungsbereich auch unmittelbar zu beeinflussen.

2.5 Preis- und Qualitätswettbewerb

31. Der Preiswettbewerb der Krankenkassen zielt darauf ab, eine möglichst homogene (Gesundheits-)Leistung kostengünstig zu erwerben. Dies befähigt sie, ihre Ausgaben niedrig zu halten und damit einen Zusatzbeitrag zu vermeiden oder eine Prämie an ihre Mitglieder auszuzahlen. Den gleichen Kosteneffekt entfaltet eine Begrenzung der Leistungsmenge. Die Krankenkassen besitzen erhebliche Anreize, ihre Kosten zu senken, was sich u. a. in intensiven Bemühungen um niedrige Preise bzw. hohe Rabatte sowie in erheblichen Anstrengungen beim Krankengeldmanagement und der Prüfung von Krankenhausrechnungen niederschlägt. Das Streben nach einer Kostensenkung bzw. -begrenzung bildet nicht zwangsläufig einen Gegensatz zum Qualitätswettbewerb, denn eine hohe Versorgungsqualität vermag über ihre mittel- und langfristigen Wirkungen eventuell insgesamt auch zu einer Kostensenkung beizutragen.

32. Der Qualitätswettbewerb sollte aus normativer Sicht dazu dienen, über eine verbesserte Versorgung die gesundheitlichen Outcomes, d. h. Lebenserwartung und Lebensqualität, und damit die Wohlfahrt der Versicherten zu erhöhen. Die Krankenkassen besitzen in diesem Kontext ein Interesse daran, sich zu differenzieren und damit Versicherte zu attrahieren. Dabei geht es im Ergebnis vornehmlich darum, bei den Leistungserbringern ein Qualitätsbewusstsein zu schaffen und sie zu einem kontinuierlichen Qualitätsmanagement zu veranlassen. Dies kann auch pekuniäre Anreize, d. h. Vergütungen in Abhängigkeit von der erbrachten Leistungsqualität, einschließen.

33. Um über gezielte Wahlentscheidungen den Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern stimulieren zu können, benötigen die Versicherten und Patienten ebenso wie die Krankenkassen eine hinreichende Markttransparenz, d. h. im wesentlichen valide Informationen über die bestehenden Behandlungsalternativen und über die vorhandenen Leistungsqualitäten. Die Messung der Qualität mit validen Qualitätsindikatoren verspricht, wie auch Studien belegen, eine verbesserte Gesundheitsversorgung und damit auch positive Effekte auf die gesundheitlichen Outcomes. Die Bedingungen für eine interne Evaluation der Qualität seitens der Leistungserbringer, verbunden mit einer entsprechenden externen Berichterstattung, liegen vor allem deshalb noch nicht vor, weil es an einem validen System

von Qualitätsindikatoren mangelt. Es fehlt insofern eine zentrale Voraussetzung für einen funktionsfähigen Qualitätswettbewerb im Leistungsbereich, dessen Ergebnisse eine zielorientierte Informationsgrundlage sowohl für die Wahlentscheidungen der Versicherten und Patienten als auch für den Wettbewerb der Krankenkassen darstellen könnten. Diese Defizite im Bereich des Qualitätswettbewerbs erklären zum Teil auch die bisherige starke Konzentration der Krankenkassen auf den Preiswettbewerb mit dem Fokus auf die Beitragsentwicklung.

2.6 Grundlegende Aspekte des Kartell- und Vergaberechts

34. Der Gesetzgeber macht die wettbewerbliche Ausrichtung des Krankenversicherungsmarktes zu seinem erklärten Ziel und verweist in den Begründungen neuerer Gesetze mehrfach auf die Notwendigkeit seiner Stärkung. Wo Wettbewerb ist, gilt grundsätzlich auch Wettbewerbsrecht. Neben dem Lauterkeitsrecht umfasst dies insbesondere das Kartellrecht, das den Schutz der Freiheit des Wettbewerbs zur Aufgabe hat und daher unerlässlich für sein Funktionieren ist. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen ist die Anwendung des Kartellrechts in seiner Reichweite jedoch bisher unklar.

35. Die maßgeblichen kartellrechtlichen Vorschriften sind auf europäischer Ebene die der Artt. 101, 102 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) und auf nationaler Ebene die des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB), die nach dem in der 6. und 7. GWB-Novelle zum Ausdruck kommenden Willen des nationalen Gesetzgebers identisch auszulegen sind.

36. Schlüsselbegriff für die Anwendbarkeit kartellrechtlicher Bestimmungen ist der Unternehmensbegriff. Ausdrücklich abgelehnt hat der EuGH die Unternehmenseigenschaft deutscher gesetzlicher Krankenkassen und ihrer Verbände 2004 in der Rechtssache AOK-Bundesverband. Nach dem EuGH erfüllen die deutschen gesetzlichen Krankenkassen einen rein sozialen Zweck und üben keine wirtschaftliche Tätigkeit aus. Obwohl der deutsche Gesetzgeber in der Folge – insbesondere im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) 2007 – zahlreiche Wettbewerbsinstrumente in das System der gesetzlichen Krankenkasse implementiert hat, ist nicht davon auszugehen, dass das Urteil des EuGH heute anders ausfiele, da die solidarische Umverteilung auch weiterhin in der GKV dominant und für diese prägend ist. Es ist noch nicht die Grenze überschritten, an der aus dem „sozialen Zweck“ eine „wirtschaftliche Tätigkeit“ eines Unternehmens wird. Damit lässt sich festhalten, dass das europäische Kartellrecht derzeit wohl keine Anwendung auf den Wettbewerb unter den Kassen der GKV findet, was wegen des Gleichlaufs von europäischem und nationalem Kartellrecht direkt auch für das deutsche GWB gilt.

37. Der deutsche Gesetzgeber hat diesem Umstand – für das Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern (dem sogenannten Leistungsmarkt) – Rechnung getragen und ordnet in § 69 Abs. 2 SGB V in seiner seit dem 1. Januar 2011 aufgrund des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) geltenden Fassung die „entsprechende“ Anwen-

dung des Kartellverbots und der meisten anderen Vorschriften des GWB ausdrücklich an. Zu der Anwendung des Kartellrechts auf die Tätigkeit der Krankenkassen auf dem Versicherungsmarkt, d. h. im Preis- und Qualitätswettbewerb um Versicherte, schweigt das Gesetz jedoch bisher. Da eine gesetzlich angeordnete „entsprechende“ Anwendung hier fehlt, geht das LSG Hessen in seiner Entscheidung vom 15. September 2011 (L 1 KR 89/10 KL) mit Verweis auf die EuGH-Rechtsprechung zutreffend davon aus, dass das GWB hier nicht gelte.

Damit wird der Wettbewerb der Krankenkassen derzeit nur auf dem Leistungsmarkt, nicht aber auf dem Markt um Versicherte, wirksam geschützt. Aus der Notwendigkeit, die allgemeinen Regeln des Wettbewerbs bereichsspezifisch anzuwenden und zu konkretisieren, wird das Postulat abgeleitet, ganz auf diese allgemeinen Regeln zu verzichten.

38. Zahlreiche Stimmen in der Rechtswissenschaft wie auch die Monopolkommission sehen dringenden Handlungsbedarf: Sie fordern einen wirksamen Schutz des Wettbewerbs. Einerseits wäre ein sektorspezifisches Wettbewerbsrecht denkbar, das in das SGB V integriert werden könnte. Den zuständigen Aufsichtsbehörden könnten in diesem Zusammenhang ähnliche Kompetenzen wie die des Bundeskartellamts übertragen werden. Andererseits kommt die Anordnung einer analogen Anwendung des GWB nach dem Vorbild des § 69 Abs. 2 S. 1 SGB V in Betracht. Orientiert an der Regelung des Art. 106 Abs. 2 AEUV müsste dann sichergestellt werden, dass die Wettbewerbsregeln zurücktreten, wenn durch ihre Anwendung die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen verhindert würde.

39. Angestoßen durch das Urteil des LSG Hessen und die Debatte in Wissenschaft und Praxis ist die Bundesregierung tätig geworden und hat einen ersten Gesetzentwurf im Rahmen der 8. GWB-Novelle vorgelegt (BT-Drs. 176/12). Der Gesetzentwurf zielt auf Änderungen sowohl des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch (SGB V) als auch des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) und des GWB. Er dient dem Zweck, den Wettbewerb innerhalb der GKV zu schützen und erweitert daher die Anwendung wettbewerbsrechtlicher Vorschriften auf gesetzliche Krankenkassen. Insbesondere sollen dem § 4 Abs. 3 SGB V Regelungen hinzugefügt werden, die die entsprechende Anwendung bestimmter Vorschriften des GWB auf das Verhältnis der Krankenkassen und ihrer Verbände untereinander sowie zu den Versicherten vorsehen, zu denen insbesondere das Kartellverbot und die Missbrauchsaufsicht gehören.

Das erscheint stimmig. So wird Einheitlichkeit zu § 69 Abs. 2 S.1 SGB V geschaffen und die Krankenkassen werden in ihrem wettbewerblichen Handeln umfänglich dem Kartellrecht unterstellt. Das Kartellrecht ist zur Regulierung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen auch geeignet: Ein unauflösbares Spannungsverhältnis zu den Vorgaben des Sozialrechts insbesondere den im SGB V vorgesehenen Kooperationsgeboten entsteht nicht. Zunächst sind die Sozialgesetzbücher gegenüber dem GWB spezieller und genießen daher Vorrang. Darüber hinaus greifen kartellrechtliche Ge- und Verbote nur in solchen Bereichen, in denen den Krankenkassen Handlungsspielräume eröffnet sind. Sind die Krankenkassen gesetzlich zu einem bestimmten Verhalten verpflichtet, so kann dies keine wettbewerbsrechtlichen Sanktionen nach dem GWB hervorrufen, weil der Freiraum fehlt, den

wettbewerbliches Verhalten voraussetzt. Die Rechtsgebiete greifen daher systematisch stimmig ineinander, sodass eine „Feinsteuerung“ und ein versöhnliches Miteinander von Kartell- und Sozialrecht möglich sind. Den Vorschlag unterstützt auch die Monopolkommission, die gefordert hatte, den Charakter der Tätigkeit von Krankenkassen gesetzlich eindeutig zu definieren um Unsicherheiten hinsichtlich der Unternehmenseigenschaft vorzubeugen, in ihrem Sondergutachten (BT-Drs. 17/8541) zur Novelle des GWB. Die Umsetzung des oben genannten Gesetzentwurfs kann ein wichtiger unterstützender Schritt zur Verwirklichung eines funktionierenden Wettbewerbs in der GKV sein.

40. Wendet man das Kartellrecht auf die GKV an, wie dies der deutsche Gesetzgeber durch § 69 Abs. 2 SGB V für das Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern anordnet und er es nach seinem Entwurf künftig auch für das Verhältnis zu den Versicherten tun will, stellt sich jedoch die weitere Frage, ob dadurch die Anwendung des Vergaberechts auf die Kostenträger entbehrlich wird. Das Vergaberecht (auch als öffentliches Auftrags-, Beschaffungs-, Verdingungswesen bezeichnet) umfasst Regeln und Vorschriften, die ein Träger öffentlicher Gewalt bei der Beschaffung von sachlichen Mitteln und Leistungen, die er zur Erfüllung seiner Aufgaben benötigt, zu beachten hat.

41. Von Seiten der Kostenträger wird am Vergaberecht der hohe Aufwand für die Beteiligten als problematisch empfunden. Überdies sieht man insbesondere beim Einkauf von Gesundheitsleistungen durch Krankenkassen die Gefahr, dass der Qualitätswettbewerb gegenüber dem Preiswettbewerb zu kurz kommt, da sich Qualität oft nicht justiziabel spezifizieren lässt. Hinzu kommt, dass der Aufwand einer Ausschreibung nur beim Abschluss von Selektivverträgen anfällt, nicht jedoch bei Kollektivverträgen. Dies verzerrt den Wettbewerb zwischen diesen beiden Bereichen.

42. Dennoch ist das Kartellrecht keine Alternative zum Vergaberecht, weil beide Regelungsbereiche unterschiedliche Zwecke verfolgen: Während die Anwendung des Kartellrechts auch den Wettbewerb auf Seiten der Kostenträger stärken soll, hat das Vergaberecht die Funktion, den Wettbewerb auf Seiten der Leistungserbringer zu stärken. Dies dient dazu, die im Wettbewerb liegenden kostensenkenden Potenziale nutzbar zu machen. Ferner dient das Vergaberecht der Gleichbehandlung aller Leistungserbringer bei dem Zugang zu öffentlichen Aufträgen, gerade auch zugunsten von Leistungserbringern aus anderen Mitgliedstaaten.

43. Im EU-Recht liegt denn auch das entscheidende Argument, warum die Kostenträger nicht von den Bindungen des Vergaberechts befreit werden können: Das Vergaberecht der GKV ist durch eine Vergaberichtlinie harmonisiert. Diese Richtlinie erfasst die Kostenträger als öffentliche Auftraggeber und die Leistungen als öffentliche Aufträge. Da die Bundesrepublik nach Art. 288 Abs. 3 AEUV verpflichtet ist, EU-Richtlinien in mitgliedstaatliches Recht zu überführen, kann der deutsche Gesetzgeber nicht im Alleingang das Vergaberecht abbedingen, ohne gegen seine Verpflichtungen aus dem AEUV zu verstoßen.

44. Spielraum eröffnet dem deutschen Gesetzgeber allerdings der Vorschlag der EU-Kommission für eine Neufassung der Vergaberichtlinie, die für Dienstleistungen im Sozial-, Gesundheits- oder Bildungsbereich einen weitgehenden Regelungsspielraum der Mitgliedstaaten vorsieht. Wieweit dieser sich realisieren wird, ist zurzeit kaum absehbar. Sollte hier Spielraum eröffnet werden, so ist zu prüfen, ob hiervon Gebrauch gemacht werden kann, wenn und soweit die Effizienzgewinne durch Vergaberecht als geringer eingeschätzt werden als der damit verbundene Aufwand. Dann müssten aber andere und bessere Wege gefunden werden, Transparenz und Chancengleichheit in einer Weise zu verwirklichen, bei der die auszuschreibenden Dienstleistungen ihren Sinn erfüllen und in einer für die Begünstigten förderlichen Weise erbracht werden können. Hierzu liegen Vorschläge, insbesondere die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 8. März 2012, vor, die auch in den Diskussionsprozess zum endgültigen Wortlaut der Richtlinie eingebracht werden können. Dies gilt insbesondere für den Vorschlag, die Richtlinie insoweit zu präzisieren, dass ein Vergabeverfahren nur dort erfolgen muss, wo der öffentliche Auftraggeber tatsächlich selbst eine Auswahlentscheidung trifft.

3 Voraussetzungen für einen zielführenden Wettbewerb im Gesundheitswesen

3.1 Die bestehenden Wettbewerbsparameter der Krankenkassen

45. In der GKV dominieren immer noch kollektive Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf der einen und den Verbänden der Vertragsärzte sowie der Krankenhäuser auf der anderen Seite. Damit einher geht sowohl auf der Finanzierungs- als auch auf der Ausgaben- bzw. Leistungsseite ein einheitliches und gemeinsames Handeln aller Krankenkassen, d. h. wettbewerbliche Optionen bilden die Ausnahme. Diese krankenkassenspezifischen Gestaltungsmöglichkeiten beschränken sich derzeit im Wesentlichen auf:

- Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Auszahlung einer Prämie,
- die selektiven Verträge im Rahmen der besonderen Versorgungsformen,
- spezielle vertragliche Vereinbarungen mit ausgewählten Leistungserbringern zur Verbesserung der Versorgungsqualität oder der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach §§ 128 Abs. 6 bzw. 136 Abs. 4 SGB V,
- Einzelverträge innerhalb von Leistungsbereichen über Preise und Rabatte, z. B. bei Arznei- und Hilfsmitteln,
- mit speziellen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds finanzierte Satzungs- und Ermessensleistungen,
- Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V,
- Wahltarife nach § 53 SGB V,
- Vermittlung von privaten Zusatzversicherungsverträgen nach § 194 Abs. 1a SGB V sowie

- neben dem allgemeinen Service (Geschäftsstellen und Call-Center), Abgabe von Informationsmaterial, wie z. B. Krankenhaus- und Pflegenavigator sowie Aufbau einer „Marke“.

46. Sofern eine Krankenkasse ihren Finanzbedarf nicht durch die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds zu decken vermag, muss sie gemäß § 242 Abs. 1 SGB V in ihrer Satzung bestimmen, von ihren Mitgliedern einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag zu erheben. Übersteigt die Zuweisung den Finanzbedarf kann sie entsprechend Prämien an ihre Mitglieder auszahlen. Alle übrigen Wettbewerbsparameter beziehen sich auf die Ausgabenseite bzw. den Leistungsbereich der GKV. Dabei zielen die besonderen Versorgungsformen vor allem darauf ab, die Koordination und Integration zwischen haus- und fachärztlichen Behandlungen sowie zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zu verbessern. Alle besonderen Versorgungsformen ermöglichen ein selektives Kontrahieren zwischen einzelnen Krankenkassen und zugelassenen Leistungserbringern sowie Gruppen von ihnen. Mit Ausnahme der integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V können auch die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner der Krankenkassen auftreten.

3.2 Umfang und Struktur der Beschäftigten aus wettbewerblicher Sicht

47. Eine hinreichende Verfügbarkeit von fachlich gut qualifiziertem Personal stellt eine zentrale Voraussetzung für einen zielführenden Qualitätswettbewerb dar. Die Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen wird künftig infolge der sich ändernden Altersstruktur der Bevölkerung mit einem veränderten Morbiditätsspektrum und zunehmender Multimorbidität deutlich steigen. Zugleich schrumpft das Fachkräftepotenzial, weil es seinerseits durch den Geburtenrückgang und die demografische Alterung beeinflusst wird. Zu erwarten ist, dass sich diese Entwicklung weiter fortsetzen wird, obschon die Gesundheits- und Pflegebranche zunehmend als Wachstumsmarkt und „Beschäftigungsmotor“ Aufmerksamkeit findet. Die Fachkräftesicherung wird daher auch künftig ein wichtiges Thema bleiben. Die Sicherung eines ausreichenden Fachkräftepotenzials im Gesundheitswesen ist schon heute nicht durchgängig gewährleistet. So wird seit einiger Zeit ein Ärztemangel beklagt – vor allem in der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten. In der Pflege stellt der Fachkräftemangel bzw. der „Pflegetotstand“ schon seit den 1960er Jahren ein zyklisch wiederkehrendes Thema dar. Seit einiger Zeit zeichnet sich der Mangel jedoch verschärft ab. Besonders macht er sich im Krankenhausbereich bemerkbar, wo sich in den vergangenen Jahren in der Pflege trotz Arbeitsverdichtung – anders als bei den Ärzten – ein gravierender Personalabbau vollzogen hat. Auch in der stationären und ambulanten Langzeitversorgung wird auf wachsenden Personal-mangel sowie dessen negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung verwiesen.

48. Dem wachsenden Bedarf an Gesundheits- und Versorgungsleistungen stehen gegenwärtig knapp 334 000 berufstätige Ärzte (sowie ca. 67 000 Zahnärzte) gegenüber. Insgesamt

ist die Zahl der berufstätigen Ärzte zwischen 1999 und 2010 um 14,6 % gestiegen – eine Entwicklung, die vor allem auf den stationären Sektor konzentriert war (Zuwachs um rund 19 %). Die Anzahl der Einwohner pro berufstätigem Arzt hat sich um ca. 13 % verringert. Im OECD-Vergleich liegt Deutschland bei der Ärztedichte im Mittelfeld wirtschaftlich vergleichbarer Länder (Angaben für das Jahr 2009).

Dennoch besteht vorliegenden Studien zufolge in Deutschland keine generelle Überausstattung mit ärztlichem Personal. Neben Innenstädten mit einem Überangebot an Fachärzten zeichnen sich in manchen Regionen und Bereichen sogar Schwierigkeiten bei der Personalrekrutierung ab. So sind im Krankenhaussektor zahlreiche Arztstellen unbesetzt. Im ambulanten Sektor können vor allem in ländlichen, strukturschwachen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte frei werdende Arztsitze nicht wiederbesetzt werden. Dieses Missverhältnis wirkt sich bei den Ärzten der Primärversorgung (Hausärzten) besonders stark aus.

49. Die Ursachen für die zunehmend schwierigere Personalsituation sind vielfältig. So wird das abnehmende durchschnittliche Arbeitsvolumen pro Arztstelle genannt, das im stationären Bereich u. a. Folge der Umsetzung der europäischen Arbeitszeitverordnung, generell aber auch der sich verändernden Lebensstile und des steigenden Anteils an Teilzeitstellen in den ärztlichen Berufen ist. In den strukturschwachen Regionen kommen die unattraktiv erscheinenden Möglichkeiten der Berufsausübung und Lebensgestaltung hinzu.

Weitere Ursachen stellen die stärkere Ausdifferenzierung von Beschäftigungsmöglichkeiten für Ärzte außerhalb der medizinischen Versorgung sowie die Abwanderung qualifizierter Ärzte ins Ausland dar. Für den abnehmenden Wunsch, über längere Zeit in der kurativen Medizin tätig zu sein, sind zudem die Arbeitsbedingungen von Relevanz, so etwa die hohe Arbeitsbelastung, der fehlende Freizeitausgleich für regelmäßig zu leistende Überstunden, die oft fehlende Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, zu wenig geregelte Arbeitszeiten und zu wenig wertschätzende und partizipative Führungsmodelle. Schließlich ist anzuführen, dass die demografische Entwicklung auch die Gesundheitsprofessionen erfasst: Das Durchschnittsalter der Beschäftigten ist besonders bei Ärzten und Zahnärzten in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen.

50. Die Situation der Pflege stellt sich teilweise anders dar. Die Pflegeberufe stehen vor den gleichen gesellschaftlichen Herausforderungen wie die Ärzte, befinden sich aber in Deutschland in einer schlechteren Ausgangslage und statusschwächeren Position. Hinzu kommt, dass diese zahlenmäßig größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen sich in einer Umbruchsituation befindet, seit – international gesehen mit großer zeitlicher Verzögerung – vor ca. 15 bis 20 Jahren auch hierzulande die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege eingeleitet wurde.

51. Nach der Gesundheitspersonalrechnung 2009 sind von den insgesamt 4,74 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen knapp 1,46 Millionen in der Pflege tätig – 812 000 als Gesundheits- und Krankenpfleger, 258 000 als Gesundheits- und Krankenpflegehelfer

und 388 000 als Altenpfleger bzw. Altenpflegehelfer, wobei hier der ausgeübte, nicht aber der erlernte bzw. ausgebildete Beruf ausgewiesen ist. Traditionell ist die Pflege ein Frauenberuf mit hoher Teilzeitquote. Insgesamt ist auch in den Pflegeberufen in den letzten Jahren die Beschäftigtenzahl gewachsen. Bei genauerer Betrachtung wird allerdings sichtbar, dass sich in den verschiedenen Versorgungsbereichen unterschiedliche Entwicklungen vollzogen haben. So hat sich im Krankenhaussektor zwischen 1996 und 2007 – gegenläufig zum Stellenzuwachs bei den Ärzten – ein kontinuierlicher Stellenabbau in der Pflege vollzogen, obschon sie ebenso von der sich dort seit Einführung der DRGs vollziehenden Arbeitsverdichtung betroffen ist und mehr Patienten in gleicher Zeit versorgt werden müssen. Zugleich hat sich in den stationären (Langzeit-)Pflegeeinrichtungen die Bewohnerzusammensetzung stark verändert, wodurch der Versorgungsbedarf gestiegen und mit anderen fachlichen Anforderungen verbunden ist. Auffällig ist zudem, dass der Zuwachs an Vollzeitstellen in den Jahren 2000 bis 2009 in allen Pflegeberufen aufgrund einer Umschichtung der Beschäftigungsstrukturen in Richtung Teilzeit- und geringfügige Beschäftigung wesentlich geringer ausfällt als der Anstieg der Beschäftigtenzahlen.

Insgesamt ist in der pflegerischen Versorgung in den letzten Jahren ein deutlicher Beschäftigungsanstieg eingetreten. Allerdings lässt dies noch keine Schlussfolgerung über die Bedarfsgerechtigkeit der Personal- und Versorgungssituation in den verschiedenen Bereichen der Pflege zu. Es zeigt sich im Gegenteil, dass die Fachkräfteentwicklung schon heute nicht mit der Expansion und Veränderung des bevölkerungsbezogenen Bedarfs Schritt hält und sich erneut ein Pflegenotstand manifestiert.

52. Die Ursachen für die schwierige Personalsituation in der Pflege sind vielfältig. Infolge des demografischen Wandels haben sich die Anforderungen und die erforderlichen Qualifikationsprofile verändert. So sind in der Altenpflege heute oftmals Qualifikationen aus der Krankenpflegeausbildung und umgekehrt in der Krankenpflege zunehmend Qualifikationen aus der Altenpflegeausbildung erforderlich. In der ambulanten und stationären Langzeitversorgung werden zudem vermehrt klinische Spezialkompetenzen benötigt. Generell ist in der Pflege inzwischen der Bedarf an Spezialkompetenzen und pflegewissenschaftlicher Expertise gestiegen. Verstärkt wird dies durch die berechtigte Forderung nach Evidenzbasierung pflegerischen Handelns, die bislang zumeist auf insuffiziente Voraussetzungen stößt (fehlende Verwissenschaftlichung, unzureichender Ausbau der Pflegeforschung etc.). Auch die bestehenden Ausbildungen haben mit diesen Veränderungen nicht Schritt gehalten; entsprechende Reformen zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe kommen nur mühsam voran. Als Konsequenz nehmen daher die Dissonanz zwischen erworbenen Qualifikationen und den realen Anforderungen im Pflegealltag zu und damit einhergehend auch die Unzufriedenheit mit den bestehenden Arbeitsbedingungen, die sich aus Sicht der Pflege deutlich verschlechtert haben. Gesundheitsprobleme, Burn-Out und Attraktivitätsverlust der Pflegeberufe sind die Folge.

Projektionen der Fachkräfteentwicklung im Gesundheitswesen

53. Zur zukünftigen Fachkräfteentwicklung bei Ärzten liegen verschiedene Studien vor, die jeweils spezifischen Prognosemodellen folgen, unterschiedliche Parameter berücksichtigen und uneinheitliche Stichjahre aufweisen. Sie deuten insgesamt jedoch auf einen spätestens ab 2020 zunehmenden Mangel an Ärzten sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor hin. Zwei Studien prognostizieren, dass bis 2020 bereits 37 000 bzw. 56 000 Ärzte fehlen, bis 2030 steigt die Zahl weiter an. Bei den Bedarfsprognosen wird zwar die zu erwartende Bevölkerungsentwicklung in Rechnung gestellt, allerdings werden die gegenwärtig zu beobachtenden altersspezifischen Erkrankungs- bzw. Arzt-Patienten-Kontaktraten zugrunde gelegt und verschiedene weitere relevante Einflussfaktoren der künftigen Entwicklung nicht berücksichtigt. Trotz dieser Limitationen können auf der Grundlage der vorgestellten Studien folgende Aussagen abgeleitet werden:

- bis zum Jahr 2020, und voraussichtlich in verschärfter Form bis zum Jahr 2030, wird die derzeit schon in einigen Versorgungsbereichen feststellbare Personalknappheit zunehmen, sowohl in ambulanten als auch in stationären Einrichtungen,
- der „relative Personalmangel“ dürfte ab dem Jahr 2020 bei den niedergelassenen Ärzten stärker als in stationären Einrichtungen sein,
- in stationären Einrichtungen werden mögliche Personalengpässe früher, aber mittelfristig weniger stark eintreten,
- mit Blick auf den intersektoralen Wettbewerb könnte jedoch auch eine Verschiebung der erwarteten Unterausstattung relevant sein, etwa wenn die steigende Nachfrage nach Teilzeitbeschäftigung berücksichtigt wird, die sich im ambulanten Sektor voraussichtlich besser realisieren lässt.

54. Zur Prognose des künftigen Fachkräftebedarfs in der Pflege liegen ebenfalls mehrere Studien vor (siehe Tabelle 1). Durchgängig zeigen sie, dass es unter Beibehaltung der heutigen Strukturen in der Pflege in Zukunft zu einem beträchtlichen Personalmangel kommen wird. Trotz eingeschränkter Vergleichbarkeit der Studien fallen größere Unterschiede zwischen den Berechnungen auf, was das Ausmaß des zu erwartenden Personalmangels in der Pflege betrifft.

Autor (Jahr)	Versorgungseinrichtungen	Beruf	Status	Morbiditätsentwicklung	Mangel an Pflegekräften (Jahr) in VZÄ
Afentakis und Maier (2010)*	Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen	Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, Altenpfleger	nur ausgebildete Pflegekräfte	SQ**	193 000 (2025)
				MK***	135 000 (2025)
			inkl. an-/ungelernte Pflegekräfte	SQ**	112 000 (2025)
				MK***	55 000 (2025)
Ostwald et al. (2010)****	ambulante und stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens	Gesundheits- und Krankenpfleger	–	k.A.	128 400 (2020)
					393 100 (2030)
		Gesundheits- und Krankenpflegehelfer	–	k.A.	36 400 (2020)
					84 634 (2030)
Hackmann (2010)	ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen	„Altenpflegekräfte“	–	SQ	430 000 (2050)

Tabelle 1: Fachkräftemangel in der Pflege – Ergebnisse verschiedener Studien

- * Dargestellt sind die Ergebnisse bei einer Fortschreibung der Beschäftigungsstruktur wie in Deutschland im Jahr 2005. Die Autoren haben auch Effekte bei Anpassung der Beschäftigungsstrukturen auf das Niveau von Ost- bzw. Westdeutschland (unterschiedliche Teilzeitquoten) dargestellt.
- ** Status quo-Prognose.
- *** Prognose unter der Annahme einer Morbiditätskompression.
- **** Bei Ostwald et al. werden für ambulante und stationäre Einrichtungen getrennte Prognosen ausgewiesen. Zur vereinfachten Darstellung ist hier eine Summe gebildet.

Quelle: Afentakis/Maier 2010; Ostwald et al. 2010; Hackmann 2010. Eigene Berechnung und Darstellung

Der Fachkräftebedarf in der Pflege hängt auch von der künftigen Machbarkeit und Präferenz für bestimmte Versorgungsarrangements ab. Das betrifft besonders die pflegerische Langzeitversorgung, bei der Substitutions- und Ergänzungseffekte zwischen professionell erbrachter Dienstleistung und der Pflege durch Angehörige auftreten. Wie in der ärztlichen Versorgung sind zudem auch in der Pflege regional unterschiedliche Entwicklungen zu berücksichtigen. Der demografische Wandel und auch der künftige regionale Bedarf an Beschäftigten in der Pflege sind in den Bundesländern verschieden stark ausgeprägt und selbst die Entwicklungen in den Städten und Landkreisen eines Bundeslandes zeigen erhebliche Unterschiede. Die Limitationen der verschiedenen Studien zum künftigen Personalbedarf bzw. -mangel in der Pflege sind zahlreich. So sind Krankenhausdiagnosen angesichts des Bedeutungszuwachses chronischer Erkrankungen nicht ausreichend zur Bestimmung des künftigen Pflegefachkräftebedarfs in der medizinischen Versorgung. Mit Blick auf die Pflege nach SGB XI hat zudem erheblichen Einfluss, welcher Pflegebedürftigkeitsbegriff zugrunde gelegt wird. Für die Pflege besonders relevant sind die künftige Entwicklung der Teilzeitquote, der Berufsverweildauer und der Altersstruktur der Beschäftigten (ansatzweise werden diese Aspekte in den Studien aufgegriffen). Auch hat die Alterung der Bevölkerung Auswirkungen auf die Gesundheitsberufe. Ein weiterer methodischer Schwachpunkt der vorliegenden Berechnungen besteht in der fehlenden Differenzierung der verschiedenen Berufe und Qualifikationsstufen in der Pflege. Die Berechnungen spiegeln schon heute nicht die sichtbare horizontale und vertikale Ausdifferenzierung der Qualifikationsstrukturen in der Pflege – von verschiedenen Assistenzbildungen bis hin zu Fach-

kräften mit Universitätsabschlüssen – wider. Im Zuge des weiteren Umbaus des Versorgungssystems (Stichworte: „Ambulantisierung“, sektorenübergreifende Versorgung etc.) wird der Bedarf an ausdifferenzierten, spezialisierten Qualifikationen in der Pflege wachsen.

55. Die angesprochenen Unterschiede, Unsicherheiten und Begrenzungen der vorliegenden Studien sollten aber nicht darüber hinweg täuschen, dass in der Tendenz Einigkeit besteht: Ausgehend von einem angespannten Arbeitsmarkt wird der wachsende Bedarf an Pflege zu einem deutlichen Ausbau der Fachkräftezahl führen müssen. Bleibt es bei den gegenwärtigen Beschäftigungsstrukturen, wird sich ab den Jahren 2015/2020 der Fachkräftemangel massiv verschärfen. Bereits im Jahr 2025 werden laut der vom Rat für plausibel gehaltenen Prognose von Afentakis/Maier (s.o.) voraussichtlich 112 000 in der Pflege benötigte Vollzeitstellen nicht besetzt werden können.

Handlungsansätze zur Sicherung der für einen Qualitätswettbewerb notwendigen Fachkräfte

56. Für den ärztlichen Bereich kommen als Handlungsoptionen in Betracht:

Um-/Neuverteilung von ärztlichen Aufgaben: Entlastung der Ärzte von Verwaltungsaufgaben und Dokumentationstätigkeiten durch Einstellung von entsprechend qualifizierten Verwaltungsfachkräften und Nutzung von Informationssystemen. Diskutiert wird auch die Delegation nicht unbedingt ärztlicher, gegenwärtig aber von Ärzten durchgeführter Tätigkeiten an andere Gesundheitsberufe (etwa an „physician assistants“ nach angloamerikanischen Vorbildern). Abgesehen davon, dass es in Deutschland bislang wenige entsprechende Berufsbilder bzw. Qualifikationsmöglichkeiten gibt, dürfte eine solche Delegation, schon aufgrund des sich auch in diesen und ähnlichen Berufen entwickelnden Nachwuchsmangels, zukünftig nicht einfach zu realisieren sein. Überdies greift eine einfache Delegation zu kurz. Vielmehr muss eine sinnvolle Neustrukturierung des Aufgabenzuschnitts und der Arbeitsteilung (auch im Team) erfolgen, die einerseits eine stärkere Übernahme von Verantwortung, andererseits bessere Entwicklungsperspektiven für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe beinhaltet.

57. Vereinbarkeit von Beruf und Familie: Hier sind Maßnahmen zu nennen, die vor allem im Zusammenhang mit dem steigenden Frauenanteil in der ärztlichen Versorgung und dem gewandelten Rollenverständnis beider Geschlechter an Relevanz gewinnen. Neben einer arbeitsplatznahen, flexiblen Kinderbetreuung sind verbesserte Wiedereinstiegsmöglichkeiten nach einer Erziehungs- oder Pflegepause anzuführen, ebenso innovative Modelle einer familienfreundlichen Flexibilisierung von Arbeitszeit und Arbeitsorganisation. Zu erwähnen ist insbesondere der Ausbau von Teilzeitarbeit (auch für Männer), die allerdings eine Einstellungsänderung der Führungsebene voraussetzt. Ebenso sind „Dual career“-Modelle erforderlich, die in Deutschland bislang noch rar sind. Auch dem Trend zu einem ausgewogenen Verhältnis zwischen Arbeit und Freizeit und zur Reduktion der Gesamtarbeitsbelastung sollte stärker entsprochen werden. Schon heute geben nicht nur

Ärztinnen, sondern auch viele Ärzte einem Freizeitausgleich den Vorzug vor einer Bezahlung von Bereitschaftsdiensten und Überstunden. Dafür spricht, dass eine Reduktion der zeitlichen Belastung den Verbleib in der kurativen ärztlichen Tätigkeit bzw. die Rückkehr aus der Familienpause positiv beeinflussen kann. Auch in der ambulanten Versorgung sind neue Arbeitszeitmodelle gefordert. Sie haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen und dürften künftig weiter ansteigen. Sie sind in vielen ambulanten Bereichen zwar einfacher zu realisieren, gehen aber mit Herausforderungen bei der Patientenbindung einher und stellen die Ärzte vor die Aufgabe, die möglicherweise fehlende personelle Kontinuität durch bessere Kommunikation und Dokumentation auszugleichen.

58. Zugleich ist das Problem der fehlenden Primärärzte in ländlichen Gebieten anzugehen, z. B. durch Erhöhung der Attraktivität des Berufsbildes des Hausarztes, durch frühzeitigen Praxiskontakt im Studium sowie bessere Möglichkeiten zur Darstellung bzw. mehr Raum für das Fach Allgemeinmedizin. Inwieweit Stipendien für eine spätere Arbeit in unterversorgten Gebieten wirksam sind, sollte gezielt erprobt und untersucht werden. Darüber hinaus sind weitere Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten zu empfehlen wie Arbeitsangebote auch für den Lebenspartner, Schul- bzw. Betreuungsangebote für die Kinder. Im Versorgungsstrukturgesetz wurden hier bereits erste Anreize integriert. Es wird abzuwarten sein, welche Erfolge sie haben werden. Die Bedeutung von monetären Anreizen bei der Wahl des Niederlassungsortes wird erheblich überschätzt. Unter den niederlassungsrelevanten Faktoren sind gute Rahmenbedingungen für die Familie sowie das Ausmaß der beruflichen Verpflichtungen (z. B. Bereitschaftsdienst) am bedeutendsten.

59. Besserer Einsatz der in der Patientenversorgung tätigen Ärzte: Die sektorale Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bindet oftmals ärztliche Kapazitäten. Eine bessere Verzahnung ist daher auch unter dem Aspekt der Fachkräftesicherung wünschenswert und dürfte zudem die Qualität der Leistungserbringung steigern sowie auch der Arzt-Patienten-Beziehung entgegenkommen, da der Patient dann intersektoral von „einem“ – im Idealfall multiprofessionellen – Team behandelt werden kann. In Zukunft ist hier mit einer Zunahme des Engagements der Krankenhäuser und der Etablierung eines Mix von stationärer und ambulanter Tätigkeit zu rechnen.

60. Gegenwärtig besteht im ambulanten Bereich ein Ungleichgewicht zwischen überversorgten und unterversorgten Gebieten. Wünschenswert ist daher eine regionale Umverteilung der Ärzte. Um sie zu erreichen, kann der Zulassungsausschuss auf der Grundlage der weiterentwickelten Bedarfsplanung ab dem 1. Januar 2013 die Nachbesetzung eines freiwerdenden Vertragsarztsitzes in einem überversorgten Planungsbereich ablehnen (weil eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist und kein Privilegierungstatbestand vorliegt) und die KV den Arztsitz unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen des Vertragsarztes aufkaufen (§ 103 Abs. 3a Satz 8 SGB V). Hiervor sollte allerdings der Versorgungsbedarf morbiditätsorientiert und verlässlich ermittelt werden,

wobei regionalen Besonderheiten Rechnung getragen werden muss. Im hausärztlichen Bereich kommt ein Aufkauf nur in wenigen Ballungsgebieten in Frage.

61. Steigerung der Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit in der Patientenversorgung: Dazu zählen zahlreiche Maßnahmen – so beispielsweise eine kombinierte, abwechslungsreiche Tätigkeit im stationären und ambulanten Bereich und die Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit, mit dem Ziel, die im gesamten Berufsleben geleistete Arbeitszeit in der Patientenbetreuung zu erhöhen. Auch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen gehört dazu. Im stationären Bereich könnten z. B. Ärzte in strategische Entscheidungen des Klinikmanagements stärker einbezogen werden. Ebenso könnte durch den Aufbau flacher Hierarchien und die Etablierung eines partizipativen Führungsstils, der sich an Teamstrukturen orientiert, die Arbeitszufriedenheit gesteigert werden.

62. Die Förderung einer längeren Ausübung der kurativen Tätigkeit von (älteren) Ärzten erfordert eine andere Arbeitsorganisation und -gestaltung, so etwa eine andere Aufgabenteilung, mehr Ausgleichstage (ggf. über zuvor angelegte Lebensarbeitszeitkonten), Reduktion von Nacht- und Wochenendarbeit, kontinuierliche Fortbildung, Weiterqualifikation und Gesundheitsförderung. Bei den ambulant tätigen Ärzten könnten zudem neue Bereitschaftsdienstmodelle die Arbeitszufriedenheit grundsätzlich erhöhen.

63. Erforderlich ist nicht zuletzt die Optimierung der ärztlichen Weiterbildung mit attraktiven Rahmenbedingungen, strukturierten Weiterbildungsverbänden insbesondere für zukünftige Fachärzte für Allgemeinmedizin, individuellem Mentoring, klaren Weiterbildungszielen und systematischer Evaluation bzw. Qualitätsförderung.

64. Zur Steigerung der Zahl in der Patientenversorgung tätiger Ärzte wurden mehrere Vorschläge vorgelegt u. a. die vermehrte Anwerbung ausländischer Ärzte. Neben dem Problem, dass eine Abwanderung im Herkunftsland ebenfalls zu einem Ärztemangel (mit erheblichen sozialen Konsequenzen) führen kann, müssen die Unterschiede in der Ausbildung und auch Sprachbarrieren bedacht werden, die sich vor allem in konservativen Fächern (z. B. Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie) bemerkbar machen. Diese Ärzte benötigen eine lange Einarbeitungszeit, die erhebliche Kapazitäten bindet.

65. Um einem zunehmenden Ärztemangel in der Versorgung zu begegnen, ist verschiedentlich eine Erhöhung der Studienplatzzahlen für Medizin diskutiert worden. In den vergangenen drei Studienjahren ist nach Angaben der Stiftung für Hochschulzulassung ein leichter Anstieg bei den Studienanfängerzahlen in Humanmedizin zu beobachten. Dieser Anstieg sollte jedoch nicht mit einem Ausbau der Studienplatzkapazitäten gleichgesetzt werden, da sich hierin – bei einer feststehenden Soll-Planungsgröße von Studienplätzen, die jeweils zu vergeben sind – unterschiedliche Effekte (z. B. eine Verkürzung der Studiendauer) wiederfinden. Die Gesamtzahl aller Studierenden im Fach Humanmedizin ist seit 1999/2000 in etwa konstant und lag im Studienjahr 2009/2010 bei knapp 80 000. Einer Ausweitung von Studienkapazitäten in der Medizin stehen sehr hohe Investitionskosten gegenüber. Angesichts des steigenden Bedarfs an Ärzten infolge der demografischen

Alterung und der deutlich abnehmenden Arbeitsvolumina pro Kopf sollte im Fach Humanmedizin nach Ansicht des Rates dennoch zukünftig eine Kapazitätsanpassung an die Veränderungen des Bedarfs unter Berücksichtigung der Effizienzreserven erfolgen.

Darüber hinaus ist zu überlegen, ob über eine veränderte Auswahl der Studienplatzbewerber die Zahl der approbierten Ärzte, die in der kurativen Medizin arbeiten, gesteigert werden kann. Diese Maßnahmen könnten jedoch nur mittelfristig wirksam werden: Im hausärztlichen Bereich wären z. B. mindestens dreizehn Jahre Vorlauf erforderlich (zwei Jahre Latenz bis zur Umsetzung, sechs Jahre Studium, mindestens fünf Jahre Weiterbildung).

Verstärkung	Verminderung
<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung des Versorgungsbedarfs infolge des demografischen Wandels 	<ul style="list-style-type: none"> • Bevölkerungsrückgang
<ul style="list-style-type: none"> • Steigendes Durchschnittsalter der Ärzte • Im OECD-Vergleich liegt Deutschland in Bezug auf die Arztdichte nur im Mittelfeld 	<ul style="list-style-type: none"> • Zunehmende Zahl an Ärzten
<ul style="list-style-type: none"> • Emigration 	<ul style="list-style-type: none"> • Integration und qualifizierte Zuwanderung
<ul style="list-style-type: none"> • Zunahme administrativer Aufgaben • Fehlende Möglichkeit zur Delegation von Aufgaben aufgrund des Fachkräftemangels in den anderen Gesundheitsberufen 	<ul style="list-style-type: none"> • Neue Arbeitsverteilung, Delegation • Entlastung von Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben • Nutzung von Informationssystemen
<ul style="list-style-type: none"> • Abnahme der Zahl beziehungsweise des Arbeitsvolumens erwerbstätiger Ärzte <ul style="list-style-type: none"> – längere familienbedingte Erwerbsunterbrechung – Zunahme der Teilzeitarbeit – Steigendes Durchschnittsalter der Ärzte – Präferenz für Arbeitszeitreduktion („Freizeit vor Bezahlung“) – EU-Arbeitszeitrichtlinien in Kliniken – Systematische Arbeitszeiterfassung 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Zahl beziehungsweise des Arbeitsvolumens erwerbstätiger Ärzte <ul style="list-style-type: none"> – Bessere Vereinbarkeit Familie und Beruf – Bessere Wiedereinstiegsmöglichkeiten nach familienbedingter Erwerbsunterbrechung – Steigerung der Attraktivität der kurativen Tätigkeit (z. B. flache Hierarchien, geänderte Dienstmodelle) – Altersgerechte Arbeitsgestaltung – Arbeit parallel zu den Altersbezügen
	<ul style="list-style-type: none"> • Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung <ul style="list-style-type: none"> – Veränderung der Versorgungsstrukturen, z. B. bessere Verzahnung stationär/ambulant, Abbau von Doppelstrukturen – Reduktion von Krankenhausbetten – Reduktion von Fehlverteilungen

Tabelle 2: Einflussfaktoren auf einen zukünftigen Ärztemangel

66. Für den pflegerischen Bereich besteht eine der vordringlichen Aufgaben darin, die Zahl an Fachkräften in der Pflege zu erhöhen und dazu eine entsprechende Erweiterung der Ausbildungskapazitäten vorzunehmen. In allen Bereichen der Pflege, vor allem aber in der stationären und ambulanten Langzeitversorgung, werden künftig mehr Fachkräfte benötigt. Allerdings ist es mit quantitativen Maßnahmen allein nicht getan. Vielmehr sind differenzierte Ausbildungskonzepte erforderlich, wie sie seit langem diskutiert und gefordert

werden. Das ist umso mehr zu unterstreichen, als sich im Zuge des demografischen und epidemiologischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts in vielen Bereichen der Pflege die Aufgaben und Verantwortungen stark verändert haben und neue adäquate Qualifikationsprofile erforderlich sind. Die derzeit bestehende Diskrepanz beeinträchtigt auch den Wettbewerb, denn die Profilierung der Versorgungseinrichtungen ist ohne entsprechend qualifiziertes Personal nicht realisierbar. Notwendig ist daher, die Ausbildungssituation anzugehen und dabei auch dafür Sorge zu tragen, dass die Pflege in der Praxis künftig zu einem evidenzbasierten Handeln gelangen kann.

67. Dazu muss die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege forciert und auch der Ausbau an grundständigen und dualen Studiengängen, die praktische Ausbildung und Hochschulqualifizierung auf Bachelorniveau miteinander verbinden, vorangetrieben werden. Sie sind international seit langem üblich und halten in Deutschland erst jetzt, noch mit Modellstatus versehen, Einkehr in die Hochschullandschaft. Der Rat empfiehlt, diese Entwicklung aktiv zu fördern.

Zugleich sind künftig größere Anstrengungen notwendig, um eine bundesweit einheitliche und international anschlussfähige Studiengangsstruktur herzustellen. Derzeit existiert eine große Varianz an Studiengangskonzepten, weil jede Hochschule das Modell realisiert, welches sie für attraktiv hält. Erforderlich ist außerdem, die sich anschließende Studiengangsebene in den Blick zu nehmen und verstärkt Masterstudiengänge einzurichten, die für spezialisierte Funktionen und Rollen in der Pflege qualifizieren. Sie sind in vielen Ländern bereits fester Bestandteil der Hochschullandschaft und werden auch hier seit langem gefordert, weil spezialisierte Pflegekompetenzen in vielen Praxisfeldern dringlicher werden (z. B. Patientenedukation, Schnittstellen- oder Entlassungsmanagement, Prozesssteuerung u. a.).

68. Zum anderen ist ein Ausbau der Kapazitäten in der dreijährigen Berufsausbildung notwendig. Doch sind auch dabei neue Schritte gefragt. So ist die in vielen Modellversuchen erprobte Integration der Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege überfällig und sollte zügig durch das geplante Pflegeberufegesetz umgesetzt werden. Nicht weniger wichtig ist die weitere Qualifizierung der sogenannten „low qualified“, der Helfer- und Assistenzberufe in der Pflege. Letztlich sollte es gelingen, die horizontale und vertikale Durchlässigkeit des (Aus-) Bildungssystems in der Pflege zu erhöhen.

69. Erforderlich ist außerdem, Fort- und Weiterbildungsangebote auszubauen und sie an die voranschreitende Ausdifferenzierung der Pflege anzupassen. Benötigt werden Konzepte zum lebenslangen Lernen, welche als Bestandteil der Qualitätsentwicklung etabliert werden sollten, denn die Kenntnis des aktuellen Stands des wissenschaftlichen Fortschritts und der vorliegenden empirischen Erkenntnisse sind nicht nur Voraussetzung für die Sicherung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung, sondern stellen auch einen wichtigen Wettbewerbsfaktor dar.

70. Darüber hinaus ist es notwendig, die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern und neue Modelle der Arbeitsorganisation zu entwickeln und zu implementieren. So ist es empfehlenswert, Primary Nursing oder Case Management stärker unter arbeitsorganisatorischen Gesichtspunkten zu betrachten und umzusetzen, denn beide Konzepte ermöglichen einerseits, die steigende Zahl an gering qualifizierten Beschäftigten in der Pflege zu supervidieren und andererseits, die Qualität ihrer Tätigkeit zu sichern und damit die Wettbewerbsfähigkeit zu erhöhen. Zugleich können sie die Patientenorientierung verbessern, indem Pflegebedürftige eine für sie zuständige Ansprechperson erhalten. Doch auch in anderer Hinsicht sind die Arbeitsbedingungen in der Pflege veränderungsbedürftig. So ist die Berufsverweildauer mancherorts recht gering, nimmt die Arbeitsunzufriedenheit (vor allem im Krankenhaus) zu und ist der Krankenstand bei den Pflegekräften in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen überdurchschnittlich hoch. Die Gründe für die erhöhte Berufsunfähigkeit in den Pflegeberufen liegen neben altersbedingten, körperlichen Beeinträchtigungen auch in den hohen psychosozialen Belastungen u. a. durch aufgabenunangemessene Arbeitsbedingungen.

71. Nicht weniger wichtig sind neue Modelle der Kooperation, sei es professionsintern oder professionsübergreifend. Dazu gehören der Ausbau von multiprofessionellen Teamstrukturen, neue Aufgaben- und Verantwortungsteilungen und vor allem gleichwertige, weniger hierarchische Formen der Zusammenarbeit – eine Forderung, die sich an den in Deutschland nach wie vor recht starren Hierarchien und dem Machtgefüge der Gesundheitsprofessionen sowie an den nicht festgelegten Zuständigkeitsbereichen reibt. Doch ohne dies zu verändern und die Position der Pflege im Gefüge der Gesundheitsprofessionen zu stärken, ist die Realisierung von Teamstrukturen nicht möglich, und es wird schwierig sein, die Pflege aus der ihr attestierten „Gratifikationskrise“ herauszuführen. Denn seit langem werden der Pflege ein niedriger Status und eine geringe gesellschaftliche Wertschätzung attestiert. Auch gelten die Pflegeberufe als „Sackgassenberufe“ mit geringen Aufstiegsmöglichkeiten, schlechter Bezahlung und schwierigen Arbeitsbedingungen (z. B. Schichtdienst bis zum Berufsende). Hier sind die Imagekampagnen vergangener Jahre allein nicht ausreichend, vielmehr sind die zugrundeliegenden Probleme anzugehen, um die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen.

72. Außerdem ist auf eine Verbesserung der Vergütung, des Arbeitsklimas und der Partizipations- und Mitsprachemöglichkeiten hinzuwirken; ebenso auf Arbeitsverhältnisse, die mit dem Wandel der Lebensentwürfe im Einklang stehen.

73. Angesichts der gesundheitlichen Belastungen ist es darüber hinaus erforderlich, mehr in die umfassende Gesundheitsförderung der Mitarbeiter zu investieren. Eine Vielzahl von erprobten Modellen und Projekten kann hier als Anregung dienen. Speziell die sich in den kommenden Jahren ergebende Zunahme des Anteils an älteren Beschäftigten, wie sie sich bereits heute in der Altenpflege abzeichnet, bedarf dabei größerer Beachtung. Sie erfordert außerdem intensivere Anstrengungen zur Schaffung altersgerechter Arbeitsbedingungen.

74. Ähnlich wie in der ärztlichen Versorgung ist auch in der Pflege für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf Sorge zu tragen. Dabei ist zu bedenken, dass zunehmend mehr Berufstätige mit der Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen konfrontiert werden, diese aber oftmals noch schlechter mit der Erwerbstätigkeit zu vereinbaren ist als die Kinderbetreuung (etwa bei einer betreuungsintensiven Demenz). Mit dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz wurden jüngst die Modalitäten der Arbeitsfreistellung und -reduzierung verbessert. Um Mitarbeiter nicht zu verlieren, sollten Arbeitgeber die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verstärkt thematisieren und konkrete Maßnahmen entwickeln, wie etwa die Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle. Denn oftmals ist es weniger die Arbeitsfreistellung oder Arbeitszeitreduzierung, die bei privaten Pflegeverpflichtungen gewünscht wird, als vielmehr eine flexiblere Arbeitszeiteinteilung, um Familie und Beruf besser aufeinander abstimmen zu können.

75. Schließlich sind weitere Studien zum Thema Fachkräftemangel, aber auch zu den Arbeitsbedingungen in der Pflege, notwendig – Themen, die in der noch recht jungen Pflegeforschung bislang nur rudimentär bearbeitet wurden. Für beide Bereiche gilt zudem, dass neben Studien zum Thema Fachkräftemangel, die den Bedarf differenziert erfassen, eine kontinuierliche Gesundheitsberufe-Berichterstattung (Kennzahlen der Ausbildung, der Nachfrageentwicklung und der Beschäftigtenzahlen der Gesundheitsberufe über die Berichterstattung des Statistischen Bundesamtes hinaus) erforderlich ist, um frühzeitig Mangel- oder auch Überversorgungstendenzen feststellen und entsprechend reagieren zu können.

76. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in Zukunft – sollten nicht erhebliche Anstrengungen zu einer Umkehrung der dargestellten Entwicklungen führen – ein ausgeprägter Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen zu erwarten ist, der einen (Qualitäts-)Wettbewerb innerhalb der Leistungsbereiche und an den Sektorengrenzen erheblich erschweren würde.

3.3 Stärkung der Nutzerkompetenz als Voraussetzung eines zielführenden Wettbewerbs

77. Der Sachverständigenrat hat sich bereits in den Gutachten 2000/2001 und 2003 ausführlich mit den Möglichkeiten der Verbesserung von Patienten- und Nutzerorientierung durch Strategien der Information und Kompetenzsteigerung sowie durch vermehrte Partizipation befasst, weil sie essentielle Bestandteile einer zeitgemäßen und zukunftsfähigen Prävention und Gesundheitsversorgung sind. Dies gilt ebenso für Strategien, die auf Eigenkompetenz und -verantwortung oder auf Empowerment setzen.

78. Parallel kommt der Nutzerkompetenz auch unter Wettbewerbsgesichtspunkten eine wichtige Rolle zu. Damit das Instrument Wettbewerb die erwünschten Wirkungen erzielen kann, müssen eine Reihe von Voraussetzungen erfüllt sein, zu denen insbesondere eine hin-

reichende Markttransparenz zählt (wesentliche Merkmale sind das Vorliegen eines ausreichenden Informationsniveaus von Patienten bzw. Nutzern, die Messbarkeit von Qualität sowie die Existenz eines funktionsfähigen Preissystems).

79. Im Gesundheitswesen bestehen Informationsasymmetrien verschiedenster Ausprägungen zwischen Krankenversicherungen, Versicherten und Leistungserbringern. Patienten bzw. Nutzer müssen die ihnen eröffneten Wahlmöglichkeiten jedoch kennen und bewerten können, um fundierte Entscheidungen treffen und damit aktiv an der Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung ihrer Gesundheit mitwirken zu können. Dabei ist es nicht immer erforderlich, dass sie diesen Bewertungsprozess selbst vornehmen; vielmehr können sie sich auch der Unterstützung eines Sachkundigen bedienen.

Für eine Reduktion von Informationsasymmetrien müssen viele Akteure gleichzeitig und auf mehreren Ebenen wirken. Auf übergeordneter Ebene ist es die Aufgabe hoheitlicher Instanzen, gesetzliche Mindeststandards zu definieren. Auf der untergeordneten Ebene kommen, abhängig vom Krankheitsbild und den verfügbaren Behandlungsoptionen, unterschiedliche Lösungen in Betracht. Im Falle planbarer, wenig komplexer Gesundheitsleistungen mit teils hohen finanziellen Eigenanteilen des Nutzers kann dieser selbst zum Aufbau von Beurteilungskompetenz in der Lage sein. Dagegen kommt insbesondere im Fall von komplexen Leistungen mit einem hohen Anteil von Erfahrungs- oder Vertrauensguteigenschaften die Nutzung von Informationsintermediären in Frage, um Patienten und Nutzer bei ihren Entscheidungen und ihrer Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Geht es unter Wettbewerbsgesichtspunkten also vor allem darum, Patienten bzw. Nutzer durch Information und Kompetenzsteigerung zu befähigen, ihre Rolle als Akteure und Mit-Produzenten von Gesundheit wahrzunehmen und die durch den Wettbewerb im Gesundheitswesen eröffneten Wahlmöglichkeiten ausschöpfen zu können, so sprechen aus gesamtgesellschaftlicher Sicht weitere Gründe dafür, dem Thema Patienten- und Nutzerinformation/-kompetenz Beachtung zu schenken.

80. Nutzerkompetenz ist auch eine Voraussetzung, um neben Leistungserbringern und Kostenträgern als „dritte Kraft“ zu wirken. Dazu benötigen die Patienten/Nutzer Information und vor allem Informations- und Medienkompetenz. Diese Voraussetzungen sind im Gesundheitswesen bislang nur lückenhaft erfüllt. Zugleich ist der Bedarf an Information und Kompetenzstärkung von Patienten und Nutzern durch die veränderte gesundheitliche Bedarfslage der Bevölkerung – ausgelöst durch die demografische Alterung und besonders die Zunahme und Veränderung der Gestalt- und Verlaufsmuster chronischer Krankheiten – gestiegen. Hinzu kommt, dass sich das Verständnis der Patientenrolle deutlich gewandelt hat. Patienten gelten nicht mehr nur als passive Leistungsempfänger oder als „Laien“, sondern als Akteure und aktive Mit-Produzenten von Gesundheit, denen ein konstitutiver Part im Behandlungs- und Versorgungsgeschehen zugesprochen wird und deren Präferenzen bei der Auswahl von Gesundheitsleistungen als wichtig angesehen werden.

81. In Reaktion darauf erfolgte auch in Deutschland in den vergangenen Jahren ein bemerkenswerter Ausbau der Angebote zur Patienten-/Nutzerinformation und -beratung: zunächst vor allem im Bereich der Leistungs- und Kostenträger und seit der Gesundheitsreform 2000 und der (zunächst modellhaften) Einführung des § 65b SGB V auch im Bereich der sogenannten „unabhängigen“ Patienten- und Nutzerberatung. Mit dem Pflegeentwicklungs-gesetz im Jahr 2008 wurde zudem die flächendeckende Einrichtung von Pflegestützpunkten (§ 92c SGB XI) und Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagements nach § 7a SGB XI beschlossen, die seither zwar zäh, aber sukzessiv voranschreitet. Außerdem erfolgte eine Stärkung der Patientenrechte. Im Jahr 2002 wurde zunächst das Dokument „Patientenrechte in Deutschland“ gemeinsam von den Ministerien für Gesundheit und Justiz veröffentlicht. 2005 folgte die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“. Weiterhin hat die Bundesregierung im Mai 2012 einen Gesetzentwurf zur Regelung der Rechte von Patienten beschlossen. Ende 2003 wurde außerdem von der Bundesregierung erstmals eine Beauftragte für die Belange der Patienten – ein/e Patientenbeauftragte/r – eingesetzt. Einige Bundesländer sind diesem Modell inzwischen gefolgt (Berlin seit 2004, Bayern seit 2010, NRW seit 2012). Seit 2004 wiederum sind Vertreter von Patientenorganisationen an den Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses beteiligt und haben dort Mitberatungs- und Antragsrecht, allerdings kein Stimmrecht. Dies sind einige Schritte, die sich ergänzen ließen, etwa um die Bemühungen zur Herstellung von Qualitätstransparenz. Noch kein politisch bedeutsames Thema ist allerdings die Einbeziehung von Patienten in die Planung und Gestaltung des Versorgungswesens und in die Forschung, die international seit langem gefordert und auch hierzulande vermehrt diskutiert wird.

Exemplarisch zeigt dies, dass die Stärkung der Patienten-/Nutzerposition und auch der Ausbau der Information und Beratung in den zurückliegenden Jahren beachtlich vorangeschritten sind. Im Zuge dessen ist eine vielfältige Informations- und Beratungslandschaft mit unterschiedlichen Ansätzen und Konzepten entstanden, in der – wie im Gutachten 2003 gefordert – auf unterschiedlichen Wegen versucht wird, Patienten bzw. Nutzern das nötige Wissen bereitzustellen, um sich eigenverantwortlich für den Erhalt ihrer Gesundheit engagieren und kompetent als Nutzer im Versorgungssystem agieren zu können. Dabei hat sich die Patienten-/Nutzerinformation und -beratung internationalen Vorbildern folgend inzwischen zu einem eigenständigen Aufgabenfeld der Gesundheitsversorgung entwickelt und entsprechend institutionalisiert.

82. Trotz der Fortschritte ist jedoch noch kein befriedigender Zustand erreicht, wie nicht zuletzt die wenigen vorliegenden Untersuchungen zum Health Literacy-Niveau bzw. Gesundheitswissen der Bevölkerung verdeutlichen. Neben existierenden Wissensdefiziten über ausgewählte Bereiche des Gesundheitswesens ist auch die Kenntnis der Patientenrechte und der Beschwerdemöglichkeiten bei Behandlungsfehlern oder Versorgungsmängeln unzureichend. Ebenso existieren erhebliche Informationsdefizite über Fragen der Qualitäts- und Kostentransparenz. Dabei deuten sich große Unterschiede nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus an. Auch das gesundheitliche Basiswissen und Kenntnisse über Grundlagen

einer wissenschaftlichen Medizin sind in der deutschen Bevölkerung verbesserungsbedürftig und durch zahlreiche Fehlinformationen geprägt. Viel Information führt nicht zwingend zu Informiertheit vor allem dann nicht, wenn die Informationskompetenz nicht ausreichend oder die dargebotene Information defizitär ist. Falsche oder defizitäre Information führt zudem zur Verfestigung von Fehleinschätzungen.

Auch auf europäischer Ebene zeigen sich ähnliche Ergebnisse. Sie belegen, dass das Niveau und Ausmaß von Health Literacy unter den beteiligten Ländern zwar differiert, aber im Durchschnitt fast die Hälfte der Befragten über eingeschränktes Gesundheitswissen verfügen. Vor allem vulnerable Bevölkerungsgruppen haben eine besonders schwach ausgeprägte Health Literacy. Dazu gehören insbesondere Menschen im höheren Lebensalter, Menschen mit niedrigem Bildungsgrad und geringen sozio-ökonomischen Ressourcen, Menschen mit fragiler und schlechter Gesundheit und viele der intensiven Nutzer des Versorgungssystems sowie Migranten. Investitionen in die Verbesserung des Gesundheitswissens und der Nutzerkompetenz dürften daher einen direkten positiven Effekt auf den Gesundheitsstatus, aber auch auf das Nutzungsverhalten haben. Sie sollen helfen, übermäßige Inanspruchnahme oder Fehlnutzungen des Versorgungssystems zu reduzieren und damit eine insgesamt kosteneffektivere Versorgung unterstützen. Einmal mehr zeigt dies, wie wichtig es ist, künftig weiter in den Ausbau der Patienten-/Nutzerinformation und -beratung zu investieren. Zugleich sind die bisherigen Konzepte und Ansätze zu überprüfen, denn bloße punktuelle Information und Beratung (zu einzelnen Fragen) allein dürften nicht ausreichend sein, um das Health Literacy-Niveau in der Bevölkerung anzuheben. Vielmehr sind systematische Vermittlungs- und Lernprozesse über gesundheitsrelevante Fragen erforderlich, in denen nicht nur Wissen bereitgestellt, sondern auch die Informations-/Wissensaneignung, -verarbeitung und -nutzung begleitet und die dazu nötige Informations- und Medienkompetenz vermittelt wird.

83. Notwendig ist darüber hinaus, Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Health Literacy-Niveau besondere Beachtung zu schenken und auf sie zugeschnittene, passgenaue Angebote zu entwickeln. Sie gehören zugleich zu den sogenannten schwer erreichbaren Zielgruppen und bedürfen daher besonderer Formen und Strategien der Ansprache. Für diese (oft lernungewohnten) Gruppen sind außerdem spezielle didaktische Konzepte und besondere zielgruppenspezifische Vermittlungsstrategien erforderlich. Diese zu entwickeln, bedarf aus Sicht des Rats ebenfalls größerer Beachtung und Investition.

84. Zugleich wird empfohlen, die Datenlage zum Health Literacy-Niveau der Bevölkerung, aber auch zu Ausmaß und Art des vorhandenen Angebots an Information und Beratung für Patienten und Nutzer zu verbessern. Bis heute hat die Beratungs- und Informationsforschung geringe Bedeutung in der deutschen (Gesundheits-)Forschung. Vor allem der empirische Kenntnisstand über die nicht modellhaft geförderte und daher nicht evaluierte Informations- und Beratungslandschaft ist gering. Das gilt besonders für die Informations- und Beratungsangebote der Leistungs- und Kostenträger im Gesundheitswesen wie auch in der Rehabilitation (SGB IX), der Pflege (SGB XI) oder dem Sozialwesen und

es gilt ebenso für den Bereich der zur Regelversorgung gehörenden „unabhängigen“ Nutzerinformation. Einzig über die UPD (Unabhängige Patientenberatung Deutschland e.V.) und die modellhaft geförderten Pflegestützpunkte liegen erste empirische Kenntnisse vor. Doch insgesamt fehlt es an empirischem Wissen über Umfang und Art des Angebots, die Ansätze und Konzepte der institutionalisierten Patienten-/Nutzerinformation und -beratung und deren Wirksamkeit, die Arbeitsweise der Informations- und Beratungsstellen sowie den schnell wachsenden Bereich der Internetinformation und -beratung etc.. Wissens- und Kenntnislücken existieren auch über die realen und potenziellen Nutzer von Informations- und Beratungsangeboten, die Art ihres Informationsbedarfs und der Informationsnutzung sowie die Informationsverläufe. Diese Lücken zu schließen und den Ausbau der „Beratungs- und Informationsforschung“ in Deutschland voranzutreiben ist unverzichtbar, um Grundlagen für eine systematische Steuerung dieses an Bedeutung gewinnenden Aufgabengebiets/Versorgungssegments zu schaffen.

85. Der Rat begrüßt, dass sich die institutionalisierte Patienten-/Nutzerinformation und -beratung in den vergangenen Jahren so dynamisch entwickelt hat, und dass die UPD im Jahr 2011 in die Regelversorgung überführt wurde. Er sieht darin einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Patientenposition und des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Für die Zukunft hält er es jedoch für erforderlich, die aktuelle Praxis der Ausschreibung der Unabhängigen Patientenberatung im Sinne einer austauschbaren Leistung zu überdenken und die Befristungsdauer von derzeit 5 Jahren zu verlängern, denn eine zu kurzzeitige Befristung behindert den Aufbau nachhaltiger Strukturen. Ebenso sieht er es als notwendig an, den seit der Gesundheitsreform 2000 festgeschriebenen Rahmen der finanziellen Förderung der UPD zu flexibilisieren und zu erhöhen, denn schon heute kann die Nachfrage nach Information und Beratung von der UPD aufgrund bestehender Kapazitätsengpässe nicht so abgedeckt werden, wie es wünschenswert wäre. Um zu flächendeckenden Strukturen zu kommen, sollte zudem die Anzahl der Beratungsstellen der UPD erweitert werden. Ebenso ist die Entwicklung neuer Angebote und Interventionsformen voranzutreiben, was ebenfalls mit finanziellen Konsequenzen verbunden ist. Darüber hinaus sollte eine institutionelle Konstruktion gesucht werden, die die Unabhängigkeit in inhaltlicher und finanzieller Hinsicht besser gewährleistet.

86. Auch der bundesweite Ausbau der Information und Beratung über Pflegefragen in Gestalt von Pflegestützpunkten wird vom Rat grundsätzlich begrüßt. Allerdings hält er es für erforderlich, die schleppende Umsetzung in einigen Bundesländern voran zu treiben und Bemühungen zu initiieren, um zu einer bundesweit einheitlichen Struktur zu gelangen – möglichst integriert in die existenten Informations- und Beratungsstrukturen im Gesundheitssektor. Er empfiehlt zudem, die §§ 7a und 92c SGB XI im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes zu überarbeiten, weil sie Interpretationen ermöglichen, die mancherorts zu aus Nutzersicht kontraproduktiven (und verwirrenden) Entwicklungen im Bereich der Pflegeberatung geführt haben. Auch der Sicherung von Unabhängigkeit und Neutralität ist hier größere Beachtung zu schenken.

87. Der Ausbau von Information und Beratung im Rehabilitationssektor ist ebenfalls begrüßenswert. Die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger haben sich jedoch als nicht tragfähig erwiesen. Hier sind neue Konzepte und Modelle gefordert.

88. Obschon sich die Informations- und Beratungslandschaft insgesamt sehr positiv entwickelt hat, zeigen sich strukturelle und inhaltliche Lücken. So ist es beispielsweise bislang nicht gelungen, zu einer ausreichend flächendeckenden Struktur an Informations- und Beratungsstellen zu gelangen. Nach wie vor existieren regionale Ungleichheiten und generell zeichnet sich ein Stadt-Land Gefälle ab. Dies zu verändern, ist eine wichtige künftige Aufgabe. Dabei dürfte ein alleiniger weiterer Ausbau wenig sinnvoll sein. Vielmehr sind zugleich neue – regional differenzierte – Modelle zu entwickeln, um etwa in bevölkerungsarmen ländlichen Regionen ein hinreichendes Angebot zu sichern, sei es durch neue Formen der mobilen Beratung, der telefonischen Information/Beratung u.a.m..

Neben der Entwicklung neuer Modelle zur Schaffung einer effektiven und effizienten flächendeckenden Informations- und Beratungsstruktur ist es erforderlich, inhaltliche Angebotslücken zu füllen. Dazu gehört beispielsweise die Information und Beratung über neue Versorgungsformen. Um individuell Vor- und Nachteile bei der Krankenkassen-/Tarifwahl und bei neuen Versorgungsformen abschätzen zu können, ist die verpflichtende Bereitstellung von strukturierten Informationen durch die Krankenkassen notwendig. Darüber hinaus sind intensivere Anstrengungen zur Stärkung der Nutzerkompetenz erforderlich (GA 2003, 2007), sei es durch gezielte Kompetenzförderung, um sich durch das Versorgungswesen navigieren zu können, ein problemangemessenes Nutzungsverhalten zu entwickeln, informierte Entscheidungen zu treffen oder mit der im Umbruch befindlichen Rollensituation (und der zunehmenden Rollenvielfalt) umzugehen oder, um sich über die eigenen Präferenzen als Nutzer klar zu werden.

89. Generell steht die institutionalisierte Patienten-/Nutzerinformation vor der Herausforderung, trotz mangelnder Datenlage zum Bedarf und den Bedürfnissen an Information und Beratung flexibel auf neue Bedarfslagen und Veränderungen von Patientenpräferenzen zu reagieren. Neben einer Verbesserung der Datenlage, ist es notwendig, die Formen an Information und Beratung auf den Prüfstand zu stellen. So zeichnet sich quer durch die unterschiedlichen Felder der Beratung ab, dass der Face-to-Face-Information und Beratung eine etwas geringere Bedeutung zukommt als zunächst erwartet. Dagegen ist der Stellenwert der telefonischen Information höher als angenommen und steigt tendenziell. Zwar variiert dies nach Altersgruppen, dennoch ist der Ausbau der telefonischen Beratung anzuregen, auch um bestehende regionale Versorgungslücken zu füllen. Das gleiche gilt für internetgestützte Formen der Information und Beratung, die vor allem in dem unabhängigen Segment der institutionalisierten Patienten-/Nutzerinformation und -beratung ausbaubedürftig sind. Auch Zielgruppengesichtspunkte finden zwar vermehrt Aufmerksamkeit, prägen aber noch nicht überall den Alltag und sind künftig stärker zu beachten.

90. Weitere Herausforderungen bestehen im Bereich der Qualitätsentwicklung und Evidenzbasierung. Damit sind unterschiedliche Aspekte angesprochen. So gehören Dokumen-

tationssysteme und ein systematisches Qualitätsmanagement noch nicht durchgängig zum Standard der Arbeitsweise in der institutionalisierten Patienten-/Nutzerinformation und -beratung. Auch Selbstevaluationen zur Prozessoptimierung sind keine Selbstverständlichkeit.

Zu beachten ist dabei auch das Thema „Qualifikation“. Die Mitarbeiter der institutionalisierten Nutzerinformation benötigen einerseits eine solide (medizinische, gesundheitswissenschaftliche, pflegewissenschaftliche, juristische) Fachqualifikation, die in Einklang mit der inhaltlichen Schwerpunktsetzung der jeweiligen Einrichtung bzw. Aufgabenstellung steht. Sie sollten zugleich ausgewiesene und fundierte Interventionskompetenz als Berater, Wissensvermittler oder aber Case Manager besitzen. Der Nachweis fundierter Interventionskompetenz ist um so wichtiger, als das Niveau der fachlichen Auseinandersetzung und Anwendung einschlägiger Interventionsstrategien in diesem Bereich noch verbesserungsbedürftig ist. Ähnliches gilt unter fachlichen Gesichtspunkten. Dies unterstreicht, dass beim Qualitätsmanagement noch Entwicklungsbedarf besteht.

Eine weitere Herausforderung stellt die fachliche Qualität von Gesundheitsinformation dar, die trotz zahlreicher Aktivitäten in den letzten Jahren noch entwicklungsbedürftig ist und der oft die nötige Evidenzbasierung fehlt. Partizipation von Patienten – sei es bei der Entscheidungsfindung oder der Mitproduktion von Gesundheit und besonders beim Selbstmanagement chronischer Erkrankung – setzt jedoch evidenzbasierte Informationen voraus. Die Kriterien sind mittlerweile erarbeitet worden, haben aber noch nicht durchgängig Eingang in die Praxis gefunden. Nicht jede Information weist für Patienten und Nutzer bislang die nötige Verlässlichkeit auf. Verbesserungsbedürftig ist oft auch die Verständlichkeit, denn viel an verfügbarer Information ist bislang nicht nutzerfreundlich aufbereitet: Sie entspricht weder den Relevanzkriterien und Präferenzen der Nutzer, noch ihrer Art der Informationsaneignung, noch ist sie für sie verständlich dargestellt. Auch zur Sicherung der Nutzerfreundlichkeit von (evidenzbasierter) Gesundheitsinformation wurden inzwischen Qualitätskriterien festgelegt, doch bislang liegen kaum Instrumente vor, die die verschiedenen Qualitätsanforderungen für Nutzer nachvollziehbar und anwendbar machen.

Eine andere Möglichkeit stellen Praxistests durch Nutzer dar. Für sie wurde mittlerweile ein methodisches Instrumentarium erarbeitet, das vielversprechend für die Optimierung der Verständlichkeit evidenzbasierter Gesundheitsinformation zu sein scheint. Angesichts des noch niedrigen Niveaus dieser Bemühungen um Evidenzbasierung und Informationsqualität in der Praxis sollte die Entwicklung und Testung evidenzbasierter, nutzerfreundlicher Gesundheitsinformation weiter unterstützt und beispielsweise über die Auslobung von Best Practice-Modellen gefördert werden.

91. So erfreulich die expansive Entwicklung der institutionalisierten Patienten-/Nutzerinformation und -beratung einerseits ist, sie hat zugleich unerwünschte Wirkungen. Zwar ist ein sehr vielfältiges Angebot entstanden, doch ist mit der Vielzahl und Vielfalt an institutionalisierten Angeboten zugleich die Zersplitterung und Unübersichtlichkeit für die Nutzer gestiegen, sodass Integrationsbemühungen erforderlich sind. Die Schaffung von

neuen Anlaufstellen, wie in früheren Gutachten des Rats gefordert, stellt eine Lösung dar, die aber zu weiteren Strukturadditionen führt und daher unter Umständen Nachteile für die Nutzer mit sich bringen könnte, weil sich für sie die Zahl anzulaufender Stellen erhöht. Sinnvoller dürfte die Schaffung von integrierten, sektorenübergreifenden Beratungsmodellen sein, in denen alle Beratungsangebote unter einem Dach zusammengefasst sind, möglichst angegliedert oder in räumlicher Nähe zu medizinischen Versorgungszentren (etwa Primärversorgungspraxen, vgl. SG 2009) bzw. eingebettet in wohnort- bzw. quartiersnahe Versorgungsstrukturen. Dabei ist sicherzustellen, dass die Information und Beratung neutral sind und keinen Partikularinteressen unterliegen.

Zudem gilt es, nach Lösungen für die Aufhebung der sektoralen Fragmentierung der Patienten-/Nutzerinformation und Beratung zu suchen. Die Schaffung jeweils eigener Informations- und Beratungsstellen nach SGB V, IX und XI ist aus Nutzersicht wenig sinnvoll und erschwert vor allem für gesundheitlich beeinträchtigte und belastete Patienten bzw. Nutzer die Suche nach der geeigneten Beratungsstelle. Auch die mangelnde Verzahnung gesundheitsbezogener Informations- und Beratungsstellen mit sozialen Informations- und Beratungsangeboten (Wohnberatung, Seniorenberatung etc.) bedarf der Veränderung, etwa durch Schaffung sektorenübergreifender Beratungsmodelle.

92. Angesichts der rasanten Entwicklung der internetbasierten Information ist es erforderlich, diesem Bereich höhere Aufmerksamkeit zu widmen. Eine Herausforderung besteht weiterhin in der Verbesserung der Nutzerfreundlichkeit und Qualität der Internetinformation (siehe bereits GA 2003) sowie der Verlinkung und Integration, um der Vielfalt an nebeneinander stehender relativ unverbundener Information zu begegnen. Sinnvoll wäre ein gemeinsames Gesundheitsinformationsportal, in dem sich die öffentlich geförderten Informationsangebote unter einem Dach zusammenschließen und das dann mit weiteren aus Nutzersicht wichtigen Informationsangeboten arrondiert wird.

93. Sinnvoll ist darüber hinaus, die Patientenbildung/-edukation und Kompetenzförderung auszubauen, denn Information und Beratung reichen vor allem bei chronisch Erkrankten, aber auch bei den ebenfalls zu Nutzern gehörenden Angehörigen kranker oder hilfe- und pflegebedürftiger Menschen nicht aus. Um kompetent die oft jahrelangen Verläufe chronischer Krankheiten zu bewältigen, dabei das eigene Leben, den Alltag und die Krankheit zu managen und verantwortungsvoll die vielen Entscheidungen (unter Unsicherheit) treffen zu können, werden Patienten und ihren Angehörigen neben Information und Wissen unterschiedlichste Kompetenzen abverlangt. So werden etwa konkrete Fertigkeiten zum Umgang mit Behandlungsvorgaben, Ernährungsvorschriften oder der Handhabung der Medikation etc. benötigt. Zugleich sind umfangreiche Kenntnisse über Krankheitszusammenhänge, Symptomanzeichen und -verläufe erforderlich, um vermeidbaren Krankheitszuspitzungen und Krisen zu entgehen, Restabilisierungsprozesse zu befördern, zur Aufrechterhaltung bedingter Gesundheit und relativer Stabilität beizutragen und vorzeitige Abwärtsentwicklungen und Funktionsverluste zu verhindern. Patientenbildung hat daher sowohl für die Unterstützung des Selbstmanagements und der dazu nötigen Fähigkeiten als

auch für den Erwerb von Kompetenzen für ein adäquates Nutzungshandeln im Versorgungswesen einen hohen Stellenwert. Im Bereich der Rehabilitation hat diese Erkenntnis inzwischen breitenwirksam Niederschlag gefunden. In vielen anderen Bereichen des Gesundheitswesens besteht Entwicklungsbedarf. Der Rat begrüßt daher Initiativen wie die Gründung von Patientenuniversitäten, mit denen die Patientenbildung/-edukation in Versorgungsinstitutionen um wichtige Bausteine ergänzt wird. Er empfiehlt, diese Entwicklung zu fördern und zu evaluieren und sie mit der institutionalisierten Patienten-/Nutzerinformation und -beratung zu verknüpfen. Er regt außerdem an, die Entwicklung und Umsetzung neuer Konzepte und didaktischer Strategien zu befördern. Denn trotz entgegengesetzter Proklamation basiert Patientenbildung vielfach noch auf herkömmlichen Strategien der „Schulung“, also der Aufklärung und Wissensvermittlung und schenkt der Kompetenzförderung, also der Vermittlung von (Problemlösungs-)Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit, zur Selbstmanagementförderung und zum Empowerment zu wenig Beachtung. Oft werden die zuletzt genannten Konzepte vor allem als theoretische Begründungsrhetorik herangezogen, kennzeichnen aber nicht das Praxishandeln. Viele Konzepte folgen zudem vornehmlich der Outsider-/Expertenperspektive und schenken der Patientenperspektive und den sich aus Sicht der Erkrankten stellenden Problemen zu wenig Aufmerksamkeit. Auch die international vorliegenden Erkenntnisse über Merkmale und Wirksamkeit patientenfokussierter Interventionen bedürfen hierzulande stärkerer Berücksichtigung. Ähnliches gilt für vorliegende Erkenntnisse dazu, in welchen Phasen des Krankheitsverlaufs welche Interventionsart angezeigt ist, wann etwa Patienten und Nutzer aufnahmebereit für Information sind, wann sie für Bildung und Edukationsangebote aufgeschlossen sind und in welchen Phasen sie eher protektive Unterstützungsstrategien benötigen.

Schließlich bedarf intensiverer Beachtung, dass ressourcenschwache Patientengruppen neben Information und Bildung ergänzend Begleitung, Coaching und Case Management benötigen – Interventionsstrategien, die in den letzten Jahren vermehrt Eingang in den Versorgungsalltag gefunden haben, aber einer noch breitenwirksameren Basis bedürfen. Zudem ist gerade mit Blick auf diese Nutzergruppe erforderlich, die Information und Beratung durch die Gesundheitsprofessionen zu verbessern.

94. Vor allem für die Kostenträger wie auch für viele Leistungsanbieter sind Patienten-/Nutzerinformation und -beratung zu einem wichtigen Wettbewerbsfaktor geworden. Diese Entwicklung dürfte sich künftig fortsetzen, sodass diesem Segment des Gesundheitswesens auch künftig hohe Aufmerksamkeit zu schenken ist. Neben der Förderung der Qualität, Forschung, Integration und Nutzerfreundlichkeit wird künftig zu beachten sein, dass Wettbewerb hier nicht der alleinige Regelungsmechanismus sein kann. Vielmehr bedarf es einer gemeinsamen, abgestimmten Initiative der von Partikularinteressen unabhängigen Träger der Patienteninformation, um die erheblichen Lücken in der Patienteninformation durch qualitativ gute, abgestimmte Angebote zu schließen und so den Qualitätswettbewerb zu fördern.

Teil II: Grundlegende Probleme und Lösungsansätze an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor

4 Sicherstellung von Versorgungskontinuität als Kernaufgabe des Schnittstellenmanagements

95. Die zahlreichen Schnittstellen im deutschen Gesundheitswesen bergen ein großes Risikopotenzial für Ineffizienzen und Wohlfahrtsverluste. Das gilt besonders für die Schnittstelle zwischen akutstationärer und ambulanter Versorgung. Durch die strukturellen Veränderungen in der Krankenhausversorgung ebenso wie durch die demografische Entwicklung und den damit einhergehenden Wandel der Patientenstruktur sind an dieser Schnittstelle neue Probleme und Herausforderungen entstanden. Die Patienten verlassen das Krankenhaus mit schwerwiegenderen gesundheitlichen Problemen und folglich auch mit einem höheren (Weiter-)Versorgungsbedarf als in früheren Jahren. Außerdem steigt das Durchschnittsalter und damit auch die Schwere und Komplexität der Problem- und Bedarfslagen der Patienten, die beim Übergang in die (Weiter-)Versorgung zu beachten sind. Die Vorbereitung der Anschlussversorgung ist daher oftmals aufwändig und anspruchsvoll. Zugleich haben sich die dafür zur Verfügung stehenden zeitlichen Spielräume verringert.

96. Aufgrund dieser Herausforderungen und als Konsequenz eines funktionierenden (Qualitäts-)Wettbewerbs ist es erforderlich, die Schnittstellengestaltung und damit die Koordination und Integration von (akut-)stationärer und ambulanter Versorgung zu verbessern. Zugleich kann dem Schnittstellenmanagement ein strategisches Differenzierungspotenzial zugeordnet werden – so beispielsweise bei denjenigen Leistungserbringern, die im Rahmen integrierter Versorgungsformen um selektive Verträge mit Kostenträgern konkurrieren. Gleichzeitig bestehen hier auch Möglichkeiten für einen Wettbewerb auf der Seite der Kostenträger, die durch selektives Kontrahieren von Leistungserbringern mit einem gut funktionierenden Entlassungsmanagement attraktiv für Versicherte sein können.

97. Die Verpflichtung zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen wurde im Jahr 2007 mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) festgehalten und im Rahmen des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) im Jahr 2011 noch einmal präzisiert. Seinen Ausdruck fand dies in der Festschreibung des Rechts der Patienten auf ein Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4 SGB V) und seit 2011 auf ein Entlassungsmanagement beim Übergang aus dem Krankenhaus in andere Versorgungsbereiche. (§ 39 Abs. 1

SGB V). Damit wurden wichtige Voraussetzungen geschaffen, um die schon Jahrzehnte fortbestehenden und kritisierten Schnittstellenprobleme zu beheben oder zumindest erheblich verringern zu können. Voraussetzung dazu ist einerseits eine konsequente Umsetzung und Implementation der neuen Rechtsvorschriften unter Beachtung der geltenden fachlichen Standards, wie die Maßgaben des Nationalen Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“, andererseits die Verbesserung der sektorenübergreifenden Kommunikations- und Informationsübermittlung. Bei der Sicherung von Versorgungskontinuität an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung handelt es sich um eine multiprofessionelle Aufgabe. Es zeigen sich jedoch unterschiedliche Aufgabenschwerpunkte bei den beteiligten Gesundheitsprofessionen.

98. Aufgabe der Ärzte ist es, eine kontinuierliche medizinische Behandlung des Patienten beim Übergang vom akutstationären in den weiterbehandelnden Sektor zu gewährleisten. Insbesondere die Weiterbehandlung von Patienten mit umfangreichen Versorgungserfordernissen bedingt eine Zusammenarbeit von Leistungserbringern sowohl im intersektoralen Bereich (ambulant/stationär) als auch intra-sektoral (bspw. zwischen Haus- und Fachärzten) und geht mit einem hohen Koordinationsaufwand und Informationsbedarf zwischen mit- bzw. weiterbehandelnden Kollegen einher.

Hierbei können Informations- und Kommunikationstechnologien (IuK) zur Überwindung der Schnittstellenproblematik beitragen. Die Integration von digitalisierten Arztbriefen und Patientenakten in ein interoperables informations- und kommunikationstechnisches Gesamtkonzept bietet die Möglichkeit, unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bedenken und höchstmöglicher Sicherheitsstandards, sowohl die sektorenübergreifende Informationsverfügbarkeit als auch den Dokumentationsaustausch zu verbessern und zu beschleunigen. Bei der Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Implementation von IuK-Technologien und -Anwendungen müssen unterschiedliche Aspekte beachtet werden, so u. a. die Erfassung von Dokumentationsanforderungen seitens der Leistungserbringer in unterschiedlichen Einrichtungen und Sektoren und eine darauf aufbauende Definition von Dokumentationsstandards. Diese können bspw. auch entlang eines bereits existierenden, sektorenübergreifenden Behandlungspfades festgelegt werden. Unterstützend können auch Checklisten als erste Orientierungshilfe für eine sektorenübergreifende Kommunikation, Befundweitergabe und Medikationsüberprüfung dienen. Technischen Integrationsproblemen an der Schnittstelle sollte mit entsprechenden Vorgaben im Sinne einer verpflichtenden Schnittstellenöffnung zur Gewährleistung der Interoperabilität zwischen den Systemen von Softwareherstellern für ambulante und stationäre Informationssysteme begegnet werden. Diese Anforderungen könnten beispielsweise vom G-BA als Richtliniengeber aufgestellt werden. Evaluerte und bewährte Initiativen auf Leistungserbringer- und/oder Kostenträgerebene können wertvolle Hinweise liefern, wie sektorenspezifische Hindernisse, die einer Behandlungskontinuität entgegenstehen, überwunden werden können. Der Einsatz von elektronischen Fallakten kann auch als Wettbewerbselement gewertet werden, denn die Erleichterung der Kommunikation und Informationsweitergabe (z. B. auch Vergabe von OP-Terminen, rasche Übermittlung von

Befunden) vom Krankenhaus an niedergelassene Ärzte kann sich im Sinne einer Einweiserbindung auch für zukünftige Patienten als vorteilhaft erweisen.

99. Bei der Verbesserung der sektorenübergreifenden Kommunikation zur Sicherstellung von Versorgungskontinuität spielt die sektorenübergreifende Arzneimitteltherapie eine herausgehobene Rolle. Die Verordnung von Arzneimitteln gehört zu den häufigsten Therapiemaßnahmen, vor allem im ambulanten Sektor, aber auch in der stationären Therapie, hier insbesondere in den konservativen Fächern. Bei allen Disziplinen ist sie zudem relevant für das Entlassungsmanagement. Zur Gewährleistung einer sektorenübergreifenden Versorgung im Bereich der Arzneimitteltherapie müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- a) Der behandelnde Arzt muss einen vollständigen Überblick über die Arzneimittelhistorie des Patienten haben. Dazu gehören vollständige Angaben über alle aktuell eingenommenen Arzneimittel inklusive frei verkäuflicher (Over the Counter) Medikamente und im Einzelfall auch solche, die früher eingenommen wurden. Eine umfassende Arzneimittelanamnese unter Beachtung vorausgegangener Arzneimitteltherapien, deren Wirksamkeit und Verträglichkeit, ist die Voraussetzung für eine risikoreduzierte Arzneimittelverordnung und eine vollständige Medikationsliste.
- b) Bei der Erstellung der ärztlichen Verordnung muss gewährleistet sein, dass die für die indikationsbezogene Arzneimitteltherapie notwendigen Medikamente aufeinander abgestimmt sind. Das Risiko möglicher Wechselwirkungen durch die Gabe mehrerer Medikamente bzw. unterschiedlicher Wirkstoffkombinationen muss abgewogen, die Dosierung und Darreichungsform anhand von patientenspezifischen Merkmalen (z. B. Nierenfunktion, Gewicht, Alter, Allergien, Lebensumstände) überprüft werden.
- c) Notwendig ist außerdem, dass die Arzneimittelhistorie, die Medikationsliste und der begleitende Arztbrief dem mit- bzw. nachbehandelnden Arzt sektorenübergreifend zur Verfügung gestellt werden bzw. für diesen in einer standardisierten und übersichtlichen Darstellung zeitnah zugänglich sind. Diese Verfügbarkeit gilt insbesondere für Notfallsituationen, in denen eine adäquate Informationsbereitstellung unabdingbar ist.

Eine Verbesserung der Medikationsinformation kann durch intra- und intersektorale Kommunikation und Kooperation erfolgen. Unterstützt werden kann diese auch durch die Integration von Apotheken in die Arzneimittelversorgung bei integrierten, sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten oder durch heimversorgende Apotheker bei Pflegeheimbewohnern. Zudem kann der Einsatz von elektronischen Verordnungs- und Entscheidungsunterstützungssystemen (Computerized Physician Order Entry (CPOE)- und Clinical Decision Support (CDSS-)Systems) die Qualität einer sicheren Arzneimitteltherapie erhöhen, indem vor Verordnungserstellung auf mögliche Medikationsrisiken bzw. -fehler beim Verordnungsprozess hingewiesen wird.

100. Der verstärkte Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien sowohl im inter- als auch im intra-sektoralen Bereich und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte werfen aber auch aus rechtlicher Sicht und in Bezug auf den Datenschutz

neue Fragen auf. Hierzu zeigt sich, dass den Chancen der elektronisch gestützten Gesundheitsversorgung unter Umständen gewisse Risiken gegenüber stehen, die in der Ärzteschaft und Öffentlichkeit auch deutlich wahrgenommen werden. Sie mahnen zum besonnenen Umgang und zum bewussten Einsatz. Besonders kritisch ist dabei die zentrale Speicherung der Daten. Es kann jedoch festgehalten werden, dass die personenbezogenen Daten der Patienten schon jetzt rechtlich umfassend durch das Telekommunikationsgeheimnis, das Allgemeine Persönlichkeitsrecht und diverse Gesetze geschützt werden, die diese beiden Grundrechte konkretisieren, allen voran das Telekommunikationsgesetz und das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Vor einer für Ärzte und Patienten nachteiligen Änderung von Gesetzen in der Zukunft schützt das Rechtsstaatsprinzip. Allenfalls im Bereich des Sozialdatenschutzes besteht im Detail Verbesserungsbedarf. Risiken, die beispielsweise beim Verlust einer elektronischen Gesundheitskarte oder einem Hackerangriff auf gespeicherte Daten entstehen, muss mittels entsprechender Sicherheitstechnologie begegnet werden. Da es sich bei personenbezogenen Gesundheitsdaten um besonders sensible Daten handelt, die nicht umsonst nach § 28 BDSG einen besonderen Schutz genießen, müssen Bedenken aus technischer oder datenschutzrechtlicher Perspektive, insbesondere gegenüber einer zentralen Datenspeicherung, ernst genommen werden.

Im haftungsrechtlichen Bereich sind die Risiken für die Ärzteschaft eher geringer: So besteht für Ärzte nur ein geringes Haftungsrisiko, wenn sie ihre seit Jahrzehnten allgemein anerkannten und durch die Rechtsprechung in zahllosen Urteilen konkretisierten Sorgfaltsanforderungen auch weiterhin beachten. Mögliche Unsicherheiten im Detail werden gerichtlich geklärt werden müssen. Aus rein rechtlicher Sicht begegnet die elektronisch gestützte Gesundheitsversorgung einschließlich der elektronischen Gesundheitskarte keinen durchgreifenden Bedenken.

101. Schnittstellen- bzw. Entlassungsmanagement gilt wie erwähnt in der internationalen Diskussion als multi- und interdisziplinäre Aufgabe, wobei den beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Sozialarbeit/Sozialdienst und Pflege) unterschiedliche Koordinierungsaufgaben zugeschrieben werden. Der Sozialdienst leistet vor allem soziale Beratung und trägt für die Einleitung von anschließenden Versorgungsmaßnahmen Sorge. Durch den Wandel der Patientenstruktur und den Bedeutungszuwachs pflegerischer Bedarfslagen wurde deutlich, dass auch in der Pflege zahlreiche Schnittstellenprobleme bestehen, die der Lösung bedürfen. Daher entstanden in den letzten Jahren neue Konzepte eines stärker pflegerischen bzw. von der Pflege getragenen Entlassungsmanagements. Einen wichtigen Meilenstein stellt der 2002 erstmals konsenterte und 2009 aktualisierte Nationale Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ dar, in dem Maßgaben formuliert sind, die ein bestimmtes Qualitätsniveau bei der Krankenhausentlassung sicherstellen sollen. Zur Umsetzung des Expertenstandards und in Reaktion auf internationale Erfahrungen sind in der Pflege zahlreiche unterschiedliche Innovationen entstanden, die sich konzeptionell an den Maßgaben des Expertenstandards ausrichten und sich meist als Ergänzung des Sozialdienstes verstehen, nicht als dessen Ersatz. So wurden im letzten Jahrzehnt vermehrt Stellen für Entlassungsmanagement im Pflegedienst der Krankenhäuser geschaffen („Pflegeüberlei-

tung“), über deren Verbreitungsgrad allerdings keine verlässlichen Zahlen vorliegen. Erprobt wurden auch Modelle zum Entlassungsmanagement durch Bezugspflegekräfte oder krankenhausexterne Dienste und andere Varianten. Auch Ansätze des klinischen Case Managements, mit denen ebenfalls eine nachhaltige Unterstützung bei der Versorgungsorganisation und Sicherstellung von Versorgungskontinuität geleistet werden soll, erlangen zunehmend Bedeutung. Ähnliches gilt für Modelle der Übergangsversorgung (Transitional Care), die explizit dazu entwickelt wurden, bei kurzen Verweildauern nach der Krankenhausentlassung Qualität und Versorgungskontinuität zu gewährleisten.

Exemplarisch zeigt dies, dass seitens der Pflege in der Vergangenheit viele Bemühungen erfolgt sind, um die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu verbessern und einen nahtlosen Übergang vom Krankenhaus in anschließende Versorgungsarten zu ermöglichen. Im internationalen Vergleich ist allerdings festzuhalten, dass das deutsche Gesundheitswesen bislang eher langsam auf die seit langem diskutierten Anforderungen und Probleme, die aus dem Strukturwandel und der demografischen Entwicklung an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung erwachsen, reagiert. So kann von einer flächendeckenden Einführung von Modellen des Entlassungsmanagements nach den Vorgaben des Nationalen Expertenstandards nicht die Rede sein, wenn dieser nur in 44,8 % der Krankenhäuser implementiert ist. Noch fehlen ausreichende personelle Ressourcen und auch die Anpassung der Prozesse, Organisationsstrukturen und der überkommenen Formen der Arbeitsteilung und -abläufe im Krankenhaus stehen noch am Anfang. Die Potenziale, die ein professionelles, strukturiertes Entlassungsmanagement für die Qualität und den Wettbewerb mit sich bringen könnte, sind daher bislang größtenteils unerschlossen bzw. auf vergleichsweise wenige Krankenhäuser begrenzt geblieben. Um sie auszuschöpfen und die dazu notwendige Reorganisation zu befördern, sind folgende Rahmenbedingungen und Maßnahmen erforderlich:

- Verbesserung der Personalausstattung: Die personellen Ressourcen, die für das Entlassungsmanagement (in der Pflege) zur Verfügung stehen, sind in vielen Krankenhäusern zu knapp bemessen, um die Maßgaben des Nationalen Expertenstandards umzusetzen.
- Organisations-, Konzept- und Instrumentenentwicklung: Je besser das Entlassungsmanagement in die Prozessabläufe der Krankenhausversorgung integriert ist und je besser bestehende Abläufe auf die Erfordernisse des Entlassungsmanagements ausgerichtet sind (bereits bei der Aufnahme), umso mehr können Patienten, professionelle Akteure und das Krankenhaus als Institution von den positiven Effekten profitieren. Auch sind umso eher gute Ergebnisse zu erwarten, je ausgereifter die Konzepte, Instrumente und Methoden des Entlassungsmanagements sind. Auf allen diesen Feldern besteht in Deutschland noch Entwicklungs- und Verbesserungsbedarf.
- Die Verankerung des Entlassungsmanagements im SGB V ist zu begrüßen, doch steht zu befürchten, dass viele der schon erprobten Innovationen modifiziert und in anderer Konstellation erneut erprobt werden. Obschon eine gewisse experimentelle Vielfalt zu konstruktiven Weiterentwicklungen des Gesundheitswesens führt, besteht hier doch die

Gefahr ineffizienten Ressourceneinsatzes. Dies gilt um so mehr, als auch in der zurückliegenden Zeit viele Innovationen im Bereich des Schnittstellen- und Entlassungsmanagements ohne systematische und vergleichende Evaluation erfolgten. Es wird daher empfohlen die (Evaluations-)Forschung auf diesem in Deutschland noch wenig beachteten Gebiet der Versorgungsforschung zu fördern.

Empfehlungen zur Sicherung einer sektorenübergreifenden Versorgungskontinuität

102. An der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Sektor muss die Koordination und Integration von (akut-)stationärer und ambulanter Versorgung verbessert werden. Aus Sicht des Rates besteht hierbei folgender Handlungsbedarf:

- Harmonisierung sozialrechtlicher Regelungen, insbesondere der Regelungen in SGB V und XI. Dazu gehört auch die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und umfassender Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, deren gesetzlich vorgegebener Auftrag auch die sektorenübergreifende Koordination von Leistungen beinhaltet.
- Verbindliche gesetzliche Vorgaben zur Ausgestaltung des Entlassungsmanagements nach § 39 Abs. 1 SGB V entsprechend der Maßgaben des bereits erprobten und teilweise implementierten Nationalen Expertenstandards.
- Entwicklung einer nationalen Leitlinie zur Ausgestaltung des interdisziplinären Schnittstellenmanagements auf der Grundlage des Nationalen Expertenstandards Entlassungsmanagement. Dabei sollte auch die Verzahnung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements gewährleistet werden.
- Behebung struktureller Hemmnisse für die Entwicklung bedarfsgerechter Formen der Übergangsversorgung und Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen zur Erleichterung der Etablierung solcher Angebote. Dazu gehört insbesondere die Erweiterung der nachstationären Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses im Sinne von Transitional Care-Modellen. Da das Entlassungsmanagement gemäß § 39 Abs. 1 SGB V nunmehr regulärer Bestandteil der Krankenhausbehandlung ist, eröffnet sich hier die Möglichkeit, sektorale Grenzen zu überschreiten um eine kontinuierliche Weiterversorgung zu sichern. Schon bestehende Angebote der Übergangsversorgung bedürfen der Weiterentwicklung, um den rehabilitativen Anforderungen, die in der postakuten Phase infolge des verkürzten Krankenhausaufenthaltes an Bedeutung gewonnen haben, besser gerecht werden zu können.
- Stärkere Beachtung der Erfordernisse des Schnittstellen- und auch des Entlassungsmanagements im Krankenhaus sowie Anpassung und Weiterentwicklung der krankenhausesinternen Strukturen und Abläufe. Hierzu sind eine zielgerichtete Reorganisation, eine verbesserte Personalausstattung, stärkere Verbindlichkeit interner Verfahrensregelungen für alle Berufsgruppen und ggf. strukturelle Erweiterungen erforderlich.

Ebenso ist es notwendig, in den Krankenhäusern organisatorische Vorgaben zu entwickeln, um die Kooperation zwischen den beteiligten Gesundheitsprofessionen zu verbessern und ggf. umzugestalten. Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren könnte im Rahmen selektivvertraglicher Regelungen dazu beitragen, entsprechende Prozesse voranzutreiben.

- Dokumentation von ungeplanten Rehospitalisierungen und deren Aufnahme in die Qualitätsberichterstattung zur Schaffung verbesserter Transparenz. Entwicklung weiterer Indikatoren zur Messung der Umsetzung eines patientenorientierten Entlassungsmanagements.
- Verbindliche Definitionen von Mindeststandards für die multidisziplinäre Informationsübermittlung bei der Krankenhausentlassung. Auf ärztlicher Seite kann u. a. eine Strukturierung und Standardisierung sowie zeitnahe Übermittlung von Arztbriefen zu einer besseren und rascheren Überwindung von Schnittstellenproblemen beitragen. Die Integration von digitalisierten Arztbriefen bzw. elektronischen Patientenakten in ein IuK-Gesamtkonzept bietet die Möglichkeit, sowohl die sektorenübergreifende Informationsverfügbarkeit als auch den Dokumentationsaustausch zu verbessern und zu beschleunigen. Auch sollten die Dokumentationen aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich zusammengeführt werden.
- Neben Definitionen von Dokumentenstandards sind Normierungsvorgaben zur Überwindung der Interoperabilitätshemmnisse und Definition der Anforderungen zur Sicherung von Qualität und Patientensicherheit notwendig. Dazu könnte der G-BA mit der Festlegung verbindlicher Rahmenbedingungen zur Förderung der sektorenübergreifenden Interoperabilität von einzusetzenden IuK-Technologien beauftragt werden.
- Weiterer Handlungsbedarf resultiert aus der Sicherung der Kontinuität bei der medikamentösen Behandlung. Unterstützt wird diese durch die vollständige Übermittlung des Medikamentenplans einschließlich Begründungen für erfolgte Umstellungen. Zusätzlich kann die Integration von CPOE-/CDSS-Systemen bei der Verordnungserstellung die Patientensicherheit erhöhen. Hier ist die Evaluation dieses Mediums bezüglich der Endpunkte Morbidität, Mortalität sowie Lebensqualität und Kosten erforderlich.
- Anwendungen der IuK können an der ambulant-stationären Schnittstelle die Weitergabe von Informationen, beispielsweise von Befunden oder Arzneimittelverordnungen im Rahmen von elektronischen Fallakten, erleichtern. Hierbei sind Verbesserungen der Versorgung vor allem bei multimorbiden Patienten mit einer langen Krankheitsgeschichte und umfangreicher Medikation zu erwarten. Jedoch bedürfen diese eines besonderen Schutzes bei der Entscheidung zur Nutzung elektronischer Anwendungen. Um hier das Einverständnis des Patienten zur Datenübermittlung zu erhalten, gilt es, Patienten über mögliche Vorteile (z. B. verbesserte, risikoreduzierte Arzneimitteltherapie) aufzuklären. Des Weiteren sollte auch geprüft werden, inwieweit der pflegerische Informationsbedarf durch IuK-Anwendungen abgedeckt werden könnte. Darüber

hinaus kann die IuK-Technologie durch Bereitstellung von Routinedaten die Qualitätssicherung unterstützen. Grundvoraussetzung ist eine höchstmögliche Datensicherheit und die jederzeit bestehende Möglichkeit des Patienten, sein Recht auf informationelle Selbstbestimmung zu nutzen.

- Im Hinblick auf die derzeit im Aufbau befindliche Telematikinfrastruktur unter Anwendung einer eGK sind mögliche Verbesserungen der sektorenübergreifenden Behandlungsqualität jedoch fast ausschließlich von denjenigen Anwendungen der eGK zu erwarten, die patientenseitig freiwillig genutzt werden. Wenn es weiterhin nicht gelingt, die Akzeptanz seitens der Leistungserbringer zu gewinnen, werden diese nicht zu einer Verstärkung der Nutzungsintensität durch Aufklärung und Unterstützung der Patienten beitragen.
- Die Evaluation des Nutzens der eGK zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit, welche in aktuell laufenden Projekten stattfindet, muss abgewartet werden, bevor Empfehlungen zur weitergehenden Anwendung der eGK in diesem Bereich ausgesprochen werden können. Obgleich Verbesserungen der sektorenübergreifenden Behandlungsqualität erwartet werden, sollte die Relevanz der Verbesserung insbesondere im Hinblick auf patientenrelevante Outcomes evaluiert werden.
- Obschon im Entlassungs- und Schnittstellenmanagement in den letzten Jahren viele Innovationsbemühungen erfolgt sind, fehlt es noch an systematischen wissenschaftlichen Erkenntnissen und empirischen Befunden. Der Rat empfiehlt daher die Versorgungsforschung in diesem Bereich voranzutreiben, dabei auch wissenschaftlich begleitete Modellprojekte und vergleichend angelegte Evaluationsstudien zu fördern, um so Grundlagen für eine Weiterentwicklung geeigneter Organisationsmodelle, Handlungskonzepte und Methoden zu schaffen und das Wissen über die Behebung von Schnittstellenproblemen zu erweitern. Dabei sollten interdisziplinäre Modelle, innovative Konzepte der Übergangsversorgung und gesundheitstelematische Anwendungen zur Förderung des sektorenübergreifenden Informationsaustauschs besondere Beachtung erhalten, zumal hier bislang eine verlässliche Kosten-Nutzen-Bewertung aussteht.

5 Sektorenübergreifender und populationsorientierter Qualitätswettbewerb

103. Im Wettbewerb an der Schnittstelle soll nicht nur der Preis, sondern auch die Qualität der Versorgung ein Unterscheidungsmerkmal sein. Dadurch wird Innovationskraft für neue Versorgungsformen freigesetzt und die besten Anbieter(netze) mit höherer Qualität können sich durchsetzen. Die Grundvoraussetzung dafür sind Informationen über die Qualität der Versorgung. Diese Informationen, insbesondere für die sektorenübergreifende Versorgung, fehlen bisher, dabei bildet diese bereits heute den Schwerpunkt des realen Versorgungsgeschehens und wird in einer alternden Bevölkerung mit komplexen Behandlungserfordernissen noch weiter zunehmen.

104. Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung lässt sich drei Teilbereichen zuordnen: der technischen Qualität der Behandlung, die dem neusten Stand der Wissenschaft entsprechen sollte, der Qualität der persönlichen Beziehungen zu dem medizinischen und pflegerischen Personal, die von Vertrauen und Kooperation geprägt sein sollte, und der Umgebungsqualität, die zeitliche und räumliche Umstände für den Patienten beschreibt.

Für Patienten sind bei der Wahl eines Krankenhauses, Arztes oder einer Pflegeeinrichtung insbesondere die Beziehungs- und die Umgebungsqualität wichtige Bereiche. Für einen Qualitätswettbewerb, in dem auch Krankenversicherungen eine wichtige Rolle spielen, ist unter Zielaspekten vor allem die technische Qualität eine zentrale Voraussetzung. Qualitätsmessung mit Hilfe von Indikatoren soll daher insbesondere auch die technische bzw. Versorgungsqualität transparent machen.

5.1 Qualitätsmessung

105. Im stationären Sektor geschieht dies im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung (§ 137 SGB V). Viele der verwendeten Qualitätsindikatoren sind über Internetportale zugänglich. In der ambulanten Versorgung gibt es Qualitätsmessungen bisher nur für die interne Verwendung. In der stationären Langzeitpflege findet eine Stichprobenprüfung statt, die Ergebnisse werden als Pflegenoten im Internet veröffentlicht.

Versorgungsqualität lässt sich nicht direkt messen, daher werden Indikatoren, wie beispielsweise Mortalitätsraten oder Impfraten, verwendet. Die Qualitätsindikatoren sollten relevant, valide, zuverlässig, praktikabel und zielgruppengerecht sein. Diese Kriterien stellen nicht selten gegensätzliche Anforderungen an die Indikatoren.

Zur Qualitätsmessung stehen verschiedene Arten von Indikatoren zur Verfügung. Donabedian unterteilt diese in Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren. Letztere messen insbesondere Mortalität, Morbidität und Lebensqualität als die (Langzeit-)Folgen einer Behandlung und damit die für den Patienten relevanten Ergebnisse einer Behandlung oder Langzeitversorgung. Diese Ereignisse treten allerdings – insbesondere bei chronischen Krankheiten – häufig erst mit zeitlicher Verzögerung auf. Des Weiteren sind die Ergebnisse nicht alleine der Qualität der gesundheitlichen Behandlung zuzurechnen, sondern von Umweltfaktoren, der Mitwirkung des Patienten und der Versorgung in anderen Sektoren beeinflusst.

106. Struktur- und Prozessindikatoren können bereits im Vorfeld oder während der Behandlung gemessen werden. Ein Schwerpunkt vieler Prozessindikatoren ist die Leitlinienimplementierung. Leitlinien wurden allerdings in der Regel für einzelne Krankheiten entwickelt, während in der Praxis das gleichzeitige Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen überwiegt. Insbesondere wenn die Vergütung davon abhängt, kann rigide Leitlinien-treue als Indikator auch Fehlanreize, vor allem zur Über- und Fehlversorgung setzen, und zu einer schlechteren Versorgung mehrfach erkrankter Patienten führen. Bereits 2009 hat der Rat empfohlen, Leitlinien für mehrfach Erkrankte zu entwickeln. Dabei sollte ihre Nutzung als Quelle zur Entwicklung von Qualitätsmessinstrumenten mitbedacht werden.

107. Die Fallzahlproblematik ist das zentrale Hindernis einer reliablen Qualitätsmessung im Gesundheitswesen. Infolge geringer Fallzahlen kann nur eine kleine Minderheit aller auf Einrichtungsebene erhobenen Qualitätsindikatoren statistisch signifikante Abweichungen vom Durchschnitt oder einem vorab festgelegten Zielwert aufzeigen. Je seltener ein Ereignis (etwa ein Todesfall) auftritt, desto größer muss die Anzahl von Fällen sein, um eine sichere Aussage treffen zu können. Im Rahmen der externen Qualitätssicherung, ist die Mortalitätsrate nur für einige Herzoperationen ein zuverlässiger Indikator. Von der Mehrheit der Krankenhäuser und für die Mehrzahl der Indikatoren werden die notwendigen Fallzahlen für zuverlässige Aussagen nicht erreicht.

Im ambulanten Sektor dominiert die Versorgung chronischer Krankheiten gegenüber operativen Eingriffen. Niedrige Fallzahlen pro Indikation und Praxis erschweren die reliable Beurteilung von Ergebnisqualität.

108. Komplikationsraten und insbesondere die Sterblichkeit bergen neben der Fallzahlproblematik auch noch das Problem der Risikoselektion. Öffentliche Berichterstattung und insbesondere ergebnisorientierte Vergütung können die Gefahr von Risikoselektion erhöhen. Leistungserbringer könnten junge Patienten mit einem guten Allgemein-

zustand bevorzugen, um ihre Mortalitäts- und Komplikationsraten niedrig zu halten. Für ältere Patienten werden dann risikoärmere Verfahren gewählt. In den USA zeigte sich, dass schwere Fälle eher an Universitätskrankenhäuser weiter überwiesen wurden (was durchaus sinnvoll sein kann), während gleichzeitig die Durchschnittspatienten immer "gesünder" wurden. Die Indikationsstellung muss deshalb ein Teil der Qualitätsmessung werden. Darüber hinaus müssen Ergebnisindikatoren nach Alter, Geschlecht, Komorbidität und Stadium der Erkrankung risikoadjustiert werden.

Qualitätssicherung mit ausgewählten Indikatoren birgt auch das Risiko, dass parallel nicht gemessene Versorgungsbereiche vernachlässigt werden. Die Fokussierung auf einzelne Behandlungen fördert auch nicht die integrierte und umfassende Versorgung chronisch mehrfach erkrankter Patienten.

109. Indikatoren müssen nicht nur in der Theorie relevant, valide und reliabel sein, sondern auch in der Praxis umsetzbar. Der Erhebungsaufwand sollte so gering wie möglich sein und durch die zu erwartenden klinischen Verbesserungen aufgewogen werden. Für Krebsregister oder Disease Management-Programme (DMP) werden klinische Indikatoren zusätzlich direkt im Versorgungsalltag dokumentiert. Auch die Qualitätssicherung in der Pflege basiert auf einer gesonderten Pflegedokumentation. Ihr Vorteil ist ihre Passgenauigkeit für die Qualitätssicherung, ihr Nachteil der große Dokumentationsaufwand. Ohnehin dokumentierte Routinedaten müssen dagegen nicht gesondert erhoben werden. In der Regel handelt es sich um Abrechnungs- und Sozialdaten der Krankenversicherungen. Die Vollständigkeit der Abrechnungsdaten ist tendenziell besser als die von gesondert erhobenen Qualitätsdaten. Wo immer es möglich ist, sollten daher solche Routinedaten anstelle von extra erhobenen Parametern für die Qualitätssicherung genutzt werden.

Prozessindikatoren sind zumeist zuverlässiger als Ergebnisindikatoren, da sie weder mit der Problematik der Fallzahlen noch der Risikoadjustierung behaftet sind. Strukturindikatoren besitzen aufgrund ihrer Kennzahlendarstellung die höchste Zuverlässigkeit, aber die geringste Relevanz.

110. Die Messung von Prozess- und Ergebnisindikatoren führt immer zu patientenbezogenen Daten, bei deren Erhebung und Verarbeitung strenge Datenschutzaufgaben zu beachten sind. Für die Erhebung von klinisch relevanten Endpunkten muss der Patient über einen gewissen Zeitraum und über die Sektorengrenzen hinweg nachverfolgt werden. Durch Pseudonymisierung können personenbezogene Daten in einem Register zusammengeführt und zugleich die persönlichen Gesundheitsdaten geschützt werden. Die gesetzlichen Regelungen zum Datenzugang sollten so ausgestaltet werden, dass sie die Qualitätssicherung und die Versorgungsforschung ermöglichen.

Qualitätswettbewerb

111. Es gibt grundsätzlich zwei Wege, wie Qualitätstransparenz über Wettbewerb zu Qualitätsverbesserungen führen könnte. Der erste Weg führt über das professionseigene

Streben nach Exzellenz und über kontinuierliches gegenseitiges Lernen. Anbieter, die in Rankings schlechter abschneiden, arbeiten an ihren Schwachpunkten und lernen dazu gezielt von den Besten (sogenanntes „Benchmarking“). Dadurch wird langfristig die Qualität Aller auf ein höheres Niveau gehoben. Da sich auch die Besten kontinuierlich weiterentwickeln, gilt es konstant neue Bestmarken zu erreichen. Die ambulanten Qualitätszirkel und das Peer Review-Verfahren der Initiative Qualitätsmedizin zeigen, dass dies in der Praxis funktionieren kann. In der Schweiz und in Österreich wurde dieses Verfahren gerade für alle Krankenhäuser verpflichtend eingeführt. Auch in Deutschland soll der „Strukturierte Dialog“ der externen stationären Qualitätssicherung zu einem Visitationskonzept weiterentwickelt werden.

112. Der zweite prinzipiell geeignete Weg führt über die Selektion: Patienten, Einweiser und Krankenkassen, die Selektivverträge schließen wollen, entscheiden sich für die besseren Ärzte und Krankenhäuser. Dadurch würden Patienten gezielt dort behandelt, wo die Qualität am besten und die Komplikationsrate gering ist. Schlechte Anbieter würden mittel- bis langfristig aus dem Markt ausscheiden.

Für die Wirksamkeit des zweiten Weges zur Qualitätsverbesserung – die Selektion der besten Anbieter durch Versicherungen oder Patienten und das Ausscheiden der schlechten – gibt es bislang keine eindeutigen Belege. Internationale Studien zeigen konsistent einen Anteil von nur etwa 3 bis 4 % der Patienten, die sich aufgrund von Qualitätsberichten für ein Krankenhaus entscheiden. Sie belegen ebenso, dass selbst wenn die Rankings der technischen Qualität bekannt sind, sie nicht zentral für die Entscheidung des Patienten werden. Die Patienten präferieren die Qualität der persönlichen Beziehungen und die Umgebungsqualität. Die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient lässt sich jedoch sehr schwer objektiv messen und in Vergleichsportalen darstellen.

Auch Einweiser, die über das medizinische Wissen verfügen, um die Qualitätsberichte der Krankenhäuser zu verstehen, stehen Qualitätsrankings skeptisch gegenüber und verlassen sich lieber auf ihre eigenen Erfahrungen.

113. Qualitätstransparenz birgt das Risiko einer Skandalisierung durch die Medien, die Patienteneinbußen und wirtschaftliche Verluste für das Krankenhaus bedeuten. Diese Form der öffentlichen Berichterstattung kann zu einem defensiven Umgang mit Fehlern führen. Eine gute Fehlerkultur beruht jedoch auf Sanktionsfreiheit.

Qualitätswettbewerb darf nicht die vertrauensvolle, interne Qualitätsverbesserung zugunsten einer rein externen Kontrolle gefährden. Abweichungen von einem Sollwert, auch wenn diese statistisch signifikant sind, sind kein direktes Maß der Qualität, sondern lediglich ein Instrument, um Auffälligkeiten zu entdecken, die Anlass zu einer Reflexion über Verbesserungsmaßnahmen sein sollten.

114. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den Auswirkungen von Qualitätswettbewerb und Qualitätstransparenz basieren bislang fast ausschließlich auf Studien aus den

USA. Generell können die Folgen bzw. die Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen und Vertragsformen nur durch eine entsprechende Versorgungsforschung aufgeklärt werden.

115. Auf dem Weg zu Qualitätstransparenz muss eine schwierige Gratwanderung gelingen: Mit eng gefassten Strukturindikatoren verkümmert sie schnell zum reinen Marketinginstrument, mit weit gefassten Ergebnisindikatoren verleitet sie zur Risikoselektion. Auch wenn Transparenz wichtig für die Patientenorientierung ist, kann die Verantwortung zur Qualitätsbeurteilung als Voraussetzung für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung nicht allein auf den Patienten als Konsumenten abgeschoben werden. Auch wer nicht (mehr) in der Lage ist, den besten Anbieter zu wählen, hat ein Recht auf qualitativ hochwertige Versorgung.

Die Qualitätstransparenz im deutschen Gesundheitswesen wird in Zukunft weiter zunehmen, auch weil mündige Bürger diese einfordern. Diese Entwicklung birgt sowohl Chancen als auch Risiken, die gut gegeneinander abgewogen werden sollten.

5.2 Sektorenübergreifende Versorgung

116. Der Begriff „sektorenübergreifend“ wird für das gesamte Geschehen an der Schnittstelle verwendet. Analytisch lässt sich dieses unterteilen in Behandlungen, die in einem Sektor erbracht und deren Qualität beim gleichen Patienten im anderen Sektor gemessen wird („Follow up-Verfahren“), gleiche Behandlungen, die bei verschiedenen Patienten sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor erbracht werden können („sektorengleiche“ Verfahren) und „sektorenüberschreitende“ Verfahren, bei denen zwei Sektoren an der Behandlung des gleichen Patienten beteiligt sind.

Follow up-Verfahren

117. Durch die Überwindung der strikten Sektorentrennung in der Qualitätssicherung ließen sich Daten aus dem einen Sektor zur Messung der Qualität anderer Sektoren nutzen, um den Outcome verlässlich zu messen. Das AQUA-Institut beginnt, Daten aus dem ambulanten Bereich für die Qualitätsmessung von Operationen im Krankenhaus zu verwenden. Die gesamte externe stationäre Qualitätssicherung soll auf diese Weise auch um Follow up-Daten ergänzt werden. Zunächst sind die Bereiche Hüft- und Knie-Endoprothese, Geburtshilfe und Neonatologie zur Erprobung vorgesehen. Follow up-Verfahren können auf Routinedaten basieren und sind damit aufwandsarm und datensparsam.

Sektorengleiche Leistungen

118. Für gleiche Versorgungsleistungen sollten auch gleiche Qualitätsanforderungen bzw. -standards gelten. Krankenhäuser und Facharztpraxen treten innerhalb des neuen spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs und beim ambulanten Operieren miteinander in

Wettbewerb um sektorengleiche Leistungen. Dafür müssen die Qualitätsergebnisse vergleichbar gemacht werden.

Um einen fairen Vergleich der Leistungen zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern zu ermöglichen, müssen die Ergebnisindikatoren risikoadjustiert werden. Neben der Standardadjustierung nach Alter und Geschlecht empfiehlt sich eine Adjustierung nach Schwere der Erkrankung und Komorbiditäten, da die leichteren Fälle vermutlich eher von Niedergelassenen behandelt werden. Es ist zu prüfen, inwieweit auch eine Adjustierung nach sozio-ökonomischem Status sinnvoll und möglich ist. Um eine Indikationsausweitung zu vermeiden, empfiehlt der Rat, bei der externen Qualitätssicherung der spezialfachärztlichen Versorgung einen Schwerpunkt auf die Indikationsstellung zu legen.

Elektive Leistungen des ambulanten Operierens, die bisher (noch) nicht zur spezialfachärztlichen Versorgung gehören, eignen sich besonders gut für Selektivvertragsmodelle auf der Basis von Ergebnisqualität und Komplikationsraten. In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung rechnen die Krankenhäuser und Praxen direkt mit den Krankenkassen ab. Dadurch entsteht kein zentraler Datenpool, wie er in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bei den KVen und in der stationären beim InEK besteht. Einige Krankenkassen haben ausreichend große Fallzahlen um die Qualität selbst berechnen zu können. Eine versicherungsübergreifende Analyse nach datenschutzkonformer Pseudonymisierung, analog zum AQUA-Verfahren, würde allen Versicherungen diese Möglichkeit eröffnen.

5.3 Sektorenüberschreitende, populationsbezogene Versorgung

119. Im Sondergutachten 2009 hat der Rat ein Zukunftsmodell zur populationsbezogenen und sektorenübergreifenden Versorgung vorgestellt. Chronische Erkrankungen sind in allen Industrieländern die zentrale Herausforderung für die Zukunft der Gesundheitssysteme. Ihre Behandlung erfordert eine Vielzahl von Akteuren. Der Erfolg lässt sich daher nicht einer einzelnen Einrichtung zuschreiben und nur sektorenübergreifend messen. Populationsbezogene, d. h. gleichzeitig einrichtungs- bzw. sektorenübergreifende Indikatoren bieten die Chance, einer gemeinsamen Qualitätsverantwortung auch durch gemeinsame Qualitätsmessungen gerecht zu werden und dabei auch die Prävention und Rehabilitation zu berücksichtigen.

Eine populationsbezogene Qualitätsmessung ermöglicht es zudem, die Dimensionen der Qualität zu erfassen, die mit einrichtungsbezogenen Indikatoren nicht gemessen werden können. Dazu gehören Zugangsgerechtigkeit, Vollständigkeit und Koordination sowie Prävention.

Aufbauend auf den Arbeiten zu Qualitätsindikatoren in den USA, Schweden, Großbritannien, Kanada, der OECD und der einschlägigen Literatur, werden für Deutschland populationsbezogene Qualitätsindikatoren vorgeschlagen. Dabei sind zwei Konzepte zentral:

potenziell vermeidbare Sterblichkeit als Qualitätsindikator für das Gesamtsystem, wie der Rat es bereits 1987 vorschlug, und vermeidbare Krankenhauseinweisungen als Indikator für die Qualität der ambulanten Versorgung insbesondere von chronischen Erkrankungen. Auch wenn nicht jeder Einzelfall vermeidbar ist, so kann doch die Gesamtzahl der Todesfälle und Krankenhauseinweisungen durch gute Behandlung verringert werden. Mittlerweile wird deshalb eher von verringerbarer Sterblichkeit (amendable mortality) bzw. verringerbaren Krankenhauseinweisungen gesprochen.

120. Die Indikatoren werden bevölkerungs- (nicht nur patienten-)bezogen dargestellt. Durch den Populationsbezug müssen die Indikatoren nicht auf die gefährdete Gruppe heruntergerechnet werden. Das heißt beispielsweise, dass die Todesfälle durch Blinddarmdurchbruch auf die Einwohner bezogen werden und nicht auf die bekannten Blinddarmentzündungen. Dadurch sind populationsbezogene Indikatoren leichter zu berechnen als einrichtungsbezogene Indikatoren. Da die Lebenserwartung seit den 1980er Jahren weiter gestiegen ist, sollte die Standardaltersgrenze von 65 auf 74 Jahre angehoben werden. Für einige Indikationen gelten andere Altersgrenzen. So wird beispielsweise bei Diabetes nur bis 49 Jahren von einer verringerbaren Sterblichkeit ausgegangen. Säuglinge sollten noch nicht gegen Masern geimpft werden, die Sterblichkeit durch Masern ist also erst ab dem ersten Lebensjahr durch eine Impfung verringerbare.

5.3.1 Verringerbare Sterblichkeit

121. Die Indikationen hinter der verringerbaren Sterblichkeit lassen sich in drei Kategorien unterteilen: Erstens Erkrankungen, die durch Primärprävention zu verhindern gewesen wären, wie beispielsweise Kinderkrankheiten, gegen die es Impfungen gibt. In die zweite Kategorie fallen Erkrankungen, deren Überlebenschancen durch Früherkennung und rechtzeitige Behandlung steigen können, wie Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs. Die letzte Kategorie bilden die Fälle, deren Sterblichkeitsraten durch verbesserte medizinische Behandlung gesenkt werden können, z. B. Bluthochdruck oder Sepsis. Diabetes mellitus Typ 1 ist zwar nicht zu verhindern, sollte aber bei guter Behandlung nicht zu einem vorzeitigen Tode führen. Erhöhte Werte in einer Region sind nicht als direktes Maß der Qualität, sondern als Auffälligkeiten zu betrachten und sollten Anlass geben, über Strukturen und Abläufe nachzudenken und dabei insbesondere potenzielle Qualitätsverluste an den Schnittstellen zu verringern.

Die Indikatoren können nicht nur innerhalb Deutschlands, sondern auch international einem Vergleich der Gesundheitsversorgung dienen. Dabei schneidet Deutschland insgesamt gut ab. Für die klassischen, durch Impfung vermeidbaren Sterbefälle Typhus, Keuchhusten und Masern gab es 2010 keine Todesfälle. Auch für Diphtherie (2), Tetanus (2) und Polio (1) war die Zahl der Todesfälle sehr niedrig. Diese Krankheiten sind allerdings nicht ausgerottet, deshalb sollten die Indikatoren weiter erhoben werden.

Bei Erkrankungen, bei denen die Sterblichkeit durch Früherkennung potenziell zu verringern wäre, zeigen sich deutliche Unterschiede insbesondere bei Hautkrebs und Gebärmutterhalskrebs. In einigen Regionen starben zum Beispiel doppelt so viele Menschen pro 100 000 Einwohner an Hautkrebs wie in anderen.

Die durch verbesserte Behandlung verringerbare Sterblichkeit lässt sich darüberhinaus in akute und chronische Erkrankungen unterteilen. Bei den akuten Erkrankungen (Pneumonie, Nierenentzündung, Sepsis, Infektionen und Parasiten, Leistenbruch, Influenza, Appendizitis) beispielsweise lässt sich weder ein Ost-West- noch ein Nord-Süd-Gefälle ausmachen. Die genauen Ursachen für diese Unterschiede sind zunächst unklar und müssen vor Ort untersucht werden.

Die chronischen Erkrankungen mit verringerbarer Sterblichkeit sind ischämische Herzkrankheit, zerebrovaskuläre Krankheiten, chronisch obstruktive Lungenkrankheit, Hypertonie, Epilepsie, Krankheiten der Bauchspeicheldrüse, Magengeschwüre, Asthma, Diabetes, Gallenleiden und rheumatische Herzkrankheiten. Bei diesen deutet sich ein möglicher Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Situation der Region an. Die ostdeutschen Regierungsbezirke weisen die meisten Todesfälle auf, die niedrigsten finden sich entlang des Rheins und in Bayern.

122. Vor allem die Sterbefälle aufgrund von chronischen Erkrankungen weisen einen engen Zusammenhang mit dem sozio-ökonomischen Status auf. Um diese ggf. zu senken, sind nicht nur Verbesserungen der medizinischen Versorgung, sondern auch Lebensstil- und Lebensumweltveränderungen notwendig. Diese sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die von vielen Akteuren in der Region gemeinsam angegangen werden muss. Damit weisen die Werte nicht nur auf die mögliche Qualität des Gesundheitssystems hin, sondern werden auch beeinflusst von Aufklärungskampagnen, Nichtraucherschutz, Sportmöglichkeiten, Arbeitsschutz, Gemeinschaftsverpflegung, Umweltschutz und weiteren Einflussfaktoren. Unterschiede in der Krankheitslast einer Region können auch durch unveränderliche Umstände (Klima, Vegetation etc.) entstehen.

5.3.2 Verringerbare Krankenhauseinweisungen

123. Schnittstellen existieren nicht nur zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, sondern auch innerhalb des ambulanten Sektors. Hausärztliche, fach- und spezialfachärztliche Versorgung, Pflege, Rehabilitation, psychosoziale und palliative Versorgung sowie Heilmittel werden jeweils von getrennten Einrichtungen erbracht. Populationsbezogene Indikatoren übertragen das Konzept einer gemeinsamen Qualitätsverantwortung, wie sie für Krankenhausärzte innerhalb eines Hauses gilt, auch auf den ambulanten Bereich. Bereits heute arbeiten niedergelassene Ärzte in praxisübergreifenden Qualitätszirkeln oder Ärztenetzen gemeinsam an Qualitätsverbesserungen.

Der Qualitätswettbewerb im ambulanten Sektor wird bisher dadurch behindert, dass keine geeigneten Messwerte der Ergebnisqualität zur Verfügung stehen, da die Fallzahlen

der meisten ambulanten Einrichtungen für die meisten Indikationen zu niedrig sind, um die Ergebnisqualität methodisch zulässig zu messen. Eine klare Zuordnung des Ergebnisses zu einem Leistungserbringer ist schwer möglich und wird in Zukunft durch die Zunahme mehrfach chronisch erkrankter Patienten noch weiter erschwert. Bei der Versorgung chronischer Erkrankungen sind die Vollständigkeit der ambulanten Versorgung und die Koordination zwischen allen beteiligten Einrichtungen und Personen besonders wichtig. Koordination kann nicht aus der Einrichtungs-, sondern muss aus der Patientenperspektive betrachtet und gemessen werden.

Die Qualitätsberichterstattung in Deutschland spiegelt die zentrale Stellung der chronischen Erkrankungen bisher nicht wider. In der externen stationären Qualitätssicherung gibt es naturgemäß keinen Indikator zu chronischen Erkrankungen, da die prinzipiell langfristig angelegte Behandlung chronischer Erkrankungen schwerpunktmäßig im ambulanten Sektor stattfindet. Bei den neuen sektorenübergreifenden Verfahren bezieht sich kein einziges vorrangig auf eine chronische Erkrankung. Stattdessen stehen Operationen im Vordergrund.

Im englischsprachigen Raum wurden spezielle Indikatoren für „ambulatory care sensitive conditions“ geschaffen. Diese beruhen auf dem Konzept der „vermeidbaren Krankenhauseinweisungen“ und sind in den USA ein zentrales Indikatorenset, um die Qualität der ambulanten Versorgung zu messen. Auch in Deutschland ließe sich mit diesem Konzept populationsbezogene Ergebnisqualität mit Routinedaten messen. Bei ambulant zu behandelnden Erkrankungen ist aufgrund besonderer Umstände manchmal ein Krankenhausaufenthalt sinnvoll. Nicht jede Einweisung bei Indikationen, die ambulant zu behandeln sind, ist ein Fehler der Gesundheitsversorgung. Entsprechende Zahlen werden erst im Vergleich aussagekräftig. Deshalb wird analog zu den verringerbaren Todesfällen häufig auch von verringerbaren Krankenhauseinweisungen gesprochen.

Auch verringerbare Krankenhauseinweisungen sollten mit Bezug zur Gesamtpopulation und nicht beispielsweise mit Bezug zu allen Asthma-Patienten erhoben werden, denn insbesondere nicht diagnostizierte Asthma-Erkrankungen sind ein Indikator für unzureichende ambulante Versorgung. Als Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung werden Krankenhauseinweisungen bei Diabetes, Asthma, Herzinsuffizienz und Hypertonie empfohlen. Sie spiegeln den Arbeitsalltag der hausärztlichen Praxis wider und die Prävalenz dieser Krankheiten ist so hoch, dass eine Auswertung auf Kreisebene möglich ist, was ungefähr dem Einzugsbereich vieler Qualitätszirkel entsprechen würde. Für andere chronische Erkrankungen, beispielsweise die chronisch obstruktive Lungenerkrankung, für die Krankenhauseinlieferungen zu vermeiden sind, muss zunächst die Kodierqualität verbessert werden.

Bei den Indikatoren zu vermeidbaren Krankenhauseinweisungen werden ältere Patienten nicht ausgeschlossen. Im Gegenteil, diese Indikatoren können auch gezielt dazu genutzt werden, die Qualität der pflegerischen Versorgung zu messen. Für die Qualität der Pflege werden die Indikatoren Krankenhausweisung mit Dekubitus und Dehydration empfohlen. Zu Einweisungen nach Stürzen ist noch Definitionsarbeit nötig. Durch einen Abgleich der Daten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung ließe sich so für jede Pflegeeinrichtung –

sowohl ambulant als auch stationär – die Ergebnisqualität berechnen. Durch eine Zusammenarbeit zwischen den Versorgungssystemen ließe sich die Qualität datensparsam messen.

124. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen verursachen bis zu 5 % der Krankenhausaufnahmen. Durch eine bessere Abstimmung der Medikation könnten 30 bis 40 % davon vermieden werden. Krankenhausaufnahmen aufgrund von unerwünschten Arzneimittelwirkungen können Defizite in der Koordination der ambulanten Behandlung aufzeigen. Der Rat empfiehlt zu untersuchen, inwieweit Routinedaten (Arzneimittelverordnungen, Krankenhausdiagnosen) zur Messung der Qualität der ambulanten Arzneimittelversorgung, insbesondere der Koordination und Kontinuität, genutzt werden können.

5.3.3 Risikoadjustierung

125. Für einen sinnvoll funktionierenden Qualitätswettbewerb müssen die Daten nicht nur nach Alter und Geschlecht, sondern auch nach sozialer Schicht (Einkommen, Bildung, Beruf) adjustiert werden. Studien in Deutschland und internationale Daten zeigen einen klaren Schichtgradienten nicht nur in der Prävalenz von Krankheiten, sondern auch in den Heilungsraten. Diese Unterschiede sind nicht alleine auf das unterschiedliche Risikoverhalten zurückzuführen. Sie verzerren die populationsbezogenen Ergebnisindikatoren, sowohl auf Ebene der Krankenversicherungen als auch auf Ebene der Regionen.

Eine sozioökonomische Risikoadjustierung auf individueller Ebene ist sehr aufwendig. Daher wird gerade ein Index nach Postleitzahlen entwickelt, der die Deprivation einer Region messen kann. Erste Ergebnisse für Bayern sind sehr erfolgversprechend. Aus sozioökonomischen, soziodemografischen und umweltrelevanten Daten der bayerischen Kommunen wurde ein Multipler Deprivations Index errechnet.

Die Standardisierung für Zwecke der Qualitätsvergleiche im Gesundheitssystem darf dabei nur so weit gehen, wie die Unterschiede im Behandlungsergebnis außerhalb des Einflussbereichs des Versorgungssystems stehen. Diskriminierung bestimmter Gruppen im Zugang zur Gesundheitsversorgung, Kommunikationsprobleme oder Unterversorgung in Stadtteilen mit wenigen Privatpatienten dürfen nicht durch eine Standardisierung überdeckt werden. Der Rat empfiehlt deshalb, Ergebnisindikatoren für gefährdete Gruppen (bspw. mit Migrationshintergrund) gesondert auszuweisen, um Ungleichheiten in der Versorgung zu erkennen (sogenannte Stratifizierung).

5.3.4 Organisation und Verantwortung

126. Viele Krankheiten erfordern eine sektorenübergreifende Versorgung, doch es fehlt bisher eine sektorenübergreifende Qualitätsverantwortung. Eine Messung der Ergebnisqualität der gesamten Behandlungskette, also der patientenrelevanten Endergebnisse, an denen mehrere stationäre wie ambulante Einrichtungen mitgewirkt haben, könnte die Entwicklung dieser sektorenübergreifenden Qualitätsverantwortung unterstützen. Aufbauend

auf dem bereits im Sondergutachten 2009 vorgeschlagenen Zukunftskonzept einer integrierten, sektorenübergreifenden und populationsorientierten Versorgung, schlägt der Rat einen Wettbewerb um die Qualität gesundheitlicher Versorgung vor.

Im stationären Sektor sind die verschiedenen Berufe und Disziplinen durch das Krankenhaus miteinander verbunden und tragen gemeinsam Verantwortung für das Gesamtergebnis. Auch im ambulanten Sektor gibt es durchaus die Bereitschaft, gemeinsam an Qualitätsverbesserungen zu arbeiten, aber hierzu müssen sowohl kommunikative als auch organisatorische Grundlagen geschaffen werden.

Eine Verantwortung für sektorenübergreifende Versorgungsqualität muss künftig noch entstehen. Dazu müssen Krankenhäuser und die verschiedenen Einrichtungen im ambulanten Sektor zusammenarbeiten. Erste Modellprojekte der Leistungserbringer existieren bereits. So schließen sich Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte zu onkologischen Zentren zusammen, oder Fach- und Hausärzte zu Ärztenetzen.

Die Krankenkassen könnten in Ballungsgebieten mit besonderen Anreizen die Bildung entsprechender Netze fördern und darüber in einen Qualitätswettbewerb treten. Auf dem Land existieren allerdings anbieterseitige Monopole bzw. ein genereller Mangel an Leistungserbringern (etwa Hausärzten), sodass hier keine konkurrierenden Netze aufgebaut werden können. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat den Ländern die Möglichkeit eröffnet, Landesgremien einzurichten, die Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben (§ 90a SGB V). In diesen Gremien sollen Vertreter der verschiedenen Sektoren und des Landes gemeinsam an einem Tisch sitzen. Der Erfolg wird sehr vom Engagement der jeweiligen Landesregierungen abhängen. Die weitere Entwicklung ist insofern abzuwarten. In Schleswig-Holstein gibt es erste Pläne für eine stärkere Verantwortung der Kommunen und einen sektorenübergreifenden Gesundheits- und Pflegerat.

5.4 Fazit und Empfehlungen

127. Insgesamt bedarf das Gesundheitssystem einer stärkeren Fokussierung auf patientenrelevante Ergebnisse. Ergebnisindikatoren sind zwar schwieriger zu erheben als Struktur- und Prozessindikatoren und müssen überdies risikoadjustiert werden. Allerdings bieten letztlich nur sie Raum für gezielte Innovationen in den Versorgungsstrukturen. Für den Patienten ist es nicht wichtig, wie oft sein Hausarzt seinen Blutdruck misst, sondern ob er letztendlich einen Schlaganfall oder Herzinfarkt erleidet. In einem Versorgungsnetz könnte das Monitoring auch durch andere Gesundheitsprofessionen übernommen werden.

Auch muss beispielsweise kein eigenes, externes Verfahren zur Qualitätsmessung in der Physiotherapie eingerichtet werden, sondern die Hüftbeweglichkeit nach einer Hüft-TEP wird als Gesamtergebnis des Netzes gemessen. Qualitätsdefizite oder -verbesserungen werden dann innerhalb des Netzes diskutiert bzw. erarbeitet.

128. Für einen Qualitätswettbewerb in der Gesundheitsversorgung sind transparente, zuverlässige Informationen eine Grundvoraussetzung. Dazu ist neben einem einrichtungs-internen Qualitätsmanagement auch eine einheitliche, externe Qualitätsmessung notwendig. Im stationären Bereich ist diese bereits gut umgesetzt. Die Versorgungsqualität in Krankenhäusern wird mit validen und reliablen Indikatoren gemessen. Die Daten werden risikoadjustiert und der Öffentlichkeit über Vergleichsportale im Internet zur Verfügung gestellt. Bei den Pflegenoten in Pflegeeinrichtungen gibt es zwar eine breite Transparenz, es mangelt aber noch an Validität und Reliabilität der Indikatoren. Im ambulanten Bereich fehlt bisher – nicht zuletzt durch die kleinteilige Struktur des Sektors bedingt – eine externe Qualitätssicherung. Die Qualitätssicherung der Krankenhäuser (SGB V) und der Pflegeheime (SGB XI) sollte kompatibel gestaltet werden. Sektorengenseitige Qualitätsmessung kann die Dokumentationslast verringern.

129. Der Rat empfiehlt eine Fokussierung auf populationsorientierte und sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren. Einen zentralen Ansatz zur Qualitätsverbesserung stellen potenziell verringerbare Sterbefälle und verringerbare Krankenhauseinweisungen für ambulant zu behandelnde Krankheiten dar. Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach § 137a SGB V ist daher konsequent in Richtung populationsbezogener Indikatoren weiterzuentwickeln und diese sind regelmäßig dem wissenschaftlichen Fortschritt anzupassen. Die Daten sollten veröffentlicht und der Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt werden, sodass Regionen, Arzt- bzw. Anbieternetze und Krankenversicherungen verglichen werden können. Auch für die Evaluation von Projekten der integrierten Versorgung sollten diese Daten bereitgestellt werden, sodass hervorragende Versorgungsmodelle als Vorbild für andere wirken können.

130. Gemeinsame Verantwortung für Gesundheitsergebnisse setzt eine gemeinsame Organisationsstruktur voraus. Eine stärkere Kooperation und Koordination in Arztnetzen könnte die Grundlage für eine gemeinsame Qualitätsverantwortung bilden, die dann mit populationsbezogenen Indikatoren gemessen werden kann. In einem Wettbewerb der Ideen können Anbieter integrierter Versorgung neue Versorgungsmodelle entwickeln und für gute Ergebnisse belohnt werden. Im ländlichen Raum kann ein Wettbewerb über einen Qualitätsvergleich (Benchmarking) mit anderen Regionen stattfinden.

131. Vergleichbare Qualitätssicherungsverfahren für die Zahnheilkunde fehlen bislang und sollten gezielt entwickelt werden. Die Zahnärzte werden bisher nicht als Teil einer sektorenübergreifenden Versorgung betrachtet. Dementsprechend werden sie auch nicht in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung einbezogen. Dabei wäre beispielsweise die Wechselwirkung von Medikamenten mit dem Hausarzt abzustimmen. Beispielsweise wird Mundbodenkrebs in der Regel vom Zahnarzt zuerst entdeckt und muss dann sektorenübergreifend behandelt werden.

132. Als Qualitätsindikator für die Koordination der Arzneimittelversorgung in der ambulanten Versorgung empfiehlt der Rat zu untersuchen, inwieweit aus den Routinedaten (Arzneimittelverordnungen, Krankenhausdiagnosen) verringerbare Krankenhauseinweisun-

gen infolge vermeidbarer unerwünschter Arzneimittelwirkungen abgelesen werden können, oder ob ein zusätzliches Kodierfeld zur Differenzierung ambulant und stationär erworbener unerwünschter Arzneimittelwirkungen hilfreich wäre.

133. Für den neuen spezialfachärztlichen Versorgungsbereich müssen einheitliche Qualitätsrichtlinien festgelegt werden, welche insbesondere die Indikationsstellung berücksichtigen, sich soweit möglich an patientenrelevanten Ergebnissen orientieren und einen Qualitätswettbewerb zwischen niedergelassenen Fachärzten und ambulant tätigen Krankenhäusern ermöglichen, der Ärzten und Krankenhäusern die Freiheit für Prozessinnovationen lässt. Für Behandlungen, die sowohl ambulant am Krankenhaus als auch in der Schwerpunktpraxis erbracht werden können, erarbeitet der G-BA derzeit eine einheitliche Qualitätssicherung, die sich an den Standards der externen stationären Qualitätssicherung orientieren sollte.

134. Ein Wettbewerb der Qualitätsmesssysteme ist nicht zu empfehlen, da Qualitätsinformationen eine Infrastruktur im Sinne eines Kollektivguts darstellen, die sich ohne zentrale Steuerung nicht optimal entwickeln wird. Umso bedeutsamer ist daher die kontinuierliche wissenschaftliche Weiterentwicklung und Überprüfung der Methoden zur Qualitätsmessung. Qualitätstransparenz darf die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen und Professionen sowie den offenen Umgang mit Fehlern nicht gefährden. Es hat sich gezeigt, dass gegenseitiges Lernen der bessere Weg zur Steigerung der Gesamtqualität ist als die Marktberreinigung durch Ausscheiden der Schlechtesten.

135. Um die Dokumentationslast für Ärzte und Pflegekräfte zu verringern, sollten soweit wie möglich Routinedaten die Grundlage für die Indikatoren bilden. Auch klinische Krebsregister können helfen, die Kommunikation und Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten zu vereinfachen und sollten deshalb flächendeckend ausgebaut werden. Diese Register sollten auch die Grundlage für die Forschung in den Krebszentren bilden, um die Datensparsamkeit zu gewährleisten.

136. Ein Index Multipler Deprivation, der sozio-ökonomische Unterschiede abbildet, sollte für alle Kommunen in Deutschland, in größeren Städten auch auf Stadtteilebene, erstellt werden, um einen fairen, risikoadjustierten Vergleich zu ermöglichen. Auf diese Weise könnten zukünftig die – erwartungsgemäß starken – Einflüsse sozialer Ungleichheiten berücksichtigt werden. Gleichzeitig ist zu prüfen, inwieweit eine Stratifizierung der Ergebnisse nach sozialer Schicht Ungleichheiten in der Versorgung und im Zugang aufdecken kann.

137. Bis populationsbezogene, sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren zur Erkennung hochwertiger Gesundheitsversorgung dienen können, ist noch Entwicklungsarbeit notwendig. Indikatoren zeigen generell nur Auffälligkeiten auf, denen dann innerhalb der Region nachgegangen werden muss. Der größte Vorteil der populationsbezogenen Indikatoren – dass sie nicht einrichtungs- sondern patientenbezogen sind – ist gleichzeitig ihr größter Nachteil: Es fehlt ein im Einzelfall klar Verantwortlicher. Diese Qualitätsverantwortung kann und soll bewusst auf regionaler Ebene je nach den jeweiligen Bedürfnissen

organisiert werden. Patientenrelevante Ergebnisindikatoren ermöglichen einen Wettbewerb um Struktur- und Prozessinnovationen. Sie stärken die Kooperation und Koordination zwischen den Akteuren und ermöglichen gleichzeitig einen Qualitätswettbewerb zwischen Anbieternetzen.

6 Wettbewerbsbedingungen an der Sektorgrenze zwischen ambulant und stationär

6.1 Potenziale ambulanter Leistungserbringung

138. Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht eine Verlagerung ehemals stationär erbrachter Leistungen in die ambulante Versorgung. In Kombination mit der absehbaren demografischen Entwicklung gewinnt die ambulante Behandlung an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor an Bedeutung. Die Verlagerung medizinischer Leistungen in den ambulanten Bereich vermag außerdem das Spannungsfeld einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei weiterhin begrenzten Ressourcen zumindest teilweise zu mindern. Darüber hinaus könnte dieser Trend auch Potenziale zur Überwindung der fragmentierten Versorgung durch vermehrt integrierte Leistungsangebote bieten.

139. Obwohl sich nicht abschließend beziffern lässt, wie groß die ambulanten Substitutionseffekte letztlich sind, gibt es doch Hinweise darauf, dass dieses Potenzial derzeit bei weitem noch nicht ausgeschöpft ist. Im Jahr 2010 betrug die Verweildauer bei mehr als einem Drittel aller im Krankenhaus erbrachten stationären Fälle höchsten drei Tage, d. h. über 6 Mio. stationäre Fälle gelten aktuell als sogenannte Kurzlieger. Wenngleich sicher nicht sämtliche dieser Fälle ambulant hätten erbracht werden können und die Verweildauerverkürzung zum Teil auch mit Leistungsverdichtungen begründet werden können, zeigen die kontinuierlich sinkende Gesamtverweildauer, die Zunahme von Kurzliegern und die Existenz vieler Stundenfälle das Potenzial einer zunehmenden ambulanten Leistungserbringung auf. Vielfach erklärtes Ziel ist eine Leistungsverlagerung zumindest eines Teils der Kurzzeitfälle von der stationären in die ambulante Leistungserbringung. Hierbei sollte es idealerweise unerheblich sein, ob – gleiche Qualität vorausgesetzt – die ambulante Leistung dann von einem niedergelassenen Facharzt oder einem Krankenhaus erbracht und unter einheitlicher Vergütung abgerechnet wird. Dies bliebe dem Wettbewerb überlassen.

140. Im internationalen Vergleich zeichnet sich der stationäre Sektor in Deutschland durch unterdurchschnittliche Kosten je Fall sowie eine überdurchschnittlich hohe Fallzahl und Bettendichte aus. Die Vermutung, dass die recht ausgeprägte ambulante Facharztdichte in Deutschland vornehmlich die schweren Fälle einer stationären Behandlung zuführt, ist

auf Basis der Vergleichsdaten nicht zu halten. Im Vergleich mit anderen Ländern leistet sich Deutschland sowohl ambulant wie stationär eine relativ hohe Versorgungsdichte.

141. Der Bestimmung funktionsgerechter Wettbewerbsbedingungen an der Schnittstelle ambulant-stationär kommt vor allem durch die gewachsenen Optionen ambulanter Leistungserbringung für Krankenhäuser besondere Bedeutung zu. Das Zulassen von Konkurrenz unter fairen Wettbewerbsvoraussetzungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten ist Bedingung für die Hebung von Effizienz- und Effektivitätspotenzialen. Die sektorenübergreifende Optimierung der Versorgung unter Nutzung der Innovations- und Kreativpotenziale im Sinne eines Wettbewerbs der Ideen erfordert die Vereinheitlichung der Wettbewerbsbedingungen.

6.2 Effizienzsteigernder Wettbewerb aus theoretischer Sicht

142. Schnittstellenübergreifendes Handeln durch Zusammenführung ambulanter und stationärer Elemente des Gesundheitswesens kann auch als Integration verschiedener Leistungserbringerebenen verstanden und mit dem Begriff der vertikalen Integration beschrieben werden. Die ökonomischen Argumente deuten hier in verschiedene Richtungen. Eine verstärkte vertikale Integration grundsätzlich zu Effizienzsteigerungen, aber auch zu Wettbewerbsbeschränkungen führen: Als potenziell effizienzsteigernde Effekte können verminderte Transaktionskosten und vor allem eine verbesserte Steuerung des Leistungsgeschehens über Sektorengrenzen hinweg angeführt werden. Als nachteilige ökonomische Wirkungen sind vor allem Abschottungs- bzw. Ausgrenzungseffekte gegenüber nicht integrierten Leistungserbringern denkbar: Potenzielle negative Folgen können also erstens in Marktverschließungseffekten liegen, indem z. B. Konkurrenzkrankenhäusern der Zugang zu Ärzten durch deren bereits erfolgte Integration mit einem Wettbewerber verwehrt bleibt. Findet eine vertikale Integration zwischen einem Krankenhaus und mehreren Arztpraxen statt, so kann dies zweitens auch den horizontalen Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten einschränken. Drittens wäre eine vergrößerte (bis hin zur monopolistischen) Verhandlungsmacht des nun stärkeren Leistungserbringers gegenüber dem Versicherer möglich. Mittelfristig ist letzteres für den deutschen Markt jedoch kaum zu erwarten. Die Leistungserbringer sind heute in vergleichsweise kleinen Einheiten organisiert, wenngleich in einigen Fällen (vor allem im Krankenhausbereich) durchaus regionale Marktmacht besteht, die es zu berücksichtigen gilt. Primäre Aufgabe einer strikten Kartellüberwachung ist es somit, sicherzustellen, dass es einem Anbieter nicht gelingt, seine monopolähnliche Stellung in andere Tätigkeitsgebiete zu übertragen. Wettbewerbsvorteile sollen auf Effizienzvorteilen wie Skalen- und Verbundeffekten beruhen, doch darf sich hieraus keine Wettbewerbsverzerrung zulasten Dritter ergeben.

143. Wirkungen dieser Skalen- und Verbundeffekte sind auch im Gesundheitswesen in größeren, integrierten Einheiten möglich. Sie beschreiben die Vorteile, die eine Produktion oder Bereitstellung von Diensten in größerem Umfang bieten kann. Verbundvorteile ent-

stehen bspw. durch sinkende Transaktionskosten an der ambulant-stationären Schnittstelle oder auch durch die gemeinsame Nutzung von Ressourcen (Räumlichkeiten, Personal oder Geräte). Zusätzlich kommen größere Einheiten auch eher als Vertragspartner für Krankenkassen zur Umsetzung umfassender, populationsbezogener, integrierter Versorgungsmodelle in Betracht. Positive Effekte durch Bündelung von Transaktionen entstehen bspw. dadurch, dass nur noch eine einzige Abteilung zum Management selektiver Verträge benötigt würde. Auch die Potenziale einer Fixkostendegression und die besseren Möglichkeiten zur Risikostreuung größerer Einheiten sind bedeutsam. Degressionseffekte entstehen dabei hauptsächlich aufgrund gemeinsamer Nutzung von Immobilien, Geräten, Personal sowie durch die Bündelung betrieblicher Funktionen. Beispiele liegen im Abrechnungswesen und Controlling, IT-Infrastrukturen, Personalmanagement (Teilzeittätigkeit, Schichtdienst), Marketing oder auch in einer zentral koordinierten Notfallversorgung. Hinzu treten Vorteile größerer Unternehmen bei der Beschaffung. Größere wirtschaftliche Einheiten können durch höhere Abnahmemengen ihre Verhandlungsstärke gegenüber Zulieferern deutlich steigern, was letztlich dem Versicherten zu Gute kommt. Darüber hinaus sind Spezialisierungsvorteile bzw. Vorteile der Arbeitsteilung möglich: Je größer die Patientenzahl ist, desto effizienter lässt sich der Arbeitsprozess in einzelne Teilaktivitäten aufspalten.

Im Ergebnis ist zu erwarten, dass größere Verbünde (aus Krankenhäusern, MVZ und/oder ambulanten Großpraxen) in der Lage sind, das vorhandene Rationalisierungspotenzial auszuschöpfen bzw. für eine gewisse Zeit die Treiber der sektorenübergreifenden Versorgung zu sein. Eine stärker wettbewerbsorientierte Gesundheitsversorgung sollte durch Vertrauen in die Versicherten- und Patientenpräferenzen, Vielfalt der Organisations-, Eigentums- und Rechtsformen sowie eine Stärkung der Investitionsbereitschaft auch von Seiten externer Geldgeber geprägt sein. Keinesfalls sollte dabei von außen vorgegeben werden, welche Kooperations-/Koordinationsform am besten geeignet ist, auch dürften einzelne Formen nicht von vornherein vom marktinhärenten Findungsprozess ausgeschlossen werden.

6.3 Zielorientierter Wettbewerb im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V

144. Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz einen eigenständigen Regelungsrahmen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung geschaffen. Wenngleich mit der Etablierung einer neuen Versorgungssäule innerhalb des ambulanten Sektors vordergründig eine neue (intra-sektorale) Schnittstelle geschaffen wurde, ist die Vereinheitlichung des Wettbewerbsrahmens für Niedergelassene und Krankenhäuser grundsätzlich zu begrüßen.

145. Eine wesentliche Änderung der bisherigen Regelungen in § 116b Abs. 2-6 SGB V zum Jahresbeginn 2012 bestand darin, dass künftig alle zugelassenen Vertragsärzte und Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter spezialfachärztlicher Leistungen berechtigt sind,

soweit sie die Anforderungen und Voraussetzungen des G-BA erfüllen. Der Zugang zur Versorgung erfolgt somit über einheitliche Qualifikations- und Qualitätsanforderungen ohne Bedarfsplanung und ohne Mengenregulierung, ausschließlich abhängig von der Erfüllung der vom G-BA aufgestellten Kriterien. Der bis 2011 bestehende Ermessensspielraum der Zulassungsinstanzen ist damit deutlich reduziert.

Umsetzungsstand der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser

146. Bezüglich der bisherigen Umsetzung des § 116b SGB V (alte Fassung) liegen nur wenige und teils widersprüchliche Zahlen vor. In den offiziellen Statistiken zu den jährlichen Gesamtausgaben der GKV findet sich jedoch ein Hinweis auf den Umfang der aktuell erbrachten ambulanten Leistungen im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V: Zwar ist vor allem seit dem Jahr 2009 ein deutlicher Zuwachs der Gesamtausgaben auf mittlerweile rund 99 Mio. Euro zu beobachten, doch befinden sich diese im Vergleich z. B. zu den ambulanten Operationen weiter auf einem recht geringen Niveau.

147. Die lückenhafte, teils widersprüchliche Informationslage zum Umsetzungsstand der ambulanten Leistungserbringung von Krankenhäusern gemäß § 116b SGB V (nach alter Rechtslage) hat den Rat zur Durchführung einer eigenen Erhebung veranlasst. Neben einer Abfrage bei den zuständigen Behörden in den Bundesländern wurde anhand eines eigens entwickelten Fragebogens der aktuelle Umsetzungsstand der ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung im Krankenhaus (ab 50 Betten) vor Einführung der neuen Rechtslage untersucht. Mithilfe der generierten Daten soll die Ausgangslage vor der Neuordnung dieses Versorgungsbereichs dargestellt werden. Die Rücklaufquote der Befragung beträgt 40,8 % (Angaben zur Repräsentativität der erhobenen Stichprobe sind der Langfassung zu entnehmen). Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass diese einen – zum Zeitpunkt der Befragung möglichst aktuellen – temporären Ausschnitt des Umsetzungsstands darstellen, dieser jedoch einer fortlaufenden Dynamik unterworfen ist.

148. 61,2 % aller Krankenhäuser bewerten die eigene Einrichtung hinsichtlich des Leistungsspektrums und der Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Vorgaben des G-BA als geeignet zur Leistungserbringung nach § 116b Abs. 2ff. SGB V (alte Fassung). Knapp die Hälfte dieser Häuser hat bislang mindestens einen Antrag auf Zulassung bei den Landesbehörden gestellt, wovon wiederum etwa die Hälfte erfolgreich war. Im Ergebnis hatten damit zu Beginn des Jahres 2011 17,3 % der deutschen Krankenhäuser über 50 Betten mindestens eine Zulassung zur ambulanten Leistungserbringung gemäß § 116b SGB V erhalten.

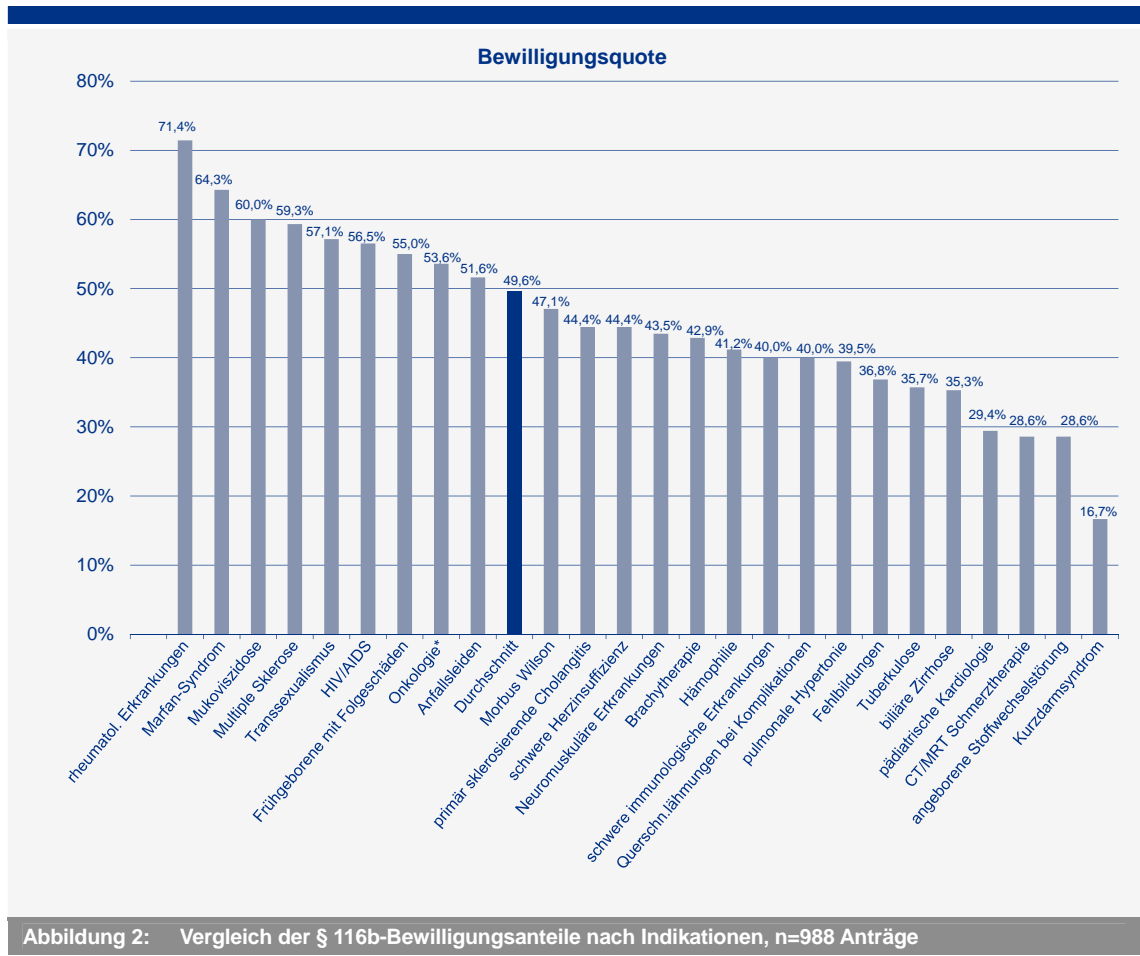
149. Die hier erhobenen Zahlen führen zu dem Ergebnis, dass bis Ende des Jahres 2010 insgesamt etwa 2 600 Anträge auf Zulassung zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V gestellt wurden (die Krankenhäuser müssen für jede Indikation separate Anträge stellen). Insgesamt wurden bis September 2011 in ganz Deutschland 1 261 Zulassungsbescheide für ambulante Behandlungsleistungen nach § 116b SGB V erteilt, hiervon waren zu diesem

Zeitpunkt 11,7 % beklagt. Durchschnittlich wurden 49,4 % dieser Anträge von den Zulassungsbehörden der Länder bewilligt. Basierend auf den Werten des Jahres 2010 ergibt sich deutschlandweit ein Umfang von rund 450 000 bis 675 000 Fällen.

150. Über den Zeitverlauf betrachtet sind abnehmende Antragszahlen zu beobachten. Waren es in den Jahren 2007 und 2008 noch jeweils knapp 1 000 Anträge jährlich, so sank die Zahl in den Jahren 2009 bzw. 2010 auf geschätzte ca. 400 bzw. etwa 200 Anträge. Dies deutet auf eine nach und nach stattfindende Sättigung hin – in einigen Fällen begleitet von Konflikten mit Niedergelassenen und KVen. Insgesamt berichteten 59,8 % aller Krankenhäuser mit mindestens einer Zulassung von Problemen nach Erteilung dieser Zulassung, die durch Dritte ausgelöst wurden.

151. Etwa die Hälfte aller Krankenhäuser gibt die Onkologie als Indikation mit der höchsten Fallzahl im jeweiligen Haus an. Dies deckt sich mit den Ergebnissen zur Verteilung der gestellten Anträge und erteilten Zulassungen, die ebenfalls die Onkologie als die bestimmende Indikation dieses Leistungsbereichs ausweisen: 55,3 % aller Zulassungen und sogar 76,9 % aller Klagen entfallen auf die Onkologie.

Neben einem leicht überdurchschnittlichen Bewilligungsanteil im Bereich der onkologischen Erkrankungen zeigen die bisherigen Erfahrungen – zumindest unter den auch zahlenmäßig relevanten Indikationen – vergleichsweise hohe Zulassungsquoten bei den schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen und der Multiplen Sklerose.



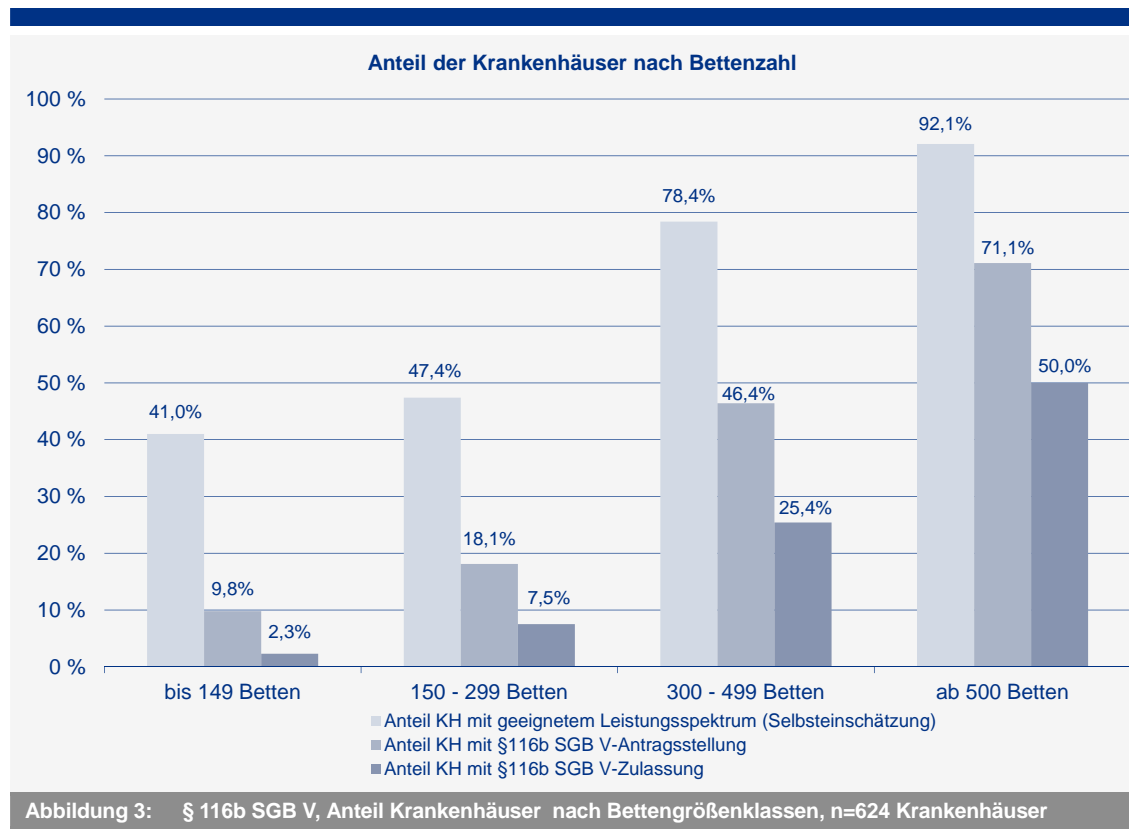
* In der Onkologie unterscheiden sich die Bewilligungsanteile recht stark: Die Spanne reicht von 44,4 % im Bereich der „Tumore bei Kindern und Jugendlichen“ bis zu 90,9 % bei „Tumoren des Auges“

Die Abweichung des Durchschnittswerts von 49,6 % zu den zuvor berichteten 49,4 % ergibt sich aus kleineren Abweichungen bzgl. der Anzahl einschließbarer Fälle an dieser Stelle.

Quelle: Eigene Darstellung

152. Die Motive der Krankenhäuser für eine Antragsstellung liegen weniger in rein betriebswirtschaftlichen Argumenten wie einer Auslastung vorhandener Kapazitäten oder einer Rentabilität der ambulanten Leistung selbst. Vielmehr werden von den Krankenhausverantwortlichen die langfristigen Vorteile einer Patientenbindung (für künftige stationäre Leistungen) und der Versorgungskontinuität (d. h. eines integrierten, sektorenübergreifenden Behandlungsprozesses aus einer Hand) betont.

153. Die Größe eines Krankenhauses ist die wichtigste Einflussvariable auf die Teilnahmewahrscheinlichkeit an der Leistungserbringung nach § 116b SGB V: Mit ansteigender Bettenzahl ist eine signifikante Zunahme von selbstberichteter Eignung, Antragsstellung sowie von bereits erfolgter Zulassung zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V zu beobachten.



* Alle drei Werte steigen signifikant mit zunehmender Krankenhausgröße an (alle $p < 0,001$) gemäß Chi-Quadrat-Test.

Quelle: Eigene Darstellung

154. Eine weitere relevante Klassifizierungsvariable stellt der regionale Standort dar. Die § 116b-Zulassungen konzentrieren sich vor allem auf die größeren Krankenhäuser in den Kernstädten, wohingegen die Krankenhäuser des verdichteten und ländlichen Umlands nur verhältnismäßig wenige Anträge stellen und weniger erfolgreiche Zulassungsverfahren durchlaufen. Erst in der ländlichsten Kategorie finden sich höhere Zulassungswahrscheinlichkeiten. Anzunehmen ist, dass die großen Krankenhäuser der Kernstädte vor allem aufgrund ihres kompetitiven Umfeldes versuchen, in die ambulante Versorgung vorzustoßen und durch ihre Größe und Spezialisierung gute Chancen auf Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen des G-BA haben. Die recht hohe Bewilligungsquote im ländlichen Raum ergibt sich dagegen eher aus der Vermeidung bereits vorhandener oder drohender Versorgungslücken des niedergelassenen fachärztlichen Bereichs und stellt damit vor allem auf das Kriterium der in § 116b Abs. 2 SGB V (alte Fassung) genannten "Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation" ab.

155. Das Antrags- und Zulassungsgeschehen weist über die Bundesländer hinweg große Unterschiede auf, die nicht hinreichend über Populations-, Alters- oder Morbiditätsunterschiede erklärbar sind. In der Folge des landesspezifischen Bewilligungsverhaltens ergeben sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Wettbewerbsintensität zwischen Krankenhäusern und Niedergelassenen um Patienten an der ambulanten-stationären Schnittstelle. Im

Verhältnis zur Anzahl aller Krankenhäuser finden sich vergleichsweise viele Zulassungen in Schleswig-Holstein, NRW, Brandenburg, Hessen, Sachsen sowie in den Stadtstaaten. Außergewöhnlich wenige Zulassungen im Verhältnis zur Gesamtzahl der vorhandenen Krankenhäuser wurden in Bayern, Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt erteilt.

Die Notwendigkeit einer differenzierten Interpretation verdeutlicht die folgende Tabelle 3, die anhand der Situation in Schleswig-Holstein exemplarisch erläutert werden soll: 76,5 % aller Krankenhäuser halten sich in diesem Bundesland selbst für geeignet zur § 116b SGB V-Leistungserbringung. Genauso viele Häuser haben auch mindestens einen Antrag gestellt und nehmen letztlich an der Versorgung teil. Somit hat zwar jedes antragstellende Krankenhaus mindestens eine Zulassung erhalten, doch wurden auch in diesem Bundesland nicht sämtliche Anträge bewilligt (der Anteil erfolgreicher Anträge beträgt hier 88,6 % , das heißt nicht jeder Antrag war erfolgreich; doch hat jedes Krankenhaus in mindestens einer Indikation eine Zulassung erhalten).

Bundesland	Eignung Leistungsspektrum	Mindestens eine Antragstellung	Mindestens eine Zulassung	Ø Anzahl Zulassungen*	Verfahrensdauer (Median)	Einschätzung Zulassungsbereitschaft (Median)
Baden-Württemberg (n=94)	57,5 %	24,7 %	4,7 %	1,50	über 24 Monate	sehr gering
Bayern (n=125)	54,1 %	12,3 %	4,4 %	3,00	12-18 Monate	eher gering
Berlin (n=11)	90,9 %	36,4 %	27,3 %	7,67	6-12 Monate	eher gering
Brandenburg (n=28)	73,1 %	46,2 %	42,3 %	3,18	6-12 Monate	eher hoch
Bremen (n=10)	77,8 %	50,0 %	50,0 %	6,00	über 24 Monate	eher hoch
Hamburg (n=10)	90,0 %	30,0 %	30,0 %	3,33	3-6 Monate	eher hoch
Hessen (n=77)	55,4 %	32,0 %	21,3 %	5,31	12-18 Monate	eher gering
Mecklenburg-Vorpommern (n=14)	57,1 %	35,7 %	28,6 %	0,75	3-12 Monate	eher hoch
Niedersachsen (n=78)	58,1 %	24,3 %	5,4 %	4,25	12-18 Monate	eher gering
Nordrhein-Westfalen (n=88)	65,9 %	37,5 %	23,9 %	3,71	12-18 Monate	eher gering
Rheinland-Pfalz (n=40)	51,4 %	32,5 %	22,5 %	1,44	über 18 Monate	eher hoch
Saarland (n=10)	66,7 %	77,8 %	-	-	über 24 Monate	eher gering
Sachsen (n=50)	69,6 %	34,0 %	29,8 %	4,36	3-6 Monate	eher hoch
Sachsen-Anhalt (n=17)	47,1 %	29,4 %	5,9 %	2,00	6-12 Monate	eher gering
Schleswig-Holstein (n=20)	76,5 %	76,5 %	76,5 %	8,38	3-6 Monate	eher hoch
Thüringen (n=21)	70,0 %	40,0 %	5,0 %	3,00	6-12 Monate	eher gering
Deutschland	61,2 %	30,5 %	17,3 %	4,30	12-18 Monate	eher gering
<i>Signifikanz</i>	<i>0,108**</i>	<i><0,001**</i>	<i><0,001**</i>	<i>0,158***</i>	<i><0,001***</i>	<i><0,001***</i>

Tabelle 3: Vergleich des § 116b-Geschehens nach Bundesländern (dargestellt sind %-Anteile der Krankenhäuser)

n = Anzahl der antwortenden Krankenhäuser je Bundesland;

*durchschnittliche Zahl der Zulassungen in verschiedenen Indikationen je zugelassenem Krankenhaus; ** lt. Chi-Quadrat-Test; *** lt. H-Test nach Kruskal-Wallis

Quelle: Eigene Berechnung

156. Ein zusätzlicher Gegenstand der Erhebung lag in der Betrachtung der weiteren Tätigkeitsfelder von Krankenhäusern an der Schnittstelle zum ambulanten Sektor: Zusammengefasst sind 91,1 % aller deutschen Krankenhäuser mit über 50 Betten in mindestens einem der abgefragten ambulanten Tätigkeitsgebiete aktiv. Über drei Viertel aller Krankenhäuser sind im Feld des ambulanten Operierens aktiv; über ein Drittel betreibt aktuell ein MVZ oder ist zumindest an einem solchen Zentrum beteiligt, die Mehrheit aller befragten Häuser plant überdies eine Ausweitung der MVZ-Aktivitäten. Auch strukturierte Behandlungsprogramme und teilstationäre Leistungen finden recht große Verbreitung, wohingegen die Teilnahme von Krankenhäusern an Modellvorhaben als lediglich marginal zu bezeichnen ist. Auch hier beeinflusst die Größe eines Krankenhauses die Wahrscheinlichkeit, dass dieses an der ambulanten Leistungserbringung teilnimmt: Alle hier abgefragten Formen ambulanter Leistungen am Krankenhaus nehmen mit steigender Bettenzahl signifikant zu.

Leistungserbringung der Krankenhäuser an der Schnittstelle ambulant-stationär	Anteil Krankenhäuser > 50 Betten
Betreiben/Beteiligung an Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ) (n=619)	42,0 %
...wenn ja: Ausweitung der vorhandenen MVZ-Aktivitäten in nächsten Jahren geplant (n=243)	79,0 %
...wenn ja: Teilnahme des MVZ an integrierter Versorgung gem. § 140a-d SGB V (n=241)	10,8 %
Gründung eines (neuen oder weiteren) MVZ in nächsten Jahren geplant (n=542)	44,3 %
Teilnahme an § 116b Abs. 2-6 SGB V (alte Fassung) (n=659)	17,3 %
Teilnahme am ambulanten Operieren (§ 115b SGB V) (n=631)	79,4 %
Teilnahme an Modellvorhaben (§ 63ff. SGB V) (n=591)	1,7 %
Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) nach §137f-g SGB V (n=587)	45,5 %
Erbringung teilstationärer Leistungen (n=616)	49,8 %
Teilnahme an sonstigen Formen ambulanter Leistungserbringung (z. B. Ermächtigungen, Belegärzte, Hochschulambulanz etc.) (n=626)	88,7 %
<i>zusammengefasster Wert: Anteil der Krankenhäuser mit irgendeiner ambulanten Leistungserbringung (§ 116b, § 115b, MVZ, sonstige Formen)</i>	91,1 %

Tabelle 4: Formen der Leistungserbringung von Krankenhäusern an der Schnittstelle ambulant-stationär (%-Anteil von Krankenhäusern > 50 Betten)

Quelle: Eigene Berechnung

157. 80,3 % aller befragten Krankenhausverantwortlichen geben zudem an, dass das Potenzial ambulanter Leistungserbringung am Krankenhaus zukünftig weiter zunehmen wird. Als Begründung wird wiederum weniger auf ggf. bestehende Substitutionsmöglichkeiten zur Vermeidung stationärer Behandlungen oder erschließbare betriebswirtschaftliche Potenziale und eigene Wachstumsstrategien abgestellt, sondern vielmehr die notwendige Reaktion auf (schon bestehende oder zumindest drohende) Unterversorgung angeführt. Aus Krankenhaussicht besteht ein spürbarer Bedarf an ambulanter Leistungserbringung im Krankenhaus, um Versorgungslücken des niedergelassenen Bereichs zu schließen.

Anforderungen an funktionsgerechte Wettbewerbsbedingungen zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern an der Schnittstelle der Leistungssektoren

158. Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern zur Ausschöpfung von Effizienzpotenzialen ist, dass der ordnungspolitische Rahmen entsprechende Anreize setzt. Bislang bemängeln sowohl die Niedergelassenen als auch die Krankenhäuser ungleiche Wettbewerbsbedingungen.

159. Lange Zeit wurde kritisiert, dass Unterschiede bzgl. der Qualitätsstandards und -sicherungssysteme bestehen. In der Tat bestanden bis zur Neuregelung des § 116b SGB V durchaus Unterschiede bzgl. der Ausgestaltung der externen Qualitätssicherung und der internen Qualitätsmanagementsysteme zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Während die Qualitätsanforderungen an Krankenhäuser sowie Verfahren zur externen Qualitätssicherung im Wesentlichen durch Vorgaben des G-BA bestimmt sind, verfügen im niedergelassenen Bereich vor allem die KVen über diese Hoheit. Die nun einheitlich für alle

Leistungserbringer definierten Qualifikations- und Qualitätsanforderungen im neu geschaffenen Bereich spezialfachärztlicher Versorgung sind daher grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist auch festzustellen, dass Krankenhäuser bereits zuvor zahlreiche vom G-BA definierte (und mit dem niedergelassenen Bereich mindestens vergleichbare) Qualitätsanforderungen erfüllen mussten, um eine Zulassung im Bereich § 116b SGB V (alte Fassung) zu erhalten.

160. Darüber hinaus sind seit dem Jahr 2012 die Regelungen bzgl. der Zugangsmöglichkeiten zu neuen Behandlungsmethoden im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung einheitlich gestaltet: Zukünftig dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hier von allen Leistungserbringern gemäß des Verbotsvorbehalts erbracht werden. Problematisch dürfte hieran jedoch sein, dass eine zur spezialfachärztlichen Versorgung zugelassene Praxis in diesem Versorgungsbereich Methoden einsetzen darf, die ihr in der sonstigen ambulanten (allgemein fachärztlichen) Versorgung, für die sie in der Regel ebenso zugelassen ist, nicht erlaubt sind.

Schon zuvor rechneten sowohl der Vertragsarzt als auch das Krankenhaus die ambulante Behandlung nach § 116b SGB V mittels des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) ab, sodass die Nutzung innovativer Methoden formal weitgehend angeglichen war. Somit gilt implizit der Erlaubnisvorbehalt des EBM so lange weiter, bis zusätzliche Abrechnungsoptionen für diese innovativen Leistungen in den Vergütungskatalog aufgenommen werden.

161. Weiterer Regelungsbedarf bestand und besteht hinsichtlich der Ungleichheit von Preisen veranlasster Leistungen. So sind Arzneimittel zum Großteil wesentlich günstiger im Krankenhauseinkauf zu beschaffen, da hier nicht die Regularien der Arzneimittelpreisverordnung wie im ambulanten Sektor greifen. Ungleiche Einkaufspreise gibt es aber auch bei den ärztlichen Gehältern, wo in der Regel die Krankenhäuser durch ihre Bindung an Tariflöhne und -arbeitszeiten im Nachteil sind. Unterschiedliche Beschaffungspreise bestehen darüber hinaus bei Großgeräten oder bei der Anmietung von Räumen. Jedoch liegt genau hier das Effizienzpotenzial, welches größere Einheiten im Vergleich zur bisherigen, eher kleinteiligen ambulanten Versorgung heben sollen. Der einzig sicherzustellende Punkt in diesem Zusammenhang ist, dass Niedergelassenen und Krankenhäusern rechtlich vergleichbare Möglichkeiten eingeräumt werden. Es bedeutet jedoch nicht, dass ihnen diese Einkaufspreise automatisch zustehen oder zu gewährleisten sind. Mit Ausnahme der Arzneimittel wäre es Niedergelassenen bei optimaler Wahl ihrer Organisationsform ebenso möglich, die vorhandenen Potenziale zu nutzen. Die Herstellung ungleicher Ergebnisse infolge ungleicher Organisationsformen ist geradezu ein Grundmerkmal des Wettbewerbs.

Zur Lösung der Problematik im Bereich Arzneimittel könnte es eine Option sein, dass die Krankenkassen selbst durch Ausschreibungen die notwendigen Arzneimittel beschaffen und diese zu einheitlichen Preisen den Leistungserbringern an der ambulanten-stationären Schnittstelle (insbesondere für Leistungen nach §§ 115b und 116b SGB V) weiterreichen. Die bereits bestehenden Optionen zu Ausschreibungen (im Bereich der Onkologika) könnten dazu ein Anfangspunkt sein. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass in der alltäglichen

Praxis nicht unbedeutende logistische und datenverarbeitungsbezogene Herausforderungen mit einer weitflächigen Ausschreibungslösung verbunden wären.

162. Ebenfalls wiederholt Gegenstand von Kritik sind die uneinheitlichen Regelungen zur Investitionsfinanzierung: Die unterschiedlichen Formen der Investitionsfinanzierung führen zu Verzerrungen der relativen Preise zwischen den Sektoren und stehen darüber hinaus dem wiederholt postulierten Grundsatz „ambulant vor stationär“ entgegen. Der kritisierte Wettbewerbsvorteil der Krankenhäuser soll im neu geregelten § 116b SGB V nun durch einen fünfprozentigen Abschlag der Vergütung im Falle der Leistungserbringung im Krankenhaus ausgeglichen werden. Die Verwerfungen eines dualen Finanzierungssystems werden an dieser Stelle besonders deutlich: Solange an einer dualen Finanzierung des stationären Sektors festgehalten wird, ist ein prozentualer Abschlag eine praktikable Option zum Abbau der Verzerrung. Allerdings erscheint die Festlegung dieses Abschlags auf 5 % recht willkürlich, zumal ein deutschlandweit einheitlicher Abschlag nicht die vorhandenen Unterschiede zwischen den Investitionsfinanzierungen der Bundesländer wiedergeben kann.

163. Eine weitere gravierende ungleiche Behandlung zwischen ambulantem und stationärem Sektor bestand lange Zeit dahingehend, dass viele der in § 116b SGB V (alte Fassung) aufgeführten Versorgungsfelder im niedergelassenen Bereich einer Bedarfsplanung unterlagen und Regelleistungsvolumina kannten, wohingegen keine Mengengrenzungen für das Krankenhaus bestanden. An dieser Stelle traten die Fehlanreize der bis Jahresende 2011 gültigen Regulierung besonders deutlich zu Tage: Je nachdem wie und wo eine (inhaltlich und medizinisch identische) ambulante Leistung erbracht bzw. abgerechnet wurde – z. B. über das MVZ, über § 116b SGB V oder über eine ggf. vorhandene Hochschulambulanz – galten unterschiedliche Regulierungen. Es ist zu begrüßen, dass diese Ungleichbehandlung nun abgebaut wird.

Der gewählte Weg des Verzichts auf Bedarfsplanung und Mengengrenzen stellt zwar durchaus eine Form der Vereinheitlichung des Marktzugangs für alle potenziellen Teilnehmer dar. Es ist jedoch zu bezweifeln, ob diese Lösung zielführend im Sinne einer effizienten Leistungserbringung ist. In der Summe entstehen hieraus Anreize zur angebotsinduzierten Nachfrageausweitung. Zwar eignen sich viele der Behandlungen der spezialfachärztlichen Versorgung nur beschränkt für eine Angebotsinduktion, doch ist zu vermuten, dass sich vor allem im Bereich der Diagnostik (z. B. seltener Erkrankungen) und Wiedereinbestellung einige Potenziale für solche Prozesse finden lassen.

Wettbewerbspolitische Diskussion

164. Durch die Einführung des einheitlichen Rechtsrahmens wurden im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weitgehend faire Wettbewerbsbedingungen geschaffen, zu denen die Leistungserbringer um Patienten konkurrieren können. Gerade aufgrund dieser verbesserten Bedingungen sollten nun nach und nach weitere an der

Schnittstelle verortete Leistungen in diesen Bereich überführt werden. Aus ordnungspolitischer Sicht sollte es anschließend dem Such- und Entdeckungsprozess des Wettbewerbs überlassen bleiben, an welchem Ort und in welcher Kooperationsform die Leistungen an der Schnittstelle ambulant-stationär erbracht werden.

165. In der aktuellen Rechtslage fehlt es jedoch noch an dem zusätzlichen Schritt, der den Wettbewerb um Patienten auch zu einem Wettbewerb der Krankenversicherer (um gute Versorgung und damit letztlich auch um Versicherte) werden lässt. Derzeit liegt die wesentliche Aufgabe der Krankenkassen in der Vergütung der erbrachten Leistungen nach Einheitspreisen. Durch die Einführung selektiver Vertragsoptionen in diesem Bereich wäre es dagegen möglich, eine wettbewerbsstärkende Lösung für diese Versorgungsform zu erreichen. Selektivvertragliche Möglichkeiten gilt es auch aus diesem Grund zu stärken und es bedarf praktikabler Bereinigungsregelungen, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden.

Es wäre möglich gewesen, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung – quasi als Testfeld für die übrigen Versorgungsbereiche – selektivvertraglich zu gestalten. Als Ausgangsbasis für vertragsindividuelle Lösungen könnte die anvisierte eigene, verstärkt pauschalierte, monistische Vergütungssystematik (unter Einschluss von Sach- und Investitionskosten) dienen. Langfristig sollten hierin auch viele der bislang in § 115b SGB V geregelten ambulanten Operationen und weitere Leistungen wie bislang noch stationär behandelte Kurzzeitfälle oder die Leistungen der Hochschulambulanzen aufgehen.

Da es sich in der Regel um Leistungen von überregionaler Bedeutung handelt, bei denen die Patienten schon heute akzeptieren, größere Distanzen in Kauf zu nehmen, könnten diese Leistungen von Krankenkassen oder Krankenkassengruppen ausgeschrieben und damit aus den kollektivvertraglichen Systemen der bisherigen ambulanten und stationären Versorgung herausgelöst werden. Langfristige (aber nicht unbegrenzte) Zulassungen durch Vertragsschluss mit dem Versicherer wären hierfür eine Lösung, der Sicherstellungsauftrag läge in diesem Fall bei den Krankenkassen. Für den Übergang des Systems in eine selektivvertragliche Ordnung wäre dieser Bereich besonders geeignet, um erste Erfahrungen auch bezüglich der wettbewerblichen Wirkung stärkerer Krankenkassenkonkurrenz um Leistungsanbieter (und umgekehrt) zu sammeln.

166. Um eine indirekte Risikoselektion der Krankenkassen zu verhindern, müsste der Staat (bspw. in Gestalt der Landesverwaltung) eine Mindestversorgungsdichte vorgeben, die anschließend von den Krankenkassen durch selektivvertragliche Regelungen umzusetzen ist. Nicht vorgegeben werden sollte dagegen, mithilfe welcher Partner die Versicherer dieses Angebot sicherstellen. Auch sollte der Staat in diesem Wettbewerbssystem das Monitoring der Versorgungsqualität übernehmen. Ein bundesweites Benchmarking kann in der Lage sein, Krankenkassen auch in Gegenden geringen direkten Wettbewerbsdrucks Anreize zur Suche nach bestmöglichen Versorgungsstrukturen zu geben.

Unterversorgte Gebiete können hingegen wohl nur eingeschränkt wettbewerblich organisiert werden und stellen somit einen ordnungspolitischen Ausnahmebereich dar. Ein wichti-

ger Diskussionspunkt liegt deshalb zunächst in der Definition der Unterversorgung selbst. In den Gebieten, bei denen ein Mangel an ärztlicher Versorgung festgestellt wurde, sollten zunächst die Krankenkassen alle möglichen (finanziellen wie anderen) Anstrengungen unternehmen, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung wie vorgegeben zu garantieren. All diese Bemühungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung im spezialisierten fachärztlichen Versorgungsbereich sollten zunächst von den Krankenkassen selbst durch selektivvertragliche Regelungen (ggf. in Kooperation mit KVen, Ärzteverbänden oder Kommunen) in Angriff genommen werden und erst im zweiten Schritt durch staatliche Intervention, z. B. durch die Kommune. Zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit sollten erst als allerletzte Option kollektive Verträge möglich sein; dies betrifft insbesondere die Vorhaltung der spezialfachärztlichen Notfallversorgung. Die Rolle des Staates in diesem Wettbewerbsmodell wäre eine veränderte, wenngleich nicht minder wichtige: Planungskompetenzen der Länder beständen in der Beteiligung an der Definition von Kriterien für Unterversorgung, im Setzen von Mindeststandards inkl. erwähntem (Qualitäts-)Monitoring sowie in einer Art Rahmenplanung, nicht jedoch in der konkreten Gewährung von Zulassungen. Das hier entworfene wettbewerbliche System könnte in der Lage sein, Überversorgung in absehbarer Zeit abschmelzen zu lassen und gleichzeitig die relative Attraktivität bislang unterversorgter Gebiete zu erhöhen.

6.4 Zielorientierter Wettbewerb im Bereich des ambulanten Operierens

167. Im Jahr 2009 wurden insgesamt etwa 1,81 Mio. Operationen ambulant im Krankenhaus erbracht. Im Vergleich zum Jahr 2002 hat sich die Zahl damit mehr als verdreifacht, wenngleich sich dieses Wachstum in den letzten Jahren deutlich abgeschwächt hat. Der GKV entstanden im Jahr 2010 Ausgaben in Höhe von knapp 2,28 Mrd. Euro für Leistungen des ambulanten Operierens (hiervon ca. 619 Mio. Euro bzw. 27,1 % im Krankenhaus). Damit stellt diese Form der Leistungserbringung die finanziell mit Abstand bedeutendste Ausgabenposition an der ambulant-stationären Schnittstelle dar.

168. Neben medizinischen Potenzialen durch die Minderung von Komplikationen, geringere körperliche und psychische Belastungen des Patienten und hohe Patientenzufriedenheit bergen ambulante Operationen im Vergleich zu vollstationären Aufenthalten auch aus finanzieller Perspektive einige Potenziale. Stationäre Behandlungen können vermieden, zumindest aber teilstationär durchgeführt werden. Dies belegt der Blick ins Ausland, wo teilweise erheblich höhere Anteile von Operationen ambulant erbracht werden. Unklar ist derzeit allerdings noch, inwieweit die in Deutschland zu beobachtenden Fallzahlsteigerungen substituierend stattfinden. Ob tatsächlich vormals vollstationäre Krankenhausaufenthalte vermieden werden oder vor allem zuvor nicht behandelte Fälle additiv hinzukommen, kann nach derzeitiger Studienlage für die meisten Indikationen nicht abschließend beurteilt werden.

169. Der internationale Vergleich des Anteils ambulanter Operationen an allen durchgeführten Operationen zeigt, dass der Verbreitungsstand in Deutschland vergleichsweise gering ist. Andere Länder sind Deutschland in diesem Gebiet weit voraus (vor allem USA, Kanada und die skandinavischen Länder).

170. Die Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen wurde für den Bereich der ambulanten Operationen in den letzten Jahren schon recht konsequent verfolgt (siehe AOP-Vertrag). In der Folge besteht heute tatsächlich ein ausgeprägter Wettbewerb zwischen den Anbietern. Nichtsdestotrotz bedarf es einer weiteren Vereinheitlichung des Ordnungsrahmens. Eine Überführung von Leistungen in den neu gestalteten Bereich des § 116b SGB V könnte dies weiter befördern. Zu beachten sind darüber hinaus zwei weitere, bedeutsame Aspekte:

171. Erstens besteht derzeit für Krankenhäuser offenbar der Anreiz, potenziell ambulant erbringbare Leistungen als reguläre stationäre Fälle zu definieren. Obgleich inhaltlich kaum unterscheidbar, kann ein und derselbe Eingriff in unterschiedlichen Teilsystemen erbracht und abgerechnet werden. Die Vergütung stationärer Kurzzeitfälle liegt teilweise deutlich über der ambulanten Vergütung. Zur Lösung des Problems sollte mittelfristig das Vergütungssystem so angepasst werden, dass es für Krankenhäuser auch betriebswirtschaftlich attraktiv ist, eine Leistung ambulant anzubieten, soweit dies medizinisch vertretbar ist. Die Deckungsbeiträge aus ambulanten Operationen müssen mindestens mit denen des entsprechenden stationären Aufenthaltes vergleichbar sein. Dies kann durchaus bedeuten, dass die Vergütung weiterhin unterhalb derjenigen für den stationären Aufenthalt liegt. Es muss lediglich gewährleistet sein, dass nach Abzug der anfallenden Kosten im Falle einer ambulanten Leistungserbringung ein mindestens vergleichbarer Deckungsbeitrag beim Krankenhaus verbleibt. Bei ambulanter Leistungserbringung fallen bspw. keine Übernachtungskosten an und es ergeben sich Einsparungen durch weniger oder nicht erforderliche Überwachung, sodass diese auch nicht vergütet werden müssen. Langfristig löst sich in einem solchen, einheitlichen Vergütungssystem auch die Notwendigkeit zur rechtlichen Abgrenzung zwischen vollstationären Operationen, Ein-Tages-Fällen und ambulanten Eingriffen auf, da es einer solchen Vorgabe des Gesetzgebers nicht mehr bedarf. Denkbar wäre hierfür ein Anknüpfen an das bestehende DRG-System unter Anwendung entsprechender Abschlüsse.

Zweitens kommen positive Effekte des durchaus heute schon vorhandenen Wettbewerbs nicht bei den Krankenversicherungen an: Derzeit werden Leistungen des § 115b SGB V ungedeckt und außerbudgetär, d. h. zusätzlich zur ohnehin zu leistenden vertragsärztlichen Gesamtvergütung bezahlt. Anreize zur angebotsinduzierten Nachfrage und hieraus folgende Mengenausweitungen sind das Ergebnis. Eine Lösung dieser Problematik liegt wiederum in der selektivvertraglichen Regelung dieses Bereichs der ärztlichen Leistungserbringung. Im Rahmen von Direktvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern könnte auch die Problematik additiver (anstelle substitutiver) ambulanter Operationen ausgeschlossen bzw. an die allgemeine Morbiditätsentwicklung angepasst

werden. Komplizierte Bereinigungsregelungen wären hier aufgrund der heutigen außerbudgetären Vergütung weitgehend überflüssig.

6.5 Zielorientierter Wettbewerb im Bereich MVZ

172. Anfang des Jahres 2011 lag die Zahl der MVZ in Deutschland bei insgesamt 1 700. Von Quartal zu Quartal zeigte sich ein recht schneller und kontinuierlicher Anstieg, wenngleich der Anteil an der gesamten Versorgung weiter niedrig ist. MVZ sind eher in städtischen Lagen zu finden, jedoch besteht – neben den ohnehin ausgelösten Mitversorgungseffekten für das Umland – eine nicht zu vernachlässigende Versorgungsrelevanz auch für ländliche Gebiete. Nach aktuellen Zahlen werden in Deutschland 675 MVZ unter Beteiligung eines Krankenhauses betrieben, 776 Einrichtungen gehören Vertragsärzten und in 366 Fällen gibt es sonstige Eigentümer, vor allem aus dem Bereich der Heil- und Hilfsmittel-erbringer (Mehrfachträgerschaften sind möglich). Als Rechtsformen finden sich fast ausschließlich Gesellschaften mit beschränkter Haftung oder Gesellschaften bürgerlichen Rechts (GbR), lediglich vier Einrichtungen (oder 0,24 % aller MVZ) wurden im ersten Quartal des Jahres 2011 als Aktiengesellschaft betrieben.

173. Die Potenziale von Qualitätsverbesserungen durch das Ineinandergreifen von Versorgungsschritten sowie von Arbeitsteilung, Beschaffungsoptimierung, Fixkostendegression, gemeinsamer Nutzung von Räumlichkeiten, Geräten und Personal, reduzierten Transaktionskosten oder verbesserten Möglichkeiten der Risikostreuung und Kapitalbeschaffung können auch im Bereich MVZ so lange ihre positive Wirkung entfalten, wie sie nicht durch monopolistische Tendenzen auf Leistungserbringerseite wieder aufgezehrt werden. Jedoch entfalten sich diese positiven Effekte erst ab einer gewissen Größe voll. Insbesondere im Falle der krankenhauseigenen MVZ ist die gemeinsame Nutzung von Ressourcen aus ökonomischer wie versorgungsorientierter Perspektive positiv zu bewerten, wenngleich es hier immer wieder Probleme bzgl. der adäquaten Zurechnung von Kosten bzw. der Zuordnung von Investitionsmitteln gibt.

174. Für die MVZ besonders herauszuheben sind dabei die Spezialisierungsvorteile einer Arbeitsteilung: Hierzu zählt die Aufspaltung von ärztlicher Tätigkeit und Managementkompetenz auf jeweils hierfür speziell ausgebildete Experten mit entsprechenden Kernkompetenzen. Darüber hinaus sind in diesem Zusammenhang weitere positive Effekte, wie das Angebot attraktiver Arbeitsgestaltungen für Ärzte, möglich. Dies umfasst den fachlichen Austausch und Kooperationen mit Kollegen, Teamarbeit, Vermeidung des unternehmerischen Risikos einer Praxisgründung und Arbeitszeitmodelle zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Krankenhäuser könnten bei entsprechendem Honorierungsanreiz verstärkt die Möglichkeit nutzen, vor- und nachstationäre Leistungen oder auch ambulante Operationen in eigene ambulante Einrichtungen auszulagern und so die eigene Versorgungskette verlängern. Auf diese Weise besteht die Chance, echte Integrationsversorgung aus einer Hand anzubieten,

Kooperationen der einzelnen Fachrichtungen zu ermöglichen und Liegezeiten weiter zu reduzieren. Das beschriebene Potenzial verminderter Krankenhauseinweisungen (zugunsten verstärkter ambulanter Behandlungen) kann auch durch die Rückversicherung auf die Infrastruktur der angegliederten stationären Kapazitäten gehoben werden. Auf der anderen Seite besteht das Risiko medizinisch nicht gerechtfertigter Einweisungen in Einrichtungen desselben Eigentümers. Dieser Gefahr kann durch sektorenübergreifende Komplexpauschalen und eine wettbewerbsrechtliche Überwachung der integrierten Anbieter begegnet werden.

175. Die Befürchtung, die Zulassung nichtärztlicher Kapitalgeber führe zu einer Beeinflussung der Qualität der Leistungserbringung ist nicht durch Studien belegt – zumindest ist die Gefahr einer Beeinflussung nicht primär von der Eigentümerstruktur abhängig, sondern eher vom auf dem Anbieter lastenden wirtschaftlichen Druck. Es bestehen keine zuverlässigen Anhaltspunkte dafür, dass sich die Trägerschaft oder die Rechtsform per se nachteilig auf die Therapiefreiheit der ärztlichen Mitarbeiter oder den Behandlungserfolg auswirken.

Die ärztliche Leitung eines MVZ und die unbeeinflusste Arbeit aller hier tätigen Ärzte ist eine geeignete Regulierung für Zulassung und Betrieb der Einrichtung, jedoch lassen sich diese persönlichen Leitungs- oder Haftungsfragen ohne weiteres von der Frage der Eigentumsverhältnisse trennen. Qualitative Aspekte der ärztlichen Aus- und Weiterbildung oder die Unabhängigkeit ärztlichen Handelns von Fremdbestimmung sollten dagegen keinesfalls in Frage gestellt werden. Gegen eine Eigentumsregulierung sprechen auch die bisherigen Erfahrungen mit durch Angestellte erbrachten ärztlichen Leistungen in (teils börsennotierten) Krankenhäusern.

176. Eine bessere Kapitalausstattung größerer Einheiten kann als Ausdruck einer ggf. effizienteren Produktionsform interpretiert werden, die sich langfristig im Wettbewerb zu beweisen hat. Die Beteiligung von externen, nichtmedizinischen Kapitalgebern stellt keine Wettbewerbsverzerrung dar, da dieser Weg auch jedem bislang selbständig Niedergelassenen offensteht. Eine Bestandsgarantie für kleine Praxen oder für die Selbständigkeit ambulant tätiger Ärzte als einzig schützenswerte Form der ambulanten Leistungserbringung ist unter Effizienzaspekten nicht zu rechtfertigen.

177. Zusammenfassend ist die stärkere Reglementierung der Eigentumsverhältnisse von MVZ nicht zielführend. Eine Bevorteilung einzelner Leistungserbringer bei der Gründungsberechtigung oder in Fragen der Nachbesetzung von Arztsitzen ist innovationshemmend und weder versorgungspolitisch noch ökonomisch zu rechtfertigen. Eine faire wettbewerbsorientierte ambulante Gesundheitsversorgung sollte vielmehr durch Vertrauen in die Patientenpräferenzen, Vielfalt der Anbieter (hinsichtlich Organisations-, Eigentums- und Rechtsformen) und eine Stärkung der Investitionsbereitschaft auch externer Geldgeber geprägt sein. Gerade MVZ könnten in kleineren Städten die Möglichkeit bieten, Ärztinnen und Ärzte, die sich keine Selbständigkeit wünschen, für neue Organisationsformen zu gewinnen. Ähnlich wie im Krankenhaus bedarf es hierzu einer verantwortlichen ärztlichen Leitung.

Eine zwingende Personalunion dieser Stelle mit dem Eigentümer des MVZ ist dagegen nicht begründbar.

6.6 Fazit und Empfehlungen

178. Die derzeitigen Optionen der ambulanten Leistungserbringung für Krankenhäuser unterscheiden sich stark hinsichtlich ihrer historischen Entstehung und dahinterliegenden Zielsetzung. Allein die Existenz dieses inkonsistenten Nebeneinanders verschiedenster Versorgungsformen ist ein Hinweis auf die Notwendigkeit einer Neuordnung des gesamten Bereichs. Es sind Effizienzverluste durch bislang ungenutzte Substitutions- bzw. Verlagerungspotenziale zwischen stationärer und ambulanter Leistungserbringung zu vermuten.

179. Wann immer Leistungserbringer, welche ursprünglich unterschiedlichen Sektoren zuzurechnen sind, an einer Schnittstelle um die Erbringung identischer Leistungen konkurrieren, bedarf es eines einheitlichen Ordnungsrahmens, um die Effizienzpotenziale heben zu können. Neben vergleichbaren Qualitätssicherungssystemen, gleichen Regelungen bzgl. der Abrechnung von neuen Behandlungsmethoden, einheitlichen Leistungsdefinitionen, vergleichbaren rechtlichen Möglichkeiten bzgl. der Einkaufsoptionen sowie einheitlichen Regelungen zur Zulassung und Budgetierung umfasst dies auch die Vereinheitlichung der Vergütung und der Investitionsfinanzierung.

180. Es gibt keine empirische Evidenz, dass zur Erreichung einzelner versorgungspolitischer Ziele bestimmte Rechtsformen besser geeignet wären als andere. Die beschriebenen Potenziale können sich in jeder Form organisierter, großer, vernetzter Einheiten herausbilden. Ergebnisoffene Such- und Entdeckungsprozesse, die sich an den Präferenzen der Versicherten orientieren, ermöglichen ein höheres Maß an Konsumentensouveränität.

181. Ein wichtiger Punkt im Rahmen der Aufhebung sektoraler Grenzen liegt in der Forderung nach Vergütungsangleichung zwischen den beiden Sektoren: Derzeit kann ein und dieselbe Behandlung in unterschiedlichen Teilsystemen erbracht und gänzlich anders abgerechnet werden. Die Vergütung stationärer Kurzzeitfälle liegt derzeit deutlich über der ambulanten Vergütung, wodurch für Krankenhäuser ein Anreiz zur Auslastung und zum Erhalt vorhandener stationärer Kapazitäten entsteht. So sollten neben einer Übertragung des Morbiditätsrisikos an den integrierten Leistungserbringer und der Einführung einer monistischen Finanzierung auch die durchschnittlich erzielbaren Deckungsbeiträge aus ambulanter Behandlung mindestens denen vergleichbarer vollstationärer Aufenthalte entsprechen. Diese Gebührenordnung muss für alle potenziellen Anbieter gleichermaßen gelten, einen Fall- bzw. Patientenbezug aufweisen, verschiedene Schweregrade differenzieren und auch Sachkosten umfassen. Zu diesem Zwecke könnte eine bundeseinheitliche Kalkulation der Relativgewichte stattfinden, deren konkrete Vergütungshöhe, -menge und -qualitätsverknüpfung anschließend in selektivvertraglichen Regelungen konkretisiert wird. In regelmäßigen Abständen sollten wie im DRG-System Nachjustierungen stattfinden, um realisierte Effizienzvorteile auch den Versicherten zukommen zu lassen. Auch die Not-

wendigkeit wirksamer Bereinigungsregelungen ist hier noch einmal gesondert herauszustellen.

182. Durch das Versorgungsstrukturgesetz wurde mit der Schaffung des ambulanten spezialfachärztlichen Bereichs ein erster Ansatz unternommen, die bislang zersplittert und teilweise widersprüchlich geregelte Versorgung an der Schnittstelle ambulant-stationär in einen einheitlichen Rechtsrahmen zu überführen. Dieses Vorhaben ist grundsätzlich positiv zu bewerten, wenngleich diesem ersten Schritt weitere folgen müssen, um das ambulante Potenzial besser auszuschöpfen. Hierzu zählen vor allem die stärker selektivvertragliche Gestaltung der Versorgung und auch eine geringere Regulierung der Eigentumsverhältnisse. Darüber hinaus sollten weitere Leistungen in den spezialfachärztlichen Versorgungsbereich eingeschlossen werden. Bislang ist die Zersplitterung des Rechtsrahmens zur Leistungserbringung an der Schnittstelle kaum kleiner geworden. Nach und nach sollten nun ambulante Operationen, stationärsersetzende Eingriffe (auch über den Rahmen des bisherigen § 115b SGB V hinaus), stationäre Kurzzeitfälle und die Bereiche der §§ 117ff. SGB V (Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren) in diese Versorgungssäule mit für alle Anbieter einheitlichen Wettbewerbsbedingungen überführt werden.

183. Bei der Bewertung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes fällt auf, dass ein durchgängiger Wechsel zu einem wettbewerblichen System an der Schnittstelle ambulant-stationär weiterhin nicht angedacht ist. Es fehlt an dem Schritt, der den Wettbewerb der Leistungserbringer um Patienten auch zu einem Wettbewerb der Krankenversicherer um gute Versorgung und damit letztlich auch um Versicherte werden lässt. Eine effektive Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in der Fläche ist nicht per se ein Bereich, der sich wettbewerblichen Ansätzen entzieht. Der Ansatz einer kleinteiligen sektoralen Bedarfsplanung zum Abbau von Unterversorgung hat sich im Gegenteil als ungeeignet und auch als ineffizient zur Vermeidung sogenannter Überversorgung erwiesen. Wettbewerbliche Lösungen wären insbesondere in heute schon Überversorgten Gebieten (Großstadtlagen mit einer Vielzahl von Niedergelassenen und Krankenhäusern) möglich, da es hier für einen funktionierenden Vertragswettbewerb zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern genügend Optionen gäbe.

7 Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen durch selektive Verträge

7.1 Eingeschränkte Vertragsfreiheit infolge von Überregulierung

184. Mit dem Ziel, den Wettbewerb unter und zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern zu intensivieren und gleichzeitig die Grenzen der Leistungssektoren zu überwinden, implementierte der Gesetzgeber in der GKV seit Ende der 1990er Jahre im Rahmen der sogenannten besonderen Versorgungsformen mehrere Elemente, die sich an dem in den USA entwickelten Konzept „Managed Care“ orientieren. Diese besonderen Versorgungsformen umfassen nach § 53 Abs. 3 SGB V:

- die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V),
- die besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V),
- die integrierten Versorgungsformen (§ 140a-d SGB V),
- die strukturierten Behandlungsprogramme (§ 137f-g SGB V) sowie
- die Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V).

185. Während es zunächst gelang mit Hilfe dieser Versorgungsformen eine integrative und wettbewerbliche Bewegung in die Gesundheitsversorgung zu bringen, setzte inzwischen eine gewisse Ernüchterung ein. Diese liegt nicht nur an möglicherweise zu hohen Erwartungen, sondern auch an den Schwachstellen der jeweiligen Rahmenordnungen, die Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen entgegenstehen. So hat der Rat bereits in vergangenen Gutachten kritisiert, dass das Gesetz die Krankenkassen zum Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung verpflichtet, was der Vertragsfreiheit widerspricht. Darüber hinaus schränken die gesetzlichen Regelungen die Vertragsfreiheiten empfindlich ein, indem sie die hausarztzentrierte Versorgung der strikten Beitragssatzstabilität unterwerfen. Etwaige Mehraufwendungen müssen demnach durch vertraglich sichergestellte Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden, was angesichts der Unsicherheit künftiger Erträge auf eine nahezu prohibitive Forderung hinausläuft. Ordnungs- und wettbewerbspolitische Aspekte legen hier nahe, den Zwang zum Vertragsabschluss aufzuheben und die inhaltliche Ausgestaltung der Verträge einschließlich der Vergütung den Vertragsparteien zu überlassen.

186. Indem das GKV-Versorgungsstrukturgesetz auch die besondere ambulante ärztliche Versorgung und die integrierten Versorgungsformen der Beitragssatzstabilität unterstellt, engt es die Vertragsfreiheit der Parteien weiter ein. Diese enge Bindung an die Beitragssatzstabilität macht es nahezu unmöglich, innovative Projekte zu initiieren, die anfangs vergleichsweise hohe Kosten verursachen, sich aber später amortisieren und zudem einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes leisten können. Insgesamt gesehen zeugen die derzeitigen gesetzlichen Regelungen von einem Misstrauen in die Vertragsfreiheit sowie das Effizienz- und Effektivitätspotenzial, das sich mit Hilfe selektiver Verträge und wettbewerblicher Prozesse heben lässt.

7.2 Weiterentwicklung und Erweiterung der selektiven Vertragsoptionen

187. Die gesetzlichen Voraussetzungen einer sektorenübergreifenden Versorgung erfüllen von den besonderen Versorgungsformen nur die integrierten Versorgungsformen, die strukturierten Behandlungsprogramme und die in den letzten Jahren stark vernachlässigten Modellvorhaben. Diese drei besonderen Versorgungsformen beinhalten zwar die gesetzlichen Grundlagen für eine sektorenübergreifende Versorgung an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, vermögen aber noch keine sektorenübergreifenden Koordinationsprozesse zu garantieren. Um dem zentralen Anliegen einer sektorenübergreifenden Koordination Rechnung zu tragen, sollten die integrierten Versorgungsformen eine sektorenübergreifende Orientierung als notwendige Bedingung voraussetzen. Dies gilt vor allem für den Fall, dass der Gesetzgeber künftig für Projekte einer „integrierten Versorgung“ wieder finanzielle Anreize setzen möchte. Andernfalls droht hier wie in der Vergangenheit eine finanzielle Förderung nach dem Gießkannenprinzip.

Trotz einer Förderung durch eine Anschubfinanzierung bis Ende 2008 sahen – und sehen – die integrierten Versorgungsformen gesetzlich keine Evaluation vor. Es liegen daher noch keine aussagefähigen Informationen über das Nutzen-Kosten-Verhältnis dieser Projekte und damit auch der Anschubfinanzierung vor, was auch mögliche Lerneffekte unmöglich macht. Diese Intransparenz erscheint auch insofern problematisch, als Vertragsärzte und Krankenhäuser, die sich nicht an diesen Projekten beteiligten, die Anschubfinanzierung infolge der globalen Budgetbereinigung mitfinanzierten und einen Anspruch auf Kenntnis der entsprechenden Ergebnisse besitzen sollten.

188. Im Unterschied zu den integrierten Versorgungsformen verpflichtet § 137f. Abs. 4 SGB V die Krankenkassen oder ihre Verbände, bei den strukturierten Behandlungsprogrammen eine externe Evaluation durch unabhängige Sachverständige vornehmen zu lassen. Obgleich an diesen sogenannten Disease Management-Programmen (DMP) inzwischen über 5,9 Mio. eingeschriebene Versicherte in über 10 890 laufenden Programmen teilnehmen, existieren bisher keine repräsentativen, validen Belege für ihre Effizienz. Zunächst liegen im Vergleich zu dem Umfang der DMP immer noch wenige beglei-

tende Studien vor, die sich darüber hinaus überwiegend auf die Indikation Diabetes mellitus Typ 2 konzentrieren bzw. beschränken. Zudem weisen viele Untersuchungen konzeptionelle Schwächen, wie z. B. kleine Studienpopulationen oder mangelhaftes Kontrollgruppendesign auf. Der Gesetzgeber verzichtete hier auf die Vorgabe einer Evaluation nach den Kriterien kontrollierter, randomisierter Studien, d. h. auf einen Vergleich mit einer ausgewählten Kontrollgruppe aus Patienten, die nicht an dem jeweiligen DMP teilnehmen. Bereits bei Einführung der Programme konkret benannte Defizite sowie methodische Anforderungen an eine Evaluation von DMP fanden keine Beachtung.

Nach Aufhebung ihrer exklusiven Anbindung an den Risikostrukturausgleich Ende 2008 gibt es keine überzeugenden Gründe für die schon zuvor problematische rechtliche Sonderstellung der DMP und ihrer damit verbundenen Trennung von den integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V. Die DMP bilden schon insofern einen Gegenstand der integrierten Versorgung, als nach § 137f Abs.1 SGB V ein sektorenübergreifender Behandlungsbedarf ein zentrales Kriterium für ihre Auswahl darstellt. Medizinische wie ökonomische Aspekte sprechen gegen die Sonderstellung von sechs Indikationsbereichen und für ihre Subsumierung unter die integrierten Versorgungsformen. Die Einbeziehung der DMP in die integrierten Versorgungsformen bedeutet nicht nur eine Gleichbehandlung der verschiedenen Indikationsbereiche, sondern bietet auch die Chance, im Rahmen dieser Programme dem Wettbewerb unter selektiven Verträgen wieder größere Chancen einzuräumen. Sofern die integrierten Versorgungsformen, wie oben vorgeschlagen, als notwendige Bedingung eine sektorenübergreifende Orientierung voraussetzen, stärkt dies auch die Integrationsbemühungen der Vertragspartner.

189. Mit der Konzipierung einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in § 116b SGB V kam das Versorgungsstrukturgesetz einer mehrfachen Forderung des Rates nach, an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor für die Krankenhäuser und die niedergelassenen Fachärzte über einen einheitlichen Ordnungsrahmen gleiche Zugangs- und Wettbewerbsbedingungen zu schaffen. Der Umfang dieses Versorgungsbereiches beschränkt sich allerdings auf ein schmales Leistungsspektrum und bleibt durch die Limitierung der Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen auf schwere Verlaufsformen noch hinter der früheren Rechtslage zurück. Dagegen sah der Gesetzesentwurf vom 27. Juli 2011 noch eine Erweiterung dieses Leistungsbereiches um ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b Abs.1 SGB V vor. Mit der Begrenzung des zunächst anvisierten Leistungsspektrums trugs der Gesetzgeber vor allem den Einwänden von Bundesländern und Krankenkassen Rechnung, die wegen fehlender Bedarfsplanung und dem Verzicht auf Mengenbegrenzungen eine angebotsinduzierte Leistungsausweitung befürchteten. Als ordnungspolitische Lösung bietet es sich daher, wie schon unter Kapitel 6.3. vorgeschlagen, an, diesen Leistungsbereich der selektiven Vertragsgestaltung zu unterstellen. Die Krankenkassen besitzen dann die Möglichkeit, Mengenbegrenzungen oder entsprechende Vergütungsabschläge in Verträgen zu vereinbaren, um auf diese Weise unerwünschten bzw. medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen vorzubeugen. Unter diesen Bedingungen könnte die

ambulante spezialfachärztliche Versorgung auch von Beginn an alle ambulanten Operationen einschließen. Zudem erhält dieser Bereich dann Modellcharakter für die Erprobung einer selektiven Vertragsgestaltung, die hier nicht parallel zu Kollektivverträgen, sondern unabhängig von diesen als alleiniger Allokationsmechanismus fungiert.

Im Vergleich zu den niedergelassenen Ärzten sehen sich die Krankenhäuser, die ihre Versorgungsverträge mit den Krankenkassen auf Landesebene kassenübergreifend und gemeinsam vereinbaren, kaum mit selektiven Verträgen konfrontiert. Die Verträge der Krankenhäuser mit Krankenkassen über integrierte Versorgungsformen oder DMP blieben auch bis Ende 2008 absolut gesehen weitgehend vernachlässigbar und für die Verträge zur hausarztzentrierten und zur besonderen ambulanten Versorgung gibt es im stationären Sektor kein Pendant. Da die Diagnosis Related Groups (DRGs) Festpreise darstellen, besitzen die Krankenhäuser nicht die Möglichkeit, die Nachfrage über den Preis ihrer Leistungen zu beeinflussen. Daher schlug der Rat in seinem Gutachten 2007 vor, das DRG-System partiell für den Preiswettbewerb zu öffnen. Zumindest für ein bestimmtes Spektrum von ausgewählten Krankenhausleistungen, z. B. für elektive Eingriffe bzw. Behandlungen, sollte für die Vertragspartner die Option bestehen, selektive Verträge mit speziellen Preis- und Qualitätsvereinbarungen abzuschließen. Infolge der Interdependenzen zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung und des künftig weiterhin zunehmenden Potenzials ambulanter Behandlungen gehen mit der Allokation im stationären Sektor auch Effekte auf die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung einher.

7.3 Gezielte Förderung von Versorgungsinnovationen und Versorgungsforschung

190. Die derzeit stagnierende Bereitschaft der Krankenkassen, in innovative Versorgungskonzepte zu investieren, geht maßgeblich auf finanzielle Erwägungen über die aus ihrer Sicht unsichere Rendite solcher Vorhaben zurück. Den teilweise erheblichen Anfangsinvestitionen in den Aufbau der neuen Versorgungsstrukturen stehen erst später mit hoher Unsicherheit behaftete Erträge gegenüber, sodass in den Anfangsjahren zunächst ein Ausgabenüberschuss droht. Zudem bleibt zum Entscheidungszeitpunkt weitgehend unklar, ob und inwieweit sich die positiven Effekte dieser Investitionen künftig in Ausgabeneinsparungen oder reinen Qualitätsverbesserungen der Versorgung niederschlagen. Die Krankenkassen konzentrieren, wie auch die Ergebnisse der Umfrage des Rates belegen (siehe hierzu Exkurs in Kapitel 8), ihre Anstrengungen stärker auf eine Ausgabenbegrenzung und -kontrolle, d. h. Priorität genießen hier die Prüfungen von Krankenhausrechnungen, die Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen und die Vermeidung oder Reduzierung von Krankengeldansprüchen, während z. B. Verträge zur integrierten Versorgung nicht einmal in der vorderen Hälfte von, aus ihrer Sicht, wichtigen Sparmaßnahmen erscheinen.

Um diese aktuellen Investitionshemmnisse zu beseitigen oder zumindest abzumildern, stehen derzeit einige Finanzierungsmodelle zur Förderung von innovativen Versorgungskonzepten zur Diskussion. Unabhängig von dem speziellen Finanzierungsmodell schlägt der Rat für die Förderung von innovativen Versorgungsmodellen zunächst folgende Regelungen vor:

- eine Befristung der Förderung auf fünf Jahre, was einen hinlänglichen Planungszeitraum bildet,
- eine Beschränkung auf sektorenübergreifende Projekte,
- eine verpflichtende und systematische Evaluation, die zur Bewertung der Ergebnisse eine adäquate Kontrollgruppe sowie Outcomeindikatoren einschließt sowie
- eine Priorisierung von populationsbezogenen (indikationsübergreifenden) Versorgungskonzepten und solchen, die den bisher vernachlässigten Bereich der Pflegeleistungen einbeziehen.

191. Angesichts ordnungspolitischer Aspekte sowie der Probleme, auch bei der Berücksichtigung zielorientierter Kriterien ex ante eine erfolgsversprechende Auswahl förderungswürdiger Versorgungskonzepte zu treffen, bieten sich als finanzielle Anreize weniger laufende Mittel aus dem Gesundheitsfonds als vielmehr zinsverbilligte Darlehen aus einem Kapitalfonds an. Demnach erhalten die Krankenkassen für ihre förderungswürdigen innovativen Versorgungsprojekte unter Sicherungsverzicht zinsverbilligte oder zinslose Darlehen für ihre Zusatzkosten nach Bereinigung, die sie erst nach fünf Jahren zurückzahlen müssen. Sofern sich das betreffende Projekt über spätere Einsparungen refinanziert, dürfte die Rückzahlung des Kredits der Krankenkasse insofern keine Probleme bereiten. Wenn sich das Projekt zwar nicht über spätere Ausgabeneinsparungen refinanziert, seine Evaluation aber eindeutige Verbesserungen der gesundheitlichen Outcomes belegt, könnte dies einen teilweisen Rückzahlungsverzicht mit einer Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds begründen. Diese Form der finanziellen Anreize für innovative Versorgungsprojekte besitzt die Vorzüge:

- die Krankenkassen beim Start der Projekte finanziell zu entlasten,
- ihnen einen eindeutigen Planungszeitraum für die Refinanzierung der Projekte vorzugeben,
- keine Mitnahmeeffekte zu erzeugen,
- den Gesundheitsfonds oder kollektive zentrale Budgets kaum – und wenn dann nur im nachgewiesenen Erfolgsfall – zu belasten sowie
- die finanziell relevanten Entscheidungen stärker von der ex ante-Beurteilung auf die spätere ex post-Evaluation zu verlagern.

7.4 Bereinigung der ambulanten ärztlichen Vergütung

Notwendigkeit von Bereinigung

192. Ein Grundproblem beim Abschluss von Selektivverträgen besteht darin, dass die Zahlungen der Krankenkassen an die KVen zunächst unabhängig von den von ihren Versicherten im Kollektivvertrag in Anspruch genommenen Leistungen geleistet werden müssen. Werden bestimmte Teile der Versorgung selektivvertraglich erbracht, verändern sich die Zahlungen der Krankenkassen an die KVen dadurch zunächst nicht. Die Leistungserbringer, die die ausgegliederten Leistungen nun nicht mehr im Rahmen des Kollektivvertrages erbringen, erhalten für diese auch keine Vergütung aus dem Kollektivvertrag. Stattdessen müssen sie aber für die im Selektivvertrag zu erbringenden Leistungen von den mit ihnen kontrahierenden Krankenkassen vergütet werden, da eine Teilnahme von Leistungserbringern an Selektivverträgen sonst unattraktiv wäre. Ohne Bereinigung der Gesamtvergütung zahlen die Krankenkassen, die Selektivverträge schließen, also noch einmal für Leistungen, die sie mit der Gesamtvergütung bereits bezahlt haben.

193. Aus ordnungspolitischer Sicht stellt die Bereinigung folglich eine wichtige Voraussetzung für einen funktionsfähigen Wettbewerb dar, wenn gleichzeitig ein korporativ organisiertes Kollektivvertragssystem und ein stärker dezentral gesteuertes Selektivvertragssystem nebeneinander entwickelt werden sollen. In einem unverzerrten Wettbewerb würde die Versorgung immer in dem System stattfinden, in dem sie das günstigste Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist. Um dies zu erreichen, muss das Bereinigungsverfahren eine möglichst exakte Schätzung dessen liefern, was der Versorgungsauftrag des jeweiligen Selektivvertrags in der kollektivvertraglichen Versorgung gekostet hätte.

Wenn Patienten, die der am Selektivvertrag teilnehmende Arzt ansonsten selber im Kollektivvertrag behandelt hätte, sich in einen Selektivvertrag einschreiben, muss die Krankenkasse die an die KV zu zahlende Gesamtvergütung um den Betrag bereinigen können, den der am Selektivvertrag teilnehmende Arzt bekommen hätte, wenn er die eingeschriebenen Patienten im Kollektivvertrag behandelt hätte. Die Krankenkasse wird durch diesen Bereinigungsbetrag in die Lage versetzt, den Honorarverlust der teilnehmenden Ärzte genau auszugleichen.

Um Wettbewerbsneutralität zu gewährleisten, muss der Bereinigungsbetrag auch die Zahlungen umfassen, die nicht am Selektivvertrag teilnehmende Ärzte bekommen hätten, wenn es keinen Selektivvertrag gäbe. Diese Leistungsverlagerungen und Einsparungen müssen den Selektivvertragspartnern zu Gute kommen, da sie ansonsten z. B. keine Investitionen (etwa in eine Infrastruktur zur verbesserten Koordination der Versorgung) finanzieren könnten, um diese Einsparungen zu erzielen.

Das Bereinigungsproblem wird abgemildert, aber keineswegs gelöst, wenn die im GKV-VStG vorgesehenen Regelungen zur Vergütung in Kraft treten. Danach soll der Anteil einer Krankenkasse an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in einer KV zukünftig

daran bemessen werden, wie hoch der Anteil der Versicherten der Krankenkasse an den in der KV in den letzten vier Quartalen in Anspruch genommenen Leistungen war.

Geltende Bereinigungsverfahren

194. Zunächst wird die Bereinigung auf Ebene der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung betrachtet. Hier unterscheidet der Bereinigungsbeschluss des Bewertungsausschusses zwischen „Selektivverträgen mit ex ante-Einschreibung des Versicherten“ (z. B. Verträge der hausarztzentrierten Versorgung) und „Selektivverträgen mit situativer Einschreibung/Inanspruchnahme“ (z. B. Verträge zur indikationsspezifischen Versorgung von Patienten mit Hüft-Endoprothesen).

Für Verträge mit ex ante-Einschreibung gilt folgendes Verfahren: Für jeden eingeschriebenen Versicherten wird der (auf ein Quartal abgegrenzte) historische, versorgungsauftrags-spezifische Leistungsbedarf 2008 ermittelt und von der Gesamtvergütung abgezogen. Hierfür muss zunächst der Umfang des Versorgungsauftrags im Selektivvertrag festgelegt werden. Dies geschieht genau wie die Abrechnung der Ärzte im Kollektivvertrag auf Basis des EBM. Haben sich die Bereinigungsvertragspartner auf den Umfang des selektivvertraglichen Versorgungsauftrags geeinigt, kann die vertragsschließende Krankenkasse ermitteln, in welchem Maße jeder teilnehmende Versicherte die entsprechenden EBM-Ziffern im Jahr 2008 in Anspruch genommen hat. Die Leistungen aus 2008 werden mit dem regionalen Punktwert für den Regelfall bewertet. Anschließend werden die gleichen Anpassungsfaktoren wie für die Gesamtvergütung angewendet. Insgesamt wird der Betrag aus der MGV gekürzt, den die vertragsschließende Krankenkasse sonst implizit für den ausgegliederten Versorgungsumfang für die teilnehmenden Versicherten an die KV gezahlt hätte.

195. Auch das Verfahren für die Bereinigung von Selektivverträgen mit situativer Einschreibung/Teilnahme legt die Leistungsdefinitionen des EBM zu Grunde. Bei dieser Art von Verträgen macht es aber keinen Sinn, auf den historischen Leistungsbedarf abzustellen. Bei Leistungen, die ein einzelner Versicherter nur selten oder im Extremfall nur einmal im Leben in Anspruch nimmt, ist der historische Leistungsbedarf in den meisten Fällen null. Daher wird stattdessen die Summe der vertragspezifischen Leistungen einer Krankenkasse im Jahr 2008 ermittelt und anschließend durch die Zahl der diese Leistungen in Anspruch nehmenden Versicherten dieser Krankenkasse geteilt. Es ergibt sich ein vertrags- und kassenspezifischer Durchschnitt der Inanspruchnahme. Dieser Durchschnittswert ist dann mit der einvernehmlich festzustellenden Zahl der Personen, die diese Leistungen im Selektivvertrag in Anspruch nehmen, zu multiplizieren.

196. Überdies ist eine Bereinigung auf Arzzebene erforderlich, wenn die MGV bereinigt wird. Dabei geht es um die Frage, wie die Kürzungen der MGV auf einzelne Arztgruppen und Ärzte zu verteilen sind. Auch die Bereinigungsregelungen auf Arzzebene sind in hohem Maße relevant für die Funktionsfähigkeit des Systemwettbewerbs zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen.

Bei Verträgen mit ex ante-Einschreibung besteht die Möglichkeit, an der Fallzahl des Arztes und am Fallwert der Arztgruppe anzusetzen. Nach dem bis zum Inkrafttreten des GKV-VStG gültigen Bereinigungsbeschluss wird für jeden Selektivvertragsarzt in jedem Quartal ermittelt, wie viele der Versicherten, die im Vorjahresquartal bei ihm in Behandlung waren, sich in einen Selektivvertrag eingeschrieben haben. Nimmt der Arzt selber an diesem Selektivvertrag teil, wird sein Regelleistungsvolumen (RLV) um die entsprechende Anzahl an Fällen gekürzt. Für Ärzte, die nicht an dem Selektivvertrag teilnehmen, erfolgt hingegen keine Kürzung bei den Fallzahlen.

Die verbleibenden bereinigungsbedingten Veränderungen der MGW, die nicht durch Fallzahlreduktionen auf der Arzzebene berücksichtigt sind, müssen zu einer Anpassung der Fallwerte führen. Der Bereinigungsbeschluss sieht in diesem Zusammenhang vor, dass zunächst für alle Ärzte einer Arztgruppe der Fallwert sinkt (bzw. steigt, wenn Versicherte mit unterdurchschnittlichem historischem Leistungsbedarf eingeschrieben werden). Diese Veränderung des Fallwertes ist aber beschränkt. Möglicherweise verbleibende Differenzen werden durch eine Fallwertreduktion (bzw. -steigerung) nur bei den am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten berücksichtigt.

Bei Verträgen mit situativer Einschreibung wird der auf MGW-Ebene zu bereinigende Betrag auf die teilnehmenden Ärzte gemäß ihrem historischen Anteil am vertragspezifischen Versorgungsumfang aufgeteilt.

197. Das GKV-VStG sieht vor, dass die Honorarverteilung alleine durch die KVen vorgenommen werden kann. Folglich obliegt es dann auch den KVen, Verteilungsregeln zwischen Kollektivvertrags- und Selektivvertragsärzten festzulegen.

Kritik am Bereinigungsbeschluss und Verbesserungsvorschläge

198. Die Abgrenzung des Versorgungsauftrages von Selektivverträgen gestaltet sich oft schwierig, insbesondere bei indikationsorientierten Verträgen. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Selektivvertragspartner werden zudem durch den Zwang zur Orientierung am EBM stark eingeschränkt.

Der historische Leistungsbedarf und der tatsächliche Leistungsbedarf können erheblich voneinander abweichen. Der Bereinigungsbetrag ist zu gering, wenn der Leistungsbedarf des Versicherten nach dem Bezugszeitraum des historischen Leistungsbedarfs gestiegen ist. Im aktuellen Verfahren wird der Leistungsbedarf von all den Personen unterschätzt, deren Kosten seit 2008 überdurchschnittlich gestiegen sind. Für neu in Selektivverträge eintretende Versicherte kann dieses Problem durch aktuellere Bezugszeiträume abgemildert werden. Für Versicherte, die sich schon seit vielen Jahren in Selektivverträgen befinden, liegt aber kein aktuellerer Leistungsbedarf aus dem Kollektivsystem mehr vor.

199. Es ist nicht gerechtfertigt, dass der Bereinigungsbeschluss des Bewertungsausschusses keine Fallzahlkürzungen bei Kollektivvertragsärzten vorsieht. Es ist nicht sachgerecht, dass der Wechsel eines Patienten aus dem Kollektivvertrag in den Selektivvertrag unter-

schiedlich behandelt wird, je nachdem von welchem Arzt der Patient kommt. Auch bei Kollektivvertragsärzten muss eine Fallzahlkürzung vorgesehen werden.

200. Schwieriger zu beurteilen ist die Bereinigung der Fallwerte. Im Falle, dass ein Arzt eigene Patienten mit überdurchschnittlicher Morbidität in einen Selektivvertrag einschreibt, besteht die am ehesten wettbewerbsneutrale Lösung in einer vertragsindividuell differenzierten Anpassung der Fallwerte. Diese Vorgehensweise stellt sicher, dass sich die RLV der am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte genau um den Betrag vermindern, den die Krankenkasse im Rahmen des Vertrages von der MGV abziehen kann. Verteilungsprobleme innerhalb der Gruppe der an einem bestimmten Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte können durch entsprechende Vergütungsmodelle im Vertrag aufgefangen werden.

Für Ärzte mit einem überdurchschnittlich kranken Patientenkollektiv ist schon heute das RLV, das auf Durchschnittswerten basiert, nicht ausreichend, um alle anfallenden Leistungen abzudecken. Wenn diese Arztgruppe Patienten in den Selektivvertrag abgibt, aber selber nicht an dem Selektivvertrag teilnimmt, würde die Reduktion ihres RLV um den gesamten historischen Leistungsbedarf der abgegebenen Patienten zu einer Verschärfung dieser Unterdeckung führen. Dies spricht dafür, die notwendige Fallwertreduktion auf eine größere Gruppe umzulegen. Die am ehesten wettbewerbsneutrale Lösung wäre, nur die Fallwerte der nicht an dem jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte zu reduzieren.

Diese differenzierte Lösung stellt aber erhöhte Anforderungen an die Honorarverteilungssysteme der KVen. Solange der Marktanteil der Selektivverträge gering ist, entstehen keine großen Verzerrungen, wenn der Fallwert für alle Ärzte einer Arztgruppe abgesenkt und keine Differenzierung vorgenommen wird. Ab einer bestimmten Schwelle dürften die Vorteile einer Differenzierung aber überwiegen.

201. Die Bereinigung von Verträgen mit situativer Teilnahme ist im Bereinigungsbeschluss besonders unbefriedigend gelöst. Die Verwendung eines Durchschnittsbetrags unabhängig von der Morbidität der Teilnehmer kann zu Selektionsanreizen führen. Leistungsverlagerungen können in diesem Verfahren nicht abgebildet werden. Eine Bereinigung findet nur bei Selektivvertragsärzten statt, auch wenn potenzielle Kollektivvertragspatienten abgeworben werden. Auch wenn Verbesserungsmöglichkeiten für die Bereinigung von Verträgen mit situativer Teilnahme existieren, macht es die Natur dieser Verträge extrem schwierig, dieses Verfahren in befriedigender Weise zu adjustieren.

202. Durch ihre alleinige Honorarverteilungskompetenz liegt es in der Hand der KVen, Selektivverträge massiv zu behindern. Dies könnte durch eine gesetzliche Vorgabe verhindert werden, nach der alle Fragen der Honorarverteilung, die Selektivverträge und Bereinigung betreffen, im Einvernehmen mit den Krankenkassen zu lösen sind.

Im Rahmen der KV-übergreifenden Bereinigung sollte der mit der Vertrags-KV vereinbarte Versorgungsauftrag des Selektivvertrages automatisch von anderen KVen anerkannt werden, sodass nicht mit jeder Wohnort-KV einzeln verhandelt werden muss. Die Datenlieferfristen für Selektivvertragsteilnehmer sollten verkürzt werden.

Alternative Bereinigungsverfahren

203. Eine direkte Morbiditätsorientierung der Bereinigungsbeträge ist anfällig gegen Up-Coding. Stattdessen schlägt der Rat eine interne Bereinigung zwischen den Vertragspartnern des Selektivvertrages vor. Die am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte rechnen demnach sämtliche von ihnen erbrachten Leistungen nach wie vor mit den KVen ab. Auf der Abrechnungsebene wird also zunächst so getan, als ob gar kein Selektivvertrag existieren würde. Theoretisch müssten die KVen nicht einmal wissen, dass ein Selektivvertrag besteht.

Im zweiten Schritt reichen die am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte das Honorar, das sie von den KVen für die im Rahmen von (immer noch über die KVen abgerechneten) Selektivverträgen erbrachten Leistungen erhalten haben, direkt an die Krankenkassen weiter.

Im dritten Schritt haben die Krankenkassen nun die Möglichkeit, die Selektivvertragsärzte nach anderen Maßstäben zu vergüten, z. B. durch stärkere Pauschalierungen und/oder Pay for Performance. Bei der idealtypischen internen Bereinigung sind die Zahlungen der KVen für die entsprechenden Leistungen ein durchlaufender Posten für die Ärzte. Für ihr Handeln relevant sind nur die Anreize, die von dem von den Krankenkassen gewählten Vergütungssystem ausgehen. Es sind auch Modellvarianten denkbar, bei denen die Ärzte einen Teil der Vergütung von den KVen behalten und zusätzlich Zahlungen aus dem speziellen für den Selektivvertrag vorgesehenen Vergütungssystem erhalten.

204. Der Vorschlag weist eine Reihe von Vorteilen bei einigen Limitationen auf. Der Honorarverlust der teilnehmenden Ärzte entspricht automatisch den Einsparungen der Krankenkasse. Es ist kein Rückgriff auf einen ggf. nicht mehr zutreffenden historischen Leistungsbedarf erforderlich. Es entstehen keine Verzögerungen durch Datenlieferfristen etc.. Leistungsabgrenzungen müssen nur zwischen den Selektivvertragspartnern ausgehandelt werden. Ferner ist bei Einschreibung eigener Patienten keine Anpassung der RLV erforderlich und Krankenkassen können leichter und unbürokratischer ihren gesetzlichen Bereinigungspflichten entsprechen.

205. Die Nachteile dieses Verfahrens liegen darin, dass Ärzte doppelt abrechnen müssen und dass Einsparungen im ambulanten Bereich nur zum Teil den Selektivvertragspartnern zugutekommen. Sinkt durch den Einsatz innovativer Honorierungsformen die Leistungsanspruchnahme, sinkt in gleichem Maße der Betrag, den die Krankenkasse von der KV bekommt. Ein partieller Ausgleich erfolgt, wenn sich nach den Vergütungsregelungen des GKV-VStG mit sinkender Inanspruchnahme auch der Anteil der Krankenkasse an der MGV entsprechend verringert. Da die MGV in der betroffenen KV aber zunächst konstant bleibt, führt der verminderte Anteil der Krankenkasse nicht zu einem vollständigen Ausgleich. Selektivverträge, die vor allem auf Einsparungen im ambulanten Bereich abzielen und nicht primär auf Effekte in anderen Sektoren wie z. B. auf die Reduktion von Krankenhauseinweisungen oder eine rationalere Arzneimitteltherapie, könnten dann unwirtschaftlich werden.

Insgesamt ist also auch die interne Bereinigung eher ein pragmatisches als ein perfektes Bereinigungsverfahren. Der Gesetzgeber sollte trotzdem die notwendigen Voraussetzungen für die Anwendung dieses Vorschlags schaffen. Es kann dann der freien Entscheidung der Selektivvertragspartner anheimgestellt werden, ob und in welchen Situationen (voraussichtlich eher im fachärztlichen als im hausärztlichen Bereich) sie von diesem neuen Verfahren Gebrauch machen wollen oder ob sie lieber auf das heute gültige Verfahren zurückgreifen möchten.

7.5 Zuweisung gegen Entgelt

206. Am 1. Januar 2012 ist § 73 Abs. 7 SGB V in Kraft getreten, der ein Verbot der Zuweisung gegen Entgelt enthält. Anlass für die Aufnahme des Verbotes in das Gesetz war die besondere Aufmerksamkeit, die die berufsrechtliche Verbotsvorschrift des § 31 Abs. 1 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO) durch die verstärkte Implementierung von Wettbewerbselementen im Gesundheitswesen erhalten hat. Die wettbewerblichen Instrumente sollen das Verhalten medizinischer Dienstleister beeinflussen und ökonomische Anreize setzen. Zur Förderung der Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung sind diese äußerst wünschenswert und sollten auch in Zukunft weiter ausgebaut werden. Im Blick zu behalten ist allerdings, dass hier ein Konflikt zu dem Verbot der Zuweisung gegen Entgelt entstehen kann. Es muss gewährleistet sein, dass wettbewerbliche Steuerungsmechanismen die Unabhängigkeit der Ärzte nicht in Frage stellen und dazu führen, dass Ärzte sich stärker von ökonomischen als von medizinischen Erwägungen leiten lassen. Das Problem der Unterscheidung einer gewünschten Zusammenarbeit im Rahmen der integrierten Versorgung von einer unzulässigen Zuweisung gegen Entgelt entsteht insbesondere da, wo ein Netz ohne Beteiligung einer Krankenkasse agiert. Der Gesetzgeber darf die damit verbundene Gefahr bei seinen wettbewerblichen Reformen nicht aus dem Blick verlieren.

7.6 Ergebnisse einer Befragung zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V

7.6.1 Befragung der Krankenkassen

207. Seit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung Ende des Jahres 2008 gibt es keine detaillierten Daten mehr über das Vertragsgeschehen in der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V. Dabei könnte gerade das Ende der Förderung einen wichtigen Strukturbruch in der Entwicklung herbeigeführt haben. Vor diesem Hintergrund hat sich der Rat dazu entschlossen, eigene Erhebungen zum Thema integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V durchzuführen.

Methodisches Vorgehen und Responserate

208. Zwischen Juli 2011 und Januar 2012 wurden alle gesetzlichen Krankenkassen sowie die sechs BKK-Landesverbände und deren Vertragsarbeitsgemeinschaften mit Hilfe eines selbst entwickelten Erhebungsbogens befragt. Die Erhebung befasste sich schwerpunktmäßig mit dem Jahr 2010, da dies das zu Erhebungsbeginn aktuellste Jahr war, zu dem schon vollständige Daten vorlagen. Die Rücklaufquote war mit 69,2 % aller Krankenkassen hoch. Noch höher fielen die Rücklaufquoten aus, wenn man anstatt der Zahl der Krankenkassen die Versichertenzahlen der antwortenden Krankenkassen betrachtet. Die versichertenbezogene Rücklaufquote lag insgesamt bei 95 % und variierte je nach Kassenart zwischen 80,8 % und 100 %.

Entwicklung der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V

209. Mit einer Ausnahme nehmen alle befragten Krankenkassen an der integrierten Versorgung teil. Als Indikator für die Entwicklung integrierter Versorgungsformen wird den Vertragszahlen eine große Bedeutung beigemessen. Dabei ist zu beachten, dass die hier vorgenommene Zählung der Verträge auf Kassenebene eine „Brutto-Vertragszahl“ ergibt, die deutlich über der Zahl der bestehenden unterschiedlichen Verträge („Netto-Vertragszahl“) liegt. Auch wird der Anteil der Betriebskrankenkassen am gesamten Vertragsgeschehen bei dieser Bruttozählweise überschätzt.

Die Entwicklung der integrierten Versorgung ist in Tabelle 5 dargestellt. Die Vertragszahlen wurden auf Basis der Zahl der Versicherten der antwortenden Krankenkassen für das Jahr 2008 hochgerechnet und von da an mit der relativen Entwicklung der Vertragszahlen der antwortenden Krankenkassen fortgeschrieben. Die Vertragszahlen stagnieren seit 2008 weitgehend.

	2008	2009	2010	2011
Verträge (brutto)	6 400	6 262	6 374	6 339
Teilnehmer	1 661 283	1 635 270	1 771 949	1 926 133
Ausgaben	1 225 064 973	1 224 214 367	1 353 068 055	1 352 305 185

Tabelle 5: Entwicklung der integrierten Versorgung

Quelle: Eigene Berechnungen, KJ1, KV 45

210. Allerdings ist die Entwicklung der Brutto-Vertragszahlen sehr heterogen verlaufen. Die Zahl der Verträge ohne Beteiligung von Betriebskrankenkassen wies im Übergang vom Jahr 2008 auf das Jahr 2009 einen deutlichen Strukturbruch auf. Sie ging um rund 25 % zurück und blieb ab dem Jahr 2009 nahezu unverändert. Die Zahl der Selbstabschlüsse der Betriebskrankenkassen (also die Verträge außerhalb von Vertragsarbeitsgemeinschaften und Landesverbänden) ist seit dem Jahr 2008 leicht zurückgegangen und blieb auch 2011 unter dem Ausgangsniveau.

211. Die Fremdabschlüsse der Betriebskrankenkassen machen rund zwei Drittel der geschätzten Brutto-Vertragszahlen ab dem Jahr 2009 aus, obwohl es sich „netto“ nur um rund 200 Verträge handelt. Dies ist der wichtigste Grund dafür, dass die für das Jahr 2010 geschätzte Zahl von 1 600 Netto-Verträgen nur rund ein Viertel der Brutto-Vertragszahl dieses Jahres beträgt. Während Betriebskrankenkassen einen Anteil von über drei Vierteln an den Brutto-Verträgen haben, sind es nur 22 % bei den Netto-Verträgen. Bei letzteren dominieren die Ersatzkassen mit einem Anteil von 40 %.

212. Auch wenn für die Jahre 2008 und 2009 keine exakte Netto-Vertragszahl berechnet werden kann, so ist doch davon auszugehen, dass es in diesem Zeitraum zu einem deutlichen Rückgang gekommen ist. Die Anzahl der Teilnehmer wurde auf Basis der Ausgaben der jeweiligen Krankenkassen für die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V laut KJ1-Statistik geschätzt. Bei den Teilnehmerzahlen ergibt sich ein etwas anderes Bild als bei den Vertragszahlen. Nach einem leichten Rückgang um 1,6 % vom Jahr 2008 zum Jahr 2009 kam es zu einem kontinuierlichen Anstieg bis zum Jahr 2011. Im Jahr 2011 war die Teilnehmerzahl um 16 % höher als im Jahr 2008.

213. Die Zahlen zu der in Tabelle 1 dargestellten Ausgabenentwicklung basieren auf der KJ1 (bzw. der KV45-Statistik für das Jahr 2011). Nach Rücksprache mit einigen Krankenkassen wurden aber Korrekturen vorgenommen. Die Ausgaben in den Jahren 2008 und 2009 sind fast identisch (marginaler Rückgang um unter 0,01 %). 2010 stiegen sie dann relativ stark um über 10 % und sanken 2011 wiederum minimal.

Die Knappschaft tätigt mit 44 % fast die Hälfte der Ausgaben in der integrierten Versorgung. Hierfür sind insbesondere die populationsbezogenen und indikationsübergreifenden Modelle „prosper“ und „proGesund“ ausschlaggebend. Doch auch einige andere Krankenkassen haben einen relativ hohen Anteil, so dass vier Krankenkassen rund 70 % der Gesamtausgaben verantworten.

214. Die Ausgaben liegen auch nach Sektoren aufgeschlüsselt vor. Es zeigt sich, dass wie in der herkömmlichen Versorgung die Ausgaben für Krankenhausbehandlung mit zwischen 44 % und 46 % den höchsten Anteil in den Jahren 2008 bis 2011 hatten. Mit 33 % bis 37 % war der Anteil der ambulanten ärztlichen Versorgung in diesem Zeitraum ebenfalls höher als in der herkömmlichen Versorgung. Geringer war hingegen der Anteil der Arzneimittel, der zwischen 9 % und 11 % lag.

Art und Ausgestaltung der Verträge

215. Die im Folgenden dargestellten Anteilswerte und absoluten Zahlen beziehen sich auf die Rohergebnisse und wurden nicht hochgerechnet.

68 % der Verträge waren in den Jahren 2010 und 2011 sektorenübergreifend. Im Jahr 2010 wurde nur bei 1,5 % der Verträge eine Bereinigung der ambulanten ärztlichen Vergütung durchgeführt. Im Jahr 2011 stieg dieser Wert auf 2,2 %. 18 % aller Verträge hatten in den Jahren 2010 und 2011 ambulantes Operieren zum Gegenstand. Nur 10 % aller Verträge

sahen eine dauerhafte Einschreibung vor. 26 % der Verträge im Jahr 2010 (2011: 28 %) sahen eine Teilnahme für einen längeren, aber begrenzten Zeitraum vor. 64 % der Verträge im Jahr 2010 (2011: 62 %) bezogen sich nur auf einen definierten Leistungsanlass oder nur ein Quartal. 70 % der Verträge wurden von mehreren Krankenkassen gemeinsam abgeschlossen. 20 % der Verträge wurden mit Beteiligung von Krankenkassen anderer Kassenarten geschlossen.

Im Jahr 2010 bestanden 57 Verträge mit Pflegeeinrichtungen, im Jahr 2011 waren es 58. Dies macht jeweils einen Anteil von knapp 1 % der Verträge aus. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass dieses Ergebnis noch Mehrfachzählungen enthält. Lediglich 17 Verträge wurden unter Beteiligung von Pflegekassen geschlossen. 11 % der Krankenkassen haben Verträge mit Beteiligung von Medizinprodukteherstellern abgeschlossen und 10 % planten konkret, solche Verträge zu schließen. 13 % der Krankenkassen haben Verträge unter Beteiligung von Unternehmen der pharmazeutischen Industrie geschlossen und 11 % planten konkret solche Abschlüsse.

216. Die bestehenden Verträge zur integrierten Versorgung werden nicht umfassend evaluiert. 17 % der Krankenkassen evaluieren ihre Verträge nie, 56 % nur gelegentlich. Dem stehen lediglich 5 % der Krankenkassen gegenüber, die ihre Verträge immer evaluieren, immerhin 22 % evaluieren meistens. Fast ein Viertel der Krankenkassen, die Evaluationen durchführen, veröffentlichen die Ergebnisse nie und 68 % nur teilweise. Lediglich 10 % publizieren die Evaluationsergebnisse meistens und nur eine Krankenkasse immer. 49 % der Krankenkassen evaluieren ausschließlich oder überwiegend intern, 51 % ausschließlich oder überwiegend extern. Zusammengenommen ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Vertrag extern evaluiert wird und die Ergebnisse zur Publikation gelangen, äußerst gering.

Des Weiteren wurde erhoben, welche Maßnahmen die Krankenkassen zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor ergreifen. Am häufigsten werden Maßnahmen zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen angewandt. Andere häufig genannte Maßnahmen umfassen einen verbesserten Informationsaustausch und transsektorale Behandlungspfade. Umfassendere Maßnahmen zur Überwindung der sektoralen Trennung wie eine gemeinsame elektronische Patientenakte oder eine längere Betreuung von Patienten durch das Krankenhaus werden dagegen auch in der integrierten Versorgung eher selten angewendet.

Beendete Verträge

217. In den Jahren 2008 und 2009 kam es zu einem starken Anstieg der Vertragsbeendigungen. Das Rohergebnis für das Jahr 2008 betrug 701 beendete Verträge, für das Jahr 2009 waren es 741. Im Ergebnis für 2009 sind vermutlich auch viele Verträge enthalten, die zum Beginn dieses Jahres (z. B. 1. Januar 2009) ausgelaufen sind, sodass das Ende der Anschubfinanzierung auch in diesem Jahr noch eine wesentliche Rolle gespielt haben dürfte. Im Jahr

2010 ging die Zahl der beendeten Verträge wieder deutlich zurück, es ergab sich ein Rohergebnis von 545 beendeten Verträgen.

218. Die Krankenkassen gaben an, dass 552 Vertragsbeendigungen auf ein Ende der Anschubfinanzierung zurückgingen. Diese Zahl ist aber erheblich beeinflusst von einer einzigen großen Krankenkasse. Ohne Berücksichtigung dieser Krankenkasse beträgt der Anteil der aus diesem Grund beendeten Verträge knapp 21 % aller 1442 Vertragsbeendigungen in den Jahren 2008 und 2009. Überdies gaben die Krankenkassen an, dass (nach Elimination eines Ausreißers) 10,5 % der 545 Vertragsbeendigungen im Jahr 2010 auf die Sorge vor der Notwendigkeit eines Zusatzbeitrages zurückgingen.

219. Unter den weiteren Gründe für Vertragsbeendigungen nahmen Kostenprobleme die klar dominierende Rolle ein. Das wichtigste Einzelmerkmal sind „Zu hohe Kosten“, aber auch „Mengenausweitungen durch die Leistungserbringer“. Ein „Zu langer Amortisationszeitraum“ deutet ebenfalls darauf hin, dass die beendeten Verträge zumindest kurzfristig für die Krankenkassen nicht wirtschaftlich waren.

Ein anderes gewichtiges Problemfeld stellte die Partizipation der Patienten dar: Als zweitwichtigster Grund für die Beendigung von Verträgen wurde eine „Zu geringe Teilnehmerzahl“ genannt, an fünfter Stelle liegen „Fehlendes Interesse oder Skepsis bei den Patienten“. Die Budgetbereinigung, Rechtsunsicherheit und IT-Probleme haben für die Beendigung der Verträge in diesen Jahren eine geringere Rolle gespielt.

220. Der größte Unterschied zwischen weitergeführten und beendeten Verträgen zeigt sich beim Merkmal „Amortisationsdauer“: 58,8 % der Krankenkassen geben an, dass diese bei den weitergeführten Verträgen geringer sei als bei den beendeten. 27 % aller beendeten Verträge können der Hauptdiagnosegruppe „Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe“ zugeordnet werden. Verträge mit einer Zuordnung zu dieser Kategorie wurden in stark überproportionalem Maße beendet. Ebenfalls überproportional häufig wurden Verträge zu psychischen Erkrankungen beendet, unterproportional häufig dagegen Verträge zur Palliativversorgung.

Erwartungen an die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V aus Sicht der Krankenkassen und Umsetzungshindernisse

221. Der wichtigste Aspekt für die Teilnahme an der integrierten Versorgung ist aus Sicht der Krankenkassen die Steigerung der Qualität, gefolgt von Kostensenkungen und der Steigerung der Zufriedenheit der Patienten. Auch die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und eine bessere Abstimmung zwischen den Sektoren sind von großer Bedeutung. Der Imagegewinn für die Krankenkasse, erweiterte Handlungsmöglichkeiten durch selektive Auswahl von Leistungserbringern und Gestaltung der Vergütung sowie die Möglichkeit zur Anwendung innovativer Behandlungsmethoden im ambulanten Bereich erweisen sich als Aspekte von mittelgroßer Bedeutung. Die Verbesserung von Prävention und die Gewährung von Vergünstigungen für die Versicherten spielen dagegen eine untergeordnete Rolle.

Die Erwartungen der Krankenkassen hat am ehesten die Möglichkeit zur selektiven Auswahl von Leistungserbringern erfüllt, gefolgt von der Steigerung der Patientenzufriedenheit und dem Imagegewinn für die Krankenkassen. Am wenigsten haben sich die Erwartungen an die Verbesserung von Prävention, Kostensenkungen und die Abstimmung zwischen den Sektoren erfüllt.

Die Erwartungslücke ist mit Abstand am größten bei dem Aspekt „Kostensenkungen“. Dieses Ergebnis passt auch gut zu dem Befund, dass zu hohe Kosten der wichtigste Grund für die Beendigung von Verträgen waren. Auch bei Aspekten der Versorgungsverbesserung ist die Erwartungslücke vergleichsweise groß: Qualitätssteigerungen, die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten sowie die Abstimmung zwischen den Sektoren folgen unmittelbar darauf.

222. Als gravierendstes Hindernis für den Abschluss zukünftiger Verträge sehen die Krankenkassen die Notwendigkeit zur Anwendung eines formalisierten Ausschreibungsverfahrens. Der damit verbundene Aufwand dürfte die ohnehin evidenten Kostenprobleme bei Integrationsverträgen noch weiter verschärfen. Dies gilt in besonderem Maße für kleinere Krankenkassen, bei denen solche Kosten pro Vertragsteilnehmer stärker ins Gewicht fallen.

Ein ähnlich schwerwiegendes Hindernis stellen die Regelungen zur Budgetbereinigung dar. Auch hier ist der administrative Aufwand hoch. Überdies besteht die Gefahr, dass in den Verhandlungen mit den KVen einige im Rahmen des Selektivvertrages erbrachten Leistungen nicht als bereinigungsrelevant anerkannt werden und dass der für einen Versicherten zu bereinigende Betrag deutlich unter seinem tatsächlichen Leistungsbedarf liegt. Diese Beurteilung des bestehenden Bereinigungsverfahrens durch die Krankenkassen unterstreicht die Notwendigkeit von Reformen, wie beispielsweise in Abschnitt 7.4 empfohlen.

Entwicklung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V

223. Die in Tabelle 6 dargestellten Werte sind das Ergebnis einer Hochrechnung auf Basis der Versichertenzahl der antwortenden Krankenkassen. Sowohl bei den Vertragszahlen als auch bei den Teilnehmerzahlen und den Ausgaben zeigt sich ein kräftiger Anstieg.

	2008	2009	2010	2011
Verträge	168	322	422	538
Teilnehmer	136 520	144 090	584 330	716 281
Ausgaben	23 636 803	26 803 772	46 784 759	62 553 342

Tabelle 6: Entwicklung der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V

n=61 Krankenkassen

Quelle: Eigene Berechnung

Der wichtigste Aspekt für das Scheitern erfolgversprechender Konzepte zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung waren aus Sicht der Krankenkassen Mengenausweitungen durch die Leistungserbringer. Mehrere Krankenkassen haben in Freitextfeldern angemerkt, dass Mengensteigerungen Verträge nach § 73c SGB V zu Kostentreibern machen. Dieses Problem steht der kostengünstigen Beschaffung von Versorgungsleistungen entgegen, die die Hauptmotivation der Krankenkassen für die Teilnahme an der besonderen ambulanten Versorgung darstellt. Ähnlich wie bei der integrierten Versorgung spielten außerdem Probleme mit der Bereinigung eine wesentliche Rolle. Bei einer Gewichtung nach der Zahl der Versicherten ist dieser Aspekt auch in diesem Kontext der gravierendste. Das geringste Problem scheint die mangelnde Fähigkeit der Krankenkassen zur Beurteilung der Qualität der Ärzte zu sein.

7.6.2 Befragung der Krankenhäuser

Teilnahmequoten und Vertragszahlen

224. 37,1 % der Krankenhäuser haben im Jahr 2010 an der integrierten Versorgung teilgenommen. Die Beteiligung unterscheidet sich stark nach der Bettenzahl. Nur 21,6 % der Krankenhäuser mit einer Bettenzahl zwischen 50 und 149 nehmen teil und 31,4 % der Häuser mit einer Bettenzahl zwischen 150 und 299. Bei einer Bettenzahl zwischen 300 und 499 beläuft sich der Anteil bereits auf 45,5 % und 61,6 % der Häuser ab 500 Betten beteiligen sich an solchen Verträgen.

Erheblich sind die Unterschiede auch, wenn nach der Versorgungsstufe differenziert wird: Während nur rund ein Drittel der Grund- und Regelversorger teilnehmen, sind dies bei den Maximalversorgern über zwei Drittel. Ferner bestehen signifikante Unterschiede nach Siedlungsstrukturtyp. Während sich im ländlichen Raum nur 18,3 % der Häuser an der integrierten Versorgung beteiligen, sind es in Kernstädten 54,9 %. Die Ausprägungen der Variablen Versorgungsstufe und Siedlungsstrukturtyp korrelieren allerdings stark mit der Bettenzahl, so dass die unterschiedlichen Teilnahmequoten partiell auch auf Größeneffekte zurückzuführen sind.

225. Für das Jahr 2010 ergab sich bei den teilnehmenden Krankenhäusern ein Rohergebnis von 626 Verträgen zur integrierten Versorgung, für das Jahr 2011 von 637 Verträgen. Eine Schätzung der Gesamtzahl der Verträge auf Basis der Bettenzahl ergab für das Jahr 2010 ein Ergebnis von 1 490 Verträgen, für das Jahr 2011 von 1 518.

47,8 % aller Häuser tauschen im Rahmen integrierter Versorgungsformen zusätzlich zur herkömmlichen Versorgung strukturierte Einweisungs- und Entlassungsinformationen aus. Ebenfalls 47,8 % der Krankenhäuser wenden zusätzlich spezielle Behandlungspfade und Leitlinien an. Mit deutlichem Abstand dahinter folgen mit 31 % Qualitätszirkel, mit 29,4 % Patientenbefragungen, mit 27,8 % zusätzliche Qualitätsindikatoren und mit 26,3 % Patientenschulungen. Von äußerst geringer Bedeutung sind dagegen zusätzliche Maßnahmen zur

Erkennung und Vermeidung von Fehlern und qualitätsorientierte Vergütung (Pay for Performance). Mit 7,1 % auf dem letzten Platz liegt die gemeinsame elektronische Fall- oder Patientenakte.

Gründe für die Nichtteilnahme an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V

226. Zwei Gründe sind für Krankenhäuser entscheidend, sich nicht an der integrierten Versorgung zu beteiligen: für 46,9 % der nicht teilnehmenden Häuser die Unsicherheit des wirtschaftlichen Erfolges und für 43,5 % der hohe bürokratische Aufwand. Der mit 28,5 % am dritthäufigsten genannte Grund sind fehlende Vertragspartner aufseiten der Krankenkassen. Ähnlich wie bei der Erbringung von Leistungen nach § 116b SGB V spielen zudem für 25,6 % der Häuser potenzielle Konflikte mit nicht teilnehmenden Leistungserbringern, wie z. B. Einweisern, eine durchaus wichtige Rolle. Immerhin 23,8 % der Krankenhäuser können ferner keine nennenswerten Probleme an den Schnittstellen der Versorgung feststellen und beteiligen sich deshalb nicht an der integrierten Versorgung.

Fehlende Kooperationspartner aufseiten der Leistungserbringer, mangelndes Interesse bei den behandelnden Ärzten und Rechtsunsicherheit sind offenbar nur von mittelgroßer Bedeutung für die Nichtteilnahme. Fehlende Teilnahmevoraussetzungen des Krankenhauses wie eine zu geringe Größe oder fehlende Kapazitäten spielen dagegen kaum eine Rolle. Am seltensten werden schließlich Desinteresse oder Skepsis aufseiten der Patienten genannt.

21,7 % aller befragten Krankenhäuser, die bisher nicht an integrierten Versorgungsformen teilnehmen, würden dies innerhalb der nächsten zwei Jahre gerne ändern. Dieses Ergebnis deutet auf ein durchaus erhebliches noch nicht genutztes Potenzial von Krankenhäusern hin.

Beendete Verträge

227. Die Krankenhäuser, die in den Jahren 2008 bis 2010 schon einmal an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V teilgenommen haben, wurden gebeten anzugeben, wie viele ihrer Verträge von Ende 2008 bis Ende 2010 ausgelaufen sind oder beendet oder gekündigt wurden. Die 273 Krankenhäuser, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben, haben zusammen in diesem Zeitraum 197 Verträge beendet. Dabei haben aber nur 41,7 % dieser Häuser einen oder mehrere Verträge beendet, 58,3 % haben keinen Vertrag beendet.

Die Initiative zur Vertragsbeendigung ging in der großen Mehrheit der Fälle von den Krankenkassen aus. 46,6 % der von Vertragsbeendigungen betroffenen Krankenhäuser geben an, dass sie diese Verträge gerne weitergeführt hätten.

Der mit Abstand wichtigste Grund für die Beendigung von Verträgen waren aus Sicht der Krankenhäuser zu geringe Fallzahlen. Dieses Ergebnis passt zu den Angaben der Krankenkassen, dass eine zu geringe Teilnehmerzahl ein entscheidender Anlass für die Beendigung von Verträgen war. An zweiter Stelle nennen die Krankenhäuser eine zu geringe

Vergütung. Insgesamt waren aus Sicht der Krankenhäuser also vor allem wirtschaftliche Gründe für die Beendigung von Verträgen verantwortlich, genauso wie für die Nichtteilnahme an der integrierten Versorgung. Mangelndes Interesse bei den behandelnden Ärzten scheint an dritter Stelle eine größere Rolle für die Beendigung von Verträgen als für die Nichtteilnahme gespielt zu haben.

Fehlendes Interesse oder Skepsis der Patienten hat für die Krankenhäuser genau wie für die Krankenkassen zumindest eine gewisse Rolle bei der Beendigung von Verträgen gespielt, im Gegensatz zu den Gründen für die Nichtteilnahme. Andererseits sind potenzielle Konflikte mit Einweisern, die von den nicht teilnehmenden Krankenhäusern befürchtet werden, offenbar fast ohne Bedeutung für die Beendigung von Verträgen. Dies könnte entweder daran liegen, dass nur solche Krankenhäuser an der integrierten Versorgung teilnehmen, bei denen voraussichtlich keine Konflikte zu erwarten sind, oder daran, dass nicht teilnehmende Häuser dieses Problem überschätzen.

Erwartungen an die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V und Zufriedenheit

228. Wichtigster Grund für die Teilnahme an der integrierten Versorgung war nach Auskunft der Krankenhäuser die Steigerung der Zufriedenheit der Patienten. Die Erfüllung der Erwartungen erreicht bei diesem Aspekt ebenfalls ihren höchsten Wert. Eine Erhöhung der Fallzahlen und eine verstärkte Einweiserbindung sind die zweit- und drittichtigsten Gründe für die Teilnahme. Auch hier dominiert das Motiv der Einnahmesteigerung, und zwar insbesondere die Mengenkomponekte noch vor der Preiskomponekte. Eine bessere oder zusätzliche Vergütung folgt erst auf dem sechsten Platz. Der Imagegewinn für das Krankenhaus auf dem vierten Rang dürfte langfristig ebenfalls das Ziel haben, die Zahl der Patienten mindestens konstant zu halten oder zu erhöhen.

Die für dieses Gutachten besonders interessanten Aspekte der Reduzierung der Schnittstellenprobleme zwischen verschiedenen Sektoren der Gesundheitsversorgung spielen dagegen nur eine untergeordnete Rolle für die Teilnahme der Krankenhäuser an integrierten Versorgungsformen. Auf den letzten fünf Plätzen finden sich (neben den sonstigen Kostensenkungen) eine bessere Abstimmung mit niedergelassenen Ärzten, ein verbessertes Aufnahme- und Entlassungsmanagement, verkürzte Liegezeiten sowie eine Erleichterung der ambulanten Leistungserbringung durch das Krankenhaus. Eine bessere Abstimmung zwischen den Sektoren spielt für die Krankenkassen eine etwas größere Rolle, möglicherweise weil sie selbst stärker von den finanziellen Folgen von Abstimmungsproblemen betroffen sind.

Am stärksten wurden die Erwartungen der Krankenhäuser in Bezug auf die Bindung der Einweiser enttäuscht. Ebenfalls groß ist die Erwartungslücke bei den Fallzahlen und bei der Steigerung der Zufriedenheit der Patienten.

Vergleich zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern

229. 71,6 % der Krankenkassen halten die Qualität in den integrierten Versorgungsformen für besser als in der herkömmlichen Versorgung, 27,2 % für genau gleich gut und nur eine Krankenkasse ist der Ansicht, dass die herkömmliche Versorgung besser sei. Anders als bei den Krankenkassen hält eine große Mehrheit von 69,2 % der Krankenhäuser die Versorgung für genau gleich gut. 5,3 % halten die herkömmliche Versorgung sogar für besser. Nur knapp über ein Viertel der Häuser schätzt die Versorgung in den integrierten Versorgungsformen besser ein. Die Krankenhäuser sind also hinsichtlich der Qualitätseinschätzung deutlich skeptischer als die Krankenkassen.

Ähnliches gilt für die Erfüllung der Erwartungen an die integrierten Versorgungsformen insgesamt. Während knapp die Hälfte der Krankenkassen ihre Erwartungen erfüllt sieht, sind dies bei den Krankenhäusern nur 32 %.

Die geringere Zufriedenheit der Krankenhäuser scheint zunächst im Widerspruch zu der Tatsache zu stehen, dass es insbesondere die Krankenkassen waren, die Verträge beendet haben. Bedenkt man aber, dass die Unzufriedenheit der Krankenhäuser insbesondere daher rührt, dass nicht genug Patienten an den Verträgen teilnehmen und letztlich zu wenig Umsatz generiert wird, so erscheinen diese beiden Befunde kompatibel.

7.7 Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte

230. Eine Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte wurde maßgeblich durch die Stärkung der Patientenrechte bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bewirkt. Bei der grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme geht es im Ausgangspunkt um die Frage, ob und in welchem Umfang ein Kostenträger eines nationalen Gesundheitssystems für die Kosten einer Gesundheitsleistung aufkommen muss, die ein Patient in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union in Anspruch nimmt.

Das europäische Recht räumt Patienten nicht nur über das Sekundärrecht zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (jetzt VO (EG) Nr. 883/2004), sondern seit den grundlegenden Urteilen Decker und Kohll auch über das Primärrecht Rechte bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ein.

Anders als das Verordnungsrecht, dem das Prinzip der Sachleistungsaushilfe zugrunde liegt, richtet sich der aus dem Primärrecht abgeleitete Anspruch auf Kostenerstattung unmittelbar gegen den zuständigen nationalen Kostenträger und ist auf die Höhe des im nationalen System erstattungsfähigen Betrags begrenzt.

Auf diese Rechtsprechung des EuGH zum Kostenerstattungsanspruch bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hat der deutsche Gesetzgeber reagiert und im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vom 14. November 2003

die §§ 13 Abs. 4 und 5 und 140e SGB V geschaffen. Der europäische Gesetzgeber hat die Rechtsprechungsgrundsätze des EuGH aufgegriffen, indem er im März 2011 die „Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ erließ, die bis zum 25. Oktober 2013 in mitgliedstaatliches Recht umzusetzen ist. Die auf Art. 114 und 168 AEUV gestützte Richtlinie zielt gemäß Art. 1 Abs. 1 Satz 1 sowie Erwägungsgrund Nr. 10 darauf ab, Regeln zu schaffen, die den Zugang zu einer sicheren und hochwertigen, grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in der Union erleichtern, die Patientenmobilität gewährleisten und die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten bei der Gesundheitsversorgung fördern.

Bei der Ausgestaltung des Kostenerstattungsanspruchs durch die Richtlinie zeigt sich ein deutlicher Sektorenunterschied: Die Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitsleistungen in einem anderen Mitgliedstaat ist grundsätzlich genehmigungsfrei. Für die stationäre Versorgung kann dagegen ein vorheriges Genehmigungsverfahren vorgesehen werden. Der EuGH hält eine Genehmigung in diesem Bereich für notwendig und angemessen, um eine rationelle, stabile, ausgewogene und gute Krankenhausversorgung sicherzustellen. Mit anderen Worten soll durch das Genehmigungsverfahren dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die stationäre Behandlung im Ausland für die nationalen Kostenträger normalerweise deutlich höhere Kosten verursacht als eine ambulante. Zudem bedürfen Krankenhausbehandlungen einer sehr viel umfassenderen Planung. Es muss vermieden werden, dass dem nationalen Gesundheitswesen doppelte Mehrkosten durch Leerstände in Krankenhäusern im Inland einerseits und zusätzliche Behandlungskosten im Ausland andererseits entstehen. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn sichergestellt ist, dass die Leistung im Inland „innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums geleistet werden“ kann. Der deutsche Gesetzgeber hat von der Möglichkeit des Genehmigungserfordernisses in § 13 Abs. 4 und 5 SGB V Gebrauch gemacht.

Für Patienten ist es damit deutlich unattraktiver, stationäre Behandlungen im europäischen Ausland in Anspruch zu nehmen als ambulante, weil der Kostenerstattungsanspruch ungewiss ist und ein aufwandsintensives Genehmigungsverfahren voraussetzt. Diese Annahme bestätigen die Zahlen der TK-Ergebnisanalyse aus dem Jahr 2007: Danach machen die stationären Behandlungen nur 7 % der Behandlungen von Versicherten der Techniker Krankenkasse im europäischen Ausland aus.

8 Wettbewerb im Leistungsbereich und Zusatzbeitrag

8.1 Der Zusatzbeitrag als Wettbewerbsparameter der Krankenkassen

231. Die Versicherten bzw. Patienten besitzen, wie oben in Abbildung 1 unter 2.4 veranschaulicht, im System der GKV auf zwei Ebenen bzw. in zwei Wettbewerbsfeldern Wahlmöglichkeiten: Zum einen besteht für sie eine Wahloption zwischen verschiedenen konkurrierenden Krankenkassen und zum anderen können sie zwischen verschiedenen Leistungserbringern, die im Wettbewerb miteinander stehen, und ggf. unterschiedlichen Versorgungsformen und Leistungsarten auswählen. Dabei spielt im Versicherungsbereich für die Mitglieder der Beitrag als Preissignal die zentrale Rolle, während die Krankenkassen im Leistungsbereich über die wettbewerbliche Option verfügen, sich u.a. durch selektive Verträge entsprechend den Präferenzen der Versicherten zu differenzieren. Bei hinreichender Transparenz über den Versicherungs- und Leistungsbereich können die Versicherten diese beiden (Wahl-)Entscheidungen auch simultan treffen. Dabei existiert im Versicherungsbereich der GKV bisher eine erheblich höhere (Markt-)Transparenz als im Leistungsbereich. Es liegt nahe, dass die Krankenkassen im Wettbewerb untereinander ihr Augenmerk stärker auf die vergleichsweise augenfälligen und eingängigen Beiträge im Versicherungsbereich als auf die schwer messbaren und eher intransparenten Qualitätsmerkmale und -unterschiede im Leistungsbereich richten. Entsprechend dominiert im Leistungsbereich allzu einseitig der Preis- den Qualitätswettbewerb. Es obliegt daher der wettbewerblichen Rahmenordnung, die Anreize für die Krankenkassen so zu setzen, dass sie sich sowohl beim Preis- als auch beim Qualitätswettbewerb an den Präferenzen der Versicherten orientieren.

232. Da beim vorherrschenden Sachleistungsprinzip in der GKV der Preis bei der Leistungsanspruchnahme für die Nutzer kaum eine Rolle spielt und sie das Leistungsspektrum der Krankenkassen und seine Qualität als weitgehend homogen betrachten, bildete seit Einführung der freien Krankenkassenwahl bis Ende 2008 der Beitragssatz das dominierende Entscheidungskriterium und folglich für die Krankenkassen den dominanten Wettbewerbsparameter. Dieser verlagerte sich mit der Einführung des einheitlichen Beitragssatzes zum Beginn des Jahres 2009 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz auf den Zusatzbeitrag

bzw. die Möglichkeit der Prämienausschüttung. Für die Krankenkassen entfiel damit der Beitragssatz als Wettbewerbsinstrument, nicht aber der Beitrag als solcher, denn es besteht nun die Option, sich im Hinblick auf die Höhe des Beitrags durch die Erhebung eines Zusatzbeitrages oder die Ausschüttung einer Prämie im Versicherungsbereich zu unterscheiden. Diese Umstellung engte den Wettbewerb der Krankenkassen auf der Einnahmeseite keineswegs ein, sondern intensivierte ihn erheblich. Zunächst verstärkt die Fixierung des Beitragssatzes der Arbeitgeber die Intensität des Wettbewerbs, denn die Ausgabenunterschiede zwischen den Krankenkassen schlagen sich nun ausschließlich in den Beiträgen der Arbeitnehmer nieder. Zudem besitzt der Zusatzbeitrag als Pauschale eine höhere Mercklichkeit als Beitragssatzunterschiede und der Arbeitgeber zieht ihn nicht automatisch ein.

233. Infolge des recht hohen allgemeinen Beitragssatzes, bei dessen Festlegung der Gesetzgeber wohl von einer weniger prosperierenden Wirtschaftsentwicklung ausging, und der noch immer recht günstigen Konjunktur liegt der durchschnittliche Zusatzbeitrag momentan bei Null. Gleichwohl können sich, wie auch die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, einzelne Krankenkassen gezwungen sehen, einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu erheben, und sich andere in der Lage befinden, eine Prämie an ihre Mitglieder auszuschütten. Die Ursachen für diese Unterschiede in den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen können u.a. auf folgende Faktoren bzw. Divergenzen zurückgehen:

- Niveau und Struktur von Satzungs- und Mehrleistungen,
- Dichte des Geschäftsstellennetzes und Intensität des Services,
- Einsparungen bei der Kontrolle von Krankenhausrechnungen, Rabattverträgen und Vermeidung oder Reduzierung von Krankengeldansprüchen,
- Management und Kostensenkung im Verwaltungsbereich sowie
- noch bestehende Unvollkommenheiten im Risikostrukturausgleich (RSA).

Sofern der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds übersteigt, besitzt dieses nach § 242b Abs. 1 SGB V einen Anspruch auf Sozialausgleich, dessen Finanzierung aus Steuermitteln erfolgt. Die Bindung dieses Sozialausgleichs an den durchschnittlichen statt an den kassenindividuellen Zusatzbeitrag setzt auch für Mitglieder, die ihren Beitrag nicht selbst zahlen oder Anspruch auf den Sozialausgleich haben, Anreize, in Krankenkassen zu wechseln, die keinen überdurchschnittlichen Zusatzbeitrag erheben. Dies verstärkt zum einen den Wettbewerb und bietet gleichzeitig die Chance einer gewissen Durchmischung der Mitglieder der Krankenkassen in sozialer Hinsicht. Die Finanzierung des Sozialausgleichs aus Steuermitteln führt dazu, dass sich nicht nur Mitglieder der GKV, sondern auch Versicherte der PKV hieran beteiligen. Die Bindung des Sozialausgleichs an die beitragspflichtigen Einnahmen verursacht zwar einen vergleichsweise geringen Verwaltungsaufwand, greift aber in sozialpolitischer Hinsicht zu kurz. Hier beinhaltet im Sinn der finanziellen Leistungsfähigkeit eines Mitglieds die Regelung, die im Rahmen der Überforderungsklausel

nach § 62 Abs. 1 SGB V für Zuzahlungen, z. B. für Arznei- sowie Heil- und Hilfsmittel gilt, mit den „jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt“ die adäquatere Bezugsgröße.

8.2 Die Intensivierung des Krankenkassenwechsels durch den Zusatzbeitrag

234. In den Jahren 2000 bis 2009 wechselten jährlich rund fünf Prozent der GKV-Mitglieder ihre Krankenkasse. Die Preisunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen waren dabei vor Einführung der heute gültigen Beitragssystematik deutlich größer als heute. Für die Zeit bis zum Jahr 2009 wiesen zahlreiche Studien den Beitragssatz als dominanten Wettbewerbsparameter und zentrale Einflussgröße für einen Krankenkassenwechsel aus. Leistungsunterschiede, besondere Versorgungsformen oder Differenzen im Service spielten dagegen nur eine untergeordnete Rolle.

235. Gut drei Jahre nach Einführung der neuen Rechtslage bestätigen empirische Analysen die weiterhin herausragende Bedeutung finanzieller Aspekte. Diejenigen Versicherten, die von einem Zusatzbeitrag betroffen sind bzw. waren, zeigen eine deutlich erhöhte Wechselbereitschaft: Wiederholt wurde die Erhebung eines Zusatzbeitrags als das wesentliche Wechselmotiv der Versicherten identifiziert. Vor allem in den Jahren 2010 und 2011 führte dies zu signifikanten Abwanderungsbewegungen. So sind rund 90 % aller Netto-Mitgliederverluste der gesetzlichen Krankenversicherer bei Krankenkassen mit einem Zusatzbeitrag zu verzeichnen.

Unter den zwanzig größten deutschen Krankenkassen gab es Ende 2011 vier Versicherer, die einen Zusatzbeitrag erhoben. Von Anfang 2010 bis zum 1. Oktober 2011 hatte sich die Mitgliederzahl dieser vier Krankenkassen durchschnittlich um 12,6 % reduziert. Insgesamt verminderte sich alleine bei diesen vier Krankenkassen die Mitgliederzahl in nicht einmal zwei Jahren um über eine Million Personen. Gerade bei jüngeren, gesunden, gebildeten Personen ist die Erhebung eines Zusatzbeitrags Auslöser für einen Krankenkassenwechsel und lässt sich kaum durch zusätzliche Leistungen oder Services des Versicherers kompensieren.

236. Weitere Untersuchungen bestätigen den deutlich intensivierten Preiswettbewerb: Die individuelle Wechselwahrscheinlichkeit betrug vor Einführung von Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag etwa fünf Prozent. Dieser Wert liegt im heutigen System bei etwa zehn Prozent für die Gruppe der von Zusatzbeiträgen betroffenen Versicherten. Bemerkenswert ist auch, dass der umgekehrte Effekt einer Beitragsrückerstattung deutlich geringer ausfällt. Mitglieder ohne Zusatzbeitrag zeigen dieser Studie zufolge eine individuelle Wechselwahrscheinlichkeit von nur rund 3,5 %. Auch lohnt der Blick auf den Zusammenhang von tatsächlich erfolgten Krankenkassenwechseln und vorangegangenen Preiserhöhungen: Während sich die individuelle Wechselwahrscheinlichkeit vor der Reform bei einem Beitragsanstieg von zehn Euro monatlich statistisch von 5,6 % auf 6,5 % (d. h. um 0,9 Prozentpunkte) erhöhte, sind es nach der Reform ca. sechs Prozentpunkte Unterschied. Zudem ist

eine fast dreifache Erhöhung der Preiselastizität der Nachfrage nach Einführung der neuen Beitragsgestaltung im Jahr 2009 festzustellen. Die hohe Wechselintention bereits bei niedrigen Zusatzbeiträgen verdeutlicht den großen Anteil preissensibler Versicherter. Die geringen Spielräume zur Leistungsdifferenzierung der Krankenkassen werden heute kaum von den Versicherten wahrgenommen und vermögen Zusatzbeiträge nicht zu kompensieren.

8.3 Empirische Befunde zur Krankenkassenwahl

237. Zur Gewinnung von Aussagen zu Versichertenpräferenzen bei der Krankenkassenwahl hat der Rat verschiedene Versichertenbefragungen von Krankenkassen sowie thematisch relevante weitere Literatur ausgewertet. Nur in wenigen Studien wurden die Befragten gebeten, verschiedene Preis- oder Leistungsaspekte im Sinne einer Beurteilung des Preis-Leistungsverhältnisses miteinander in Beziehung zu setzen. Die Aussagekraft von Studien, die ohne die Notwendigkeit zur Abwägung oder Bildung von Reihen nach Wünschen der Versicherten fragen, ist reduziert; trotzdem wurden derartige Studien bei sonstiger Eignung nicht ausgeschlossen, weil doch einige Erkenntnisse gewonnen werden konnten. Grundsätzlich ist auch zu berücksichtigen, dass sich ein hoher Anteil der Versicherten am liebsten gar nicht mit dem Thema Krankenversicherungsschutz auseinandersetzen möchte und neuen Wahlmöglichkeiten mit Verunsicherung und Skepsis bis hin zu genereller Ablehnung begegnet.

238. Bezogen auf den vom Versicherten wahrnehmbaren Teil der Wettbewerbsinstrumente können sich die Krankenkassen derzeit im Wesentlichen in folgenden vier Feldern voneinander differenzieren und damit um die Versicherten konkurrieren:

- Preis (Zusatzbeitrag, Prämienausschüttung, beitragsrelevante Wahltarife),
- Qualität/Organisation der Versorgung (z. B. durch integrierte Versorgung, hausarztzentrierte Versorgung, spezielle Netzwerke etc.),
- Umfang des Leistungsangebots/Leistungsmenge (z. B. zusätzliche Vorsorgeangebote, Satzungsleistungen, kulante Leistungsbewilligungen etc.),
- Serviceaspekte (Geschäftsstellennetz, Hotlines etc.).

239. Zunächst ist festzuhalten, dass die identifizierten Befragungen und Studien, welche die Präferenzen der Versicherten bei der Wahl ihrer Krankenversicherung erheben, nahezu einhellig zu der Erkenntnis gelangen, dass Preisargumente (früher der Beitragssatz und heute der Zusatzbeitrag) für eine Wechsel- oder Bleibeentscheidung von herausragender Bedeutung sind. Nur wenn Zusatzbeiträge bzw. Prämienzahlungen im Abwägungsprozess des Versicherten keine Rolle spielen (d. h. weder die bisherige noch die ggf. neue Krankenkasse ein solches Preissignal aussendet), sind auch weitere Argumente von Bedeutung. Eine weitere wichtige Ausnahme stellen Personen ohne Wechselintention dar. So sind Leistungsargumente vor allem für nicht akut wechselinteressierte Kunden von Bedeutung und tragen

bei diesen auch zum Bleibewillen bei – dies gilt zumindest so lange, wie kein Unzufriedenheit stiftendes Ereignis in Form der Erhebung eines Zusatzbeitrags eintritt.

Die Analyse der Leistungsseite zeigt, dass viele verschiedene Einzelmaßnahmen zur Zufriedenheit der Versicherten beitragen können. Bei der Bewertung der Erkenntnisse sollte jedoch auch berücksichtigt werden, dass sich in mehreren Studien Hinweise darauf finden, dass die Versicherten die Leistungsangebote ihrer Krankenkasse kaum kennen.

Aus einigen Studien bzw. Befragungen ist ableitbar, dass die Versicherten vor allem Zusagen einer besonders hohen Versorgungsqualität und guten Behandlungskoordination sowie einer "Vorzugsbehandlung" mit Zugang zu Innovationen und einem speziellen Fachärzte-Netzwerk hohe Nutzenwerte beimessen. Andererseits hat auch die freie Wahl der Leistungserbringer einen hohen Stellenwert bei den Versicherten. Rund 40 % der Versicherten würden diese Freiheit selbst dann nicht aufgeben, wenn zusätzlich zu einer besseren Koordination der Versorgung eine finanzielle Kompensation angeboten würde. Bei der Erklärung dieses vermeintlichen Widerspruchs mag es eine Rolle spielen, wie hoch die Versicherten die Glaubwürdigkeit des Versprechens einer besseren Koordination einschätzen.

Einige Studien deuten zudem auf die Bedeutung erweiterter Vorsorgeangebote oder anderer präventiver Gesundheitsförderungsangebote sowie des Images hin. Dagegen sind Aspekte wie das Angebot alternativer Heilbehandlungen oder die Vor-Ort-Erreichbarkeit in Form eines dichten Geschäftsstellennetzes von – relativ zu den anderen Punkten bewertet – geringerer Relevanz für die Versicherten. Insgesamt ist bezüglich dieser leistungsseitigen Argumente der Krankenkassen jedoch festzuhalten, dass derzeit keinem dieser einzelnen Aspekte von den Versicherten Nutzenwerte zugeordnet werden, die die Erhebung eines Zusatzbeitrags kompensieren könnten.

240. Zu den Wahlтарifen liegen zwar keine eindeutigen Aussagen aus Befragungen oder Studien vor, allerdings könnte aus den konkreten Teilnehmerzahlen auf die Präferenzen der Versicherten geschlossen werden. Die hohe Teilnehmerzahl von ca. 8,5 Mio. Versicherten in Wahlтарifen für besondere Versorgungsformen (nach §§ 63, 73b, 73c, 137f oder 140a SGB V) bestätigt auf den ersten Blick die bereits identifizierte Präferenz für Angebote zur Steigerung der Versorgungsqualität bzw. Behandlungskoordination. Fraglich ist an dieser Stelle jedoch, ob den hier eingeschriebenen Versicherten tatsächlich immer bewusst ist, dass sie sich einem Wahlтарif angeschlossen haben.

241. Um die im Rahmen dieses Unterkapitels gewonnenen Erkenntnisse zusammenzufassen, ist es nötig auf die zu Beginn genannten Kategorien wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten zurückzukommen. Hier ergibt sich – mit gewissen Unschärfen – aus Sicht der Versicherten die folgende Reihung:

1. Preis,
2. Qualität/Organisation der Versorgung,

3. Umfang des Leistungsangebots/Leistungsmenge,
4. Serviceaspekte.

Unterschiede der präferenzgeleiteten Versicherungswahl bestehen vor allem nach Alter, Geschlecht, Gesundheitsstatus und Informationsstand der Versicherten. Beim Krankenkassenwechsel zeigen sich junge, gutverdienende und besser gebildete Versicherte flexibler als ältere und gesundheitlich eingeschränkte Versicherte. Letztere sind allerdings diejenigen, die die Qualität der Versorgung (und damit auch die Leistungsmenge und Organisationsleistung des Versicherers) anhand eigener Erfahrungen beurteilen können.

Exkurs: Eigene Erhebung zu den Wettbewerbsparametern der Krankenkassen

a) Bedeutung bestehender Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Wettbewerb

242. Zur Einstellung der Krankenkassen liegen im Gegensatz zu den Versicherten kaum Studien vor. Der Rat hat deshalb in seiner Befragung der Krankenkassen (siehe 7.6) einen zweiten Teil zu den Wettbewerbsparametern der Krankenkassen eingeschlossen.

Im Fokus der Untersuchung standen drei Fragestellungen:

- Welche Bedeutung haben die bereits existierenden Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Wettbewerb und in welchem Maße werden sie genutzt?
- Welche Bedeutung hat der Zusatzbeitrag für das Handeln der Krankenkassen?
- Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten wünschen sich die Krankenkassen?

Instrumente zur Kostensenkung

243. Die Krankenkassen wurden gebeten, die Bedeutung verschiedener Instrumente zur Kostensenkung auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu bewerten, wobei größere Zahlen eine höhere Bedeutung implizieren (1= gar nicht wichtig; 5 = äußerst wichtig). Die Mittelwerte dieser Bewertungen sind in Tabelle 7 dargestellt.

Instrumente	Mittelwert
Prüfung von Krankenhausrechnungen	4,77
Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen	4,45
Vermeidung oder Reduzierung von Krankengeldansprüchen	3,81
Prüfungen bei ambulanten Ärzten (Abrechnungen, Verordnungen etc.)	3,65
Case Management	3,51
Verträge mit Hilfsmittelherstellern	3,46
Prüfung von Heil- und Hilfsmittelverordnungen	3,44
Effizienzsteigerungen in der Verwaltung	3,26
Management der Leistungspflicht anderer Sozialversicherungsträger (Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung)	3,11
Kassenindividuelle Gestaltung der hausarztzentrierten Versorgung	3,10
Gezielte Präventionsmaßnahmen (Einsparungen auch aus Maßnahmen vorheriger Jahre)	3,09
Bekämpfung (sonstigen) Fehlverhaltens im Gesundheitswesen, z. B. Missbrauch von Versichertenkarten	3,04
Verträge zur integrierten Versorgung	2,96
Vereinbarungen mit Leistungserbringern über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 128 Abs. 6 SGB V	2,91
Kassenindividuelle Gestaltung von Rehabilitationsmaßnahmen	2,82
Kassenindividuelle Gestaltung strukturierter Behandlungsprogramme	2,74
Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung	2,73
Zurückhaltende Gewährung von Rehabilitationsleistungen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben	2,54

Tabelle 7: Instrumente der Krankenkassen zur Kostensenkung (Beurteilung aus Sicht der Krankenkassen)

n=87 Krankenkassen

Quelle: Eigene Berechnungen

Die Prüfung von Krankenhausrechnungen liegt klar auf dem ersten Platz. Die geringe Streuung der Antworten zeigt zudem, dass sich die Krankenkassen in dieser Beurteilung weitgehend einig sind. Mit großem Abstand vor den übrigen Maßnahmen sind Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen das zweitwichtigste Instrument zur Kostensenkung.

Drittwichtigste Maßnahme ist das Krankengeldmanagement. Viele Krankenkassen prüfen bereits vor Eintritt von Krankengeldzahlungen, ob tatsächlich eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt und welche Hilfestellungen ggf. zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gewährt werden können. An vierter Stelle finden sich Prüfungen bei ambulanten Ärzten. Die Bedeutung dieser Prüfungen dürfte nach der Umsetzung des GKV-VStG sogar noch zunehmen.

An fünfter Stelle liegt das Case Management. Durch auf individuelle Versicherte zugeschnittene Beratungs- und Koordinationsleistungen wird versucht, insbesondere ausgabenintensive Patienten besser, effektiver und günstiger zu behandeln. An sechster Stelle folgen Verträge mit Hilfsmittelherstellern nach § 127 SGB V. Weitere Prüfmaßnahmen befinden sich auf den Plätzen sieben, neun und zwölf. Auf Platz acht liegen Effizienzsteigerungen in der krankenkasseneigenen Verwaltung. An zehnter Stelle befindet sich

die kassenindividuelle Gestaltung der hausarztzentrierten Versorgung. Mit Platz elf schaffen es Präventionsmaßnahmen nur ins untere Mittelfeld. Die häufig geäußerte Auffassung, dass Prävention keinen wesentlichen Beitrag zur Kostensenkung leisten kann, scheint von den Krankenkassen geteilt zu werden.

Eher skeptisch werden die meisten Möglichkeiten der Krankenkassen zur Versorgungssteuerung beurteilt, nämlich Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V, die kassenindividuelle Gestaltung von Rehabilitationsmaßnahmen und strukturierten Behandlungsprogrammen und zuletzt Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Die ungünstige Beurteilung von DMPs ist nicht überraschend, da die Krankenkassen faktisch nur sehr wenige eigene Gestaltungsmöglichkeiten besitzen und sich die Programme verschiedener Kostenträger kaum unterscheiden. Die schlechte Bewertung von Verträgen zur besonderen ambulanten Versorgung ist konsistent mit den Befragungsergebnissen in Unterkapitel 7.6 zu dieser Versorgungsform, in der insbesondere Mengenausweitungen durch die Leistungserbringer und Bereinigungsprobleme (mit der Folge von Doppelzahlungen) von den Krankenkassen beklagt wurden.

Ebenfalls ungünstig bewertet werden Vereinbarungen mit Leistungserbringern zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 128 Abs. 6 SGB V. Die deutlich schlechteste Bewertung hat eine zurückhaltende Gewährung von Rehabilitationsleistungen erhalten. Hierbei könnte es sich freilich um „sozial erwünschtes Antwortverhalten“ der Befragten handeln.

Instrumente zur Steigerung der Versorgungsqualität und der Zufriedenheit der Versicherten

244. Ganz anders als bei den Potenzialen zur Kostensenkung schneiden Präventionsmaßnahmen hier am besten ab, gefolgt von Satzungsleistungen. Das Case Management an dritter Stelle scheint sich auch zum Zwecke der Qualitätssteigerung gut zu eignen. Auch Selektivverträge zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V und zur besonderen ambulanten Versorgung auf den Plätzen vier und fünf werden im Hinblick auf die Qualität deutlich positiver beurteilt. Es folgen Patienteninformation und -beratung, großzügige Leistungsgewährung, Zuzahlungsermäßigungen, Wahltarife, Zusatzversicherungen und Rehabilitationsmaßnahmen. Kritischer beurteilt werden die kassenindividuelle Gestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen und der hausarztzentrierten Versorgung. Noch schlechter schneiden Vereinbarungen mit Leistungserbringern nach § 128 Abs. 6 SGB V und Verträge mit Kassenärztlichen Vereinigungen zur Förderung der Qualität ab. Abgeschlagen auf den letzten Plätzen finden sich die Vermittlung von Behandlungen im Ausland und die Selbsthilfeförderung.

Werden die Antworten der Krankenkassen mit ihren Versichertenzahlen gewichtet, ergeben sich erhebliche Unterschiede. Patienteninformation und -beratung ist großen Krankenkassen offenbar besonders wichtig. Die Selektivvertragsoptionen integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V und besondere ambulante Versorgung können große

Krankenkassen nach eigenen Angaben noch mehr für Versorgungsverbesserungen nutzen als kleine.

245. Wegen der im GKV-VStG vorgesehenen Erweiterung der Möglichkeiten zum Angebot von Satzungsleistungen wurde dieses Instrument in der Befragung des Rates genauer untersucht. Genau die Hälfte der Krankenkassen geht davon aus, dass diese Ausgaben in den nächsten zwei Jahren ansteigen werden. 44 % erwarten dagegen keine Veränderung und 6 % gehen sogar von einem Rückgang aus. Von den neuen Möglichkeit für Satzungsleistungen wird mit Abstand am häufigsten ein Ausbau der bisher schon dominierenden Präventionsleistungen genannt. 45,8 % aller Krankenkassen wollen diese Option höchstwahrscheinlich nutzen, nur 9,6 % schließen dies aus. Dieses Ergebnis ist auch konsistent mit der sehr positiven Bewertung der Prävention als Mittel zur Steigerung von Qualität und Versicherungszufriedenheit. 32,6 % aller Krankenkassen planen, Einzelverträge mit nicht zugelassenen Leistungserbringern zu schließen. Die nicht im GKV-VStG enthaltenen Leistungen Psychotherapie und ambulante Behandlung am Krankenhaus schneiden in der Beurteilung der Krankenkassen deutlich besser ab als viele andere mögliche Satzungsleistungen. Die mit Abstand größte Ablehnung erfährt die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (45,7 %).

Bei ungewichteten Ergebnissen zeigt sich, dass eine Mehrheit der Krankenkassen von 62,5 % zusätzliche Leistungen lieber im Rahmen von Satzungsleistungen anbieten möchte, nur 30 % bevorzugen Wahltarife. Bei einer Gewichtung nach Versicherten kehren sich diese Mehrheitsverhältnisse allerdings um: 50 % möchten die Leistungen lieber als Wahltarife erbringen und nur 42 % als Satzungsleistungen. Hier zeigen sich unterschiedliche relative Wertschätzungen kleiner und großer Krankenkassen für Satzungsleistungen und Wahltarife. Beispielsweise könnte der administrative Aufwand bei Kalkulation, Genehmigung und Bekanntmachung von Wahltarifen für viele kleine Krankenkassen stärker abschreckend wirken.

Im Hinblick auf die Vertragskonditionen wäre es z. B. vorstellbar, dass die Mindestbindungsfristen – zumindest innerhalb eines gesetzlichen Rahmens – von den Kostenträgern selbst festgelegt werden. Denkbar sind auch Wartezeiten, wie sie in der privaten Assekuranz üblich sind. Hierdurch könnte z. B. verhindert werden, dass Versicherte sich genau dann für Wahltarife entscheiden, wenn sie die entsprechende Leistung in Anspruch nehmen möchten. 67 % aller Krankenkassen wünschen sich solche Möglichkeiten, bei der Gewichtung nach Versicherten steigt dieser Wert auf 86 %. 60 % aller Krankenkassen wünschen sich größere Gestaltungsspielräume bei den Prämien der Wahltarife. Bei einer Gewichtung nach Versicherten steigt dieser Wert auf 83 %.

Effizienz verschiedener Instrumente aus Sicht der Krankenkassen

246. Mehrere der betrachteten Instrumente der Krankenkassen eignen sich grundsätzlich sowohl zur Senkung von Kosten als auch zur Steigerung der

Versorgungsqualität. Daher wurde der Mittelwert dieser beiden Beurteilungen gebildet. Dieser kann als ein ungefähres Maß für die Effizienz eines Instrumentes aus Sicht der Krankenkassen interpretiert werden, da er die Beurteilungsdimensionen Qualität und Kosten gleichzeitig berücksichtigt.

Am effizientesten scheint demnach das Case Management zu sein. Dies ist umso bemerkenswerter, als dieses im Gegensatz zu den meisten anderen hier aufgeführten Instrumenten niemals besonders gefördert wurde. Eine Zahlenangabe zu den Personen, bei denen die Krankenkassen Case Management betreiben, ist jedoch problematisch, da sehr unterschiedliche Aktivitäten von Krankenkassen unter diesem Begriff subsumiert werden. Entsprechend vorsichtig sind die Ergebnisse zu interpretieren. Nach eigenen Angaben betreiben die Krankenkassen im Durchschnitt bei 2,1 % der Versicherten Case Management. Auf die gesamte GKV hochgerechnet wären dies rund 1,4 Millionen Menschen. Dieses Ergebnis ist allerdings durch einige Ausreißer nach oben verzerrt. Der Median liegt bei unter einem Prozent, so dass eher von etwa 700 000 Menschen, bei denen Case Management betrieben wird, ausgegangen werden sollte.

Präventionsaktivitäten folgen auf dem zweiten Platz vor Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V und zur besonderen ambulanten Versorgung. Noch im Mittelfeld liegt die hausarztzentrierte Versorgung. Rehabilitationsmaßnahmen und strukturierte Behandlungsprogramme werden als weniger effizient angesehen. Auf dem letzten Platz finden sich Vereinbarungen mit den Leistungserbringern nach § 128 Abs. 6 SGB V.

Deutlich anders fallen die Ergebnisse aus, wenn die Antworten mit der Zahl der Versicherten gewichtet werden. In diesem Fall werden Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V als effizientestes Instrument gesehen. Auch die strukturierten Behandlungsprogramme schneiden deutlich besser ab, genauso wie die hausarztzentrierte Versorgung. Prävention wird von den großen Krankenkassen dagegen als weniger effizient eingeschätzt. Auch hier bilden die Vereinbarungen nach § 128 Abs. 6 SGB V das Schlusslicht.

Einstellung der Krankenkassen zum Zusatzbeitrag

247. Durch Ausübung ihrer bisher diskutierten Handlungsoptionen können die Krankenkassen Einfluss auf die Höhe des von ihnen zu erhebenden Zusatzbeitrages nehmen. Dieser wird von vielen als der wichtigste Parameter im Kassenwettbewerb angesehen. Große Einigkeit besteht darin, dass die Versicherten deutlich stärker auf den Zusatzbeitrag als auf die früheren Beitragssatzunterschiede reagieren. Nach Ansicht von 87 % der Krankenkassen trifft dies voll oder überwiegend zu. Eine ebenfalls große Mehrheit der Krankenkassen ist der Ansicht, dass der Zusatzbeitrag auch in den nächsten Jahren der mit Abstand wichtigste Wettbewerbsparameter bleiben wird. 89 % der Krankenkassen geben an, dass dies voll oder überwiegend zutrifft.

Etwas geringer ist die Zustimmung zu der Aussage, dass es zu einem massiven Mitgliederschwund käme, wenn die eigene Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erheben würde. Noch weniger Krankenkassen stimmen uneingeschränkt der Aussage zu, dass auch eine höhere Qualität von Versorgung und Service den Mitgliederschwund durch Zusatzbeiträge nicht aufhalten könnte. 33 % der Krankenkassen sind aber immer noch der Ansicht, dass dies vollkommen zuträfe und 39 % meinen, dass dies überwiegend der Fall sei.

Ein umgekehrtes Bild ergibt sich jedoch, wenn die Krankenkassen nach ihrem tatsächlichen Verhalten befragt werden. Nur 5 % geben an, dass sie aus Sorge vor der Notwendigkeit eines Zusatzbeitrages schon einmal Verträge zu besonderen Versorgungsformen beendet oder erst gar nicht abgeschlossen haben. Der geringe Anteil von Krankenkassen, für die der Zusatzbeitrag einen Einfluss auf ihr Vertragshandeln hat, könnte auch darin begründet sein, dass viele der antwortenden Krankenkassen über so ausreichende Finanzpolster verfügen, dass der Zusatzbeitrag für sie aktuell keine reale Bedrohung darstellt. Ferner dürften die im Verhältnis zu den Gesamtausgaben sehr geringen zusätzlichen Kosten für Verträge zu besonderen Versorgungsformen auch keine relevante Bedeutung für den Zusatzbeitrag haben.

Das Ergebnis zum Einfluss des Zusatzbeitrags auf das Vertragsgebaren der Krankenkassen ist konsistent mit den Ergebnissen der Befragung zu den Gründen für die Beendigung von Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V, bei der ebenfalls ein relativ geringer Anteil von Krankenkassen eine Bedeutung des Zusatzbeitrags bestätigt hatte. Allerdings wurde dort nur nach den Gründen für die Beendigung von Verträgen bis einschließlich 2010 gefragt. Der Zusatzbeitrag landete auch nie auf den vordersten Plätzen, wenn nach Hindernissen für den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung und zur besonderen ambulanten Versorgung gefragt wurde.

Bei dem Anteil der Leistungsausgaben, den die Krankenkassen nach eigener Einschätzung selbst gestalten und beeinflussen können (im Gegensatz zu gesetzlich oder durch gemeinsames und einheitliches Handeln bestimmte Ausgaben) ergab sich ein Mittelwert von 4,7 %. Es ist plausibel zu vermuten, dass große Krankenkassen mehr Einfluss auf ihre Ausgaben ausüben können. Dies wird daran deutlich, dass sich bei einer Gewichtung der Antworten mit der Zahl der Versicherten ein Wert von 6,3 % ergibt. Insgesamt zeigen diese Ergebnisse aber, wie begrenzt die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Verhältnis zum Gesamtgeschehen im Gesundheitswesen noch sind.

b) Gewünschte weitere Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen

248. 79 % aller Krankenkassen haben im Rahmen dieser Befragung angegeben, dass sie gerne einen größeren Anteil ihrer Ausgaben selbst gestalten würden. Immerhin 21 % lehnen dies dagegen ab. Bei einer Gewichtung nach der Zahl der Versicherten wünschen

97,5 % größere Gestaltungsmöglichkeiten. Dies macht sehr deutlich, dass vor allem Krankenkassen mit wenigen Versicherten keinen verschärften Wettbewerb wünschen.

Das selektive Kontrahieren mit Krankenhäusern, das bisher nur im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V möglich ist, genießt die höchste Priorität. Die zweithöchste Priorität wurde erweiterten Prüfmöglichkeiten bei ambulanten Leistungen und Rechnungen zugesprochen. An dritter Stelle folgen Möglichkeiten zum selektiven Kontrahieren im Rahmen der mit dem GKV-VStG neu geschaffenen spezialfachärztlichen Versorgung. In diesem neuen Versorgungsbereich ist aber bisher keine selektivvertragliche Steuerung vorgesehen (vgl. Kapitel 6). An vierter Stelle folgen erweiterte Möglichkeiten zum Angebot von Satzungsleistungen, wie sie das GKV-VStG vorgesehen hat, gefolgt von erweiterten Möglichkeiten zum Angebot von Wahlтарifen. Die Wiedereinführung der Anschubfinanzierung besitzt an sechster Stelle eine eher mittlere Priorität. Es folgt mit den Gruppentarifen eine Maßnahme, die bereits in früheren Entwürfen des GKV-VStG vorgesehen war. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung möchten die Krankenkassen weniger gerne übernehmen, möglicherweise, weil die Aufgabe oft unbeliebte Entscheidungen erfordert und sich sehr aufwändig gestalten kann.

Eine geringe Priorität besitzt die Einführung eines Innovationsfonds. Hier könnte bei vielen Krankenkassen die Befürchtung bestehen, keine Zuteilung bzw. durch Vorwegabzug entsprechend geringere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten. An letzter Stelle liegen schließlich erweiterte Möglichkeiten zum Betreiben von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen.

Die Krankenkassen wurden ferner gebeten anzugeben, ob sie die zuvor mit Prioritäten bewerteten Maßnahmen selber durchführen würden, wenn hierzu die Möglichkeit bestünde. Den höchsten Anteil an Ja-Antworten hat die Prüfung ambulanter Abrechnungen erhalten. An zweiter Stelle liegen die Satzungsleistungen. Ansonsten ist die Rangfolge nach Ja-Antworten weitgehend identisch mit der Prioritätenfolge.

Massiv ändern sich jedoch die Anteile der Ja-Antworten, wenn die Antworten mit der Zahl der Versicherten der jeweiligen Krankenkasse gewichtet werden. Bei den drei aus Krankenkassensicht wichtigsten Maßnahmen antworteten deutlich über 90 % mit Ja. Auch die Wiedereinführung der Anschubfinanzierung schneidet mit 89 % sehr gut ab, ebenso wie der Innovationsfonds mit 86 %. Auch hier zeigt sich, dass größere Krankenkassen eigenen Gestaltungsmöglichkeiten generell positiver gegenüberstehen.

Selektives Kontrahieren

249. Sowohl Krankenkassen als auch Krankenhäuser wurden gefragt, ob sie verschiedene Varianten des selektiven Kontrahierens nutzen würden, wenn hierzu die Möglichkeit bestünde. Die erwartungsgemäß höchste Zustimmung der Krankenhäuser findet sich mit 73 % bei höheren Fallpauschalen im Gegenzug für zusätzliche

Qualitätsanforderungen. Aber auch 37 % der Krankenkassen würden diese Möglichkeit nutzen. Die mit 46 % zweithöchste Zustimmung bei den Krankenhäusern und mit 64 % höchste Zustimmung bei den Krankenkassen findet die Budgetverantwortung des Krankenhauses für die gesamte Behandlungskette. Bei dieser Variante besteht die insgesamt größte Übereinstimmung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Sie ist auch deshalb vielversprechend, weil sie Ansätze zur Überwindung der Sektorengrenzen bietet.

Die mit 63 % zweithöchste Zustimmung bei den Krankenkassen findet die Auswahl der Krankenhäuser nach Qualitätskriterien (im Falle elektiver Leistungen). Mit 26 % ist hier die Zustimmung der Krankenhäuser aber am geringsten, so dass vergleichsweise wenige Vertragsabschlüsse zu erwarten sind.

Mit zunehmender Größe nimmt sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Krankenhäusern grundsätzlich die Bereitschaft zum selektiven Kontrahieren zu. Bei großen Einheiten ergeben sich folglich noch deutlich günstigere Übereinstimmungswerte als die hier gezeigten.

8.4 Die wettbewerblichen Perspektiven des Zusatzbeitrags

250. Die erwartete Intensivierung des Krankenkassenwechsels und damit des Wettbewerbs verstärkten noch Teile der Politik und der Medien, indem sie den Zusatzbeitrag als einen Indikator der Ineffizienz stigmatisierten. Einen weiteren Grund für die erhebliche Intensivierung des Krankenkassenwechsels infolge der Einführung von Zusatzbeiträgen bildete sein anfängliches und derzeitiges Referenzniveau von Null. Um Missverständnissen vorzubeugen: Es geht in diesem Gutachten nicht um die grundsätzlichen Vor- und Nachteile von Gesundheitspauschalen gegenüber einkommens- bzw. lohnabhängigen Beiträgen. Das derzeit existierende Referenzniveau tendiert jedoch dahin, bereits bei geringen Preisdifferenzen erhebliche Reaktionen der Versicherten auszulösen. Es macht unter wettbewerblichen Aspekten einen durchaus relevanten Unterschied, ob eine Krankenkasse ausgehend von einem Referenzniveau von Null oder einem von 40 Euro einen um 8 Euro höheren Zusatzbeitrag erhebt. Vor dem Hintergrund dieser grundsätzlichen und situativen Aspekte konnte es nicht überraschen, dass es keiner Krankenkasse mit einem Zusatzbeitrag gelang, diesen preislichen Nachteil durch komparative Vorzüge im Leistungsbereich zu kompensieren.

251. Die empirischen Befunde zeigen, dass die preisliche Komponente im Versicherungsbereich für die Versicherten auch schon vor Einführung der Zusatzbeiträge den dominanten Grund für einen Wechsel der Krankenkasse darstellte. Qualitätsunterschiede zwischen den Leistungsangeboten spielten – sofern überhaupt vorhanden – schon wegen ihrer mangelnden Transparenz eine deutlich geringere wettbewerbliche Rolle. Da die Zusatzbeiträge den Preiswettbewerb im Versicherungs- und damit einhergehend auch im Leistungsbereich verschärften, konzentrierten sich die Krankenkassen in den Jahren 2010

und 2011 weiterhin einseitig auf die preisliche Komponente und der Qualitätswettbewerb blieb trotz einiger Bemühungen des Gesetzgebers in statu nascendi stecken. Unbeschadet der Bedeutung des Preiswettbewerbs gilt es aus zielorientierter Sicht zu vermeiden, dass ein einseitiger, kurzfristig orientierter Wettbewerb um die Vermeidung von Zusatzbeiträgen einen längerfristig angelegten Qualitätswettbewerb um innovative Versorgungsformen gar nicht erst entstehen lässt. Hierzu bedarf die Ausrichtung der Krankenkassen einer längerfristigen Perspektive und einer entsprechenden Planungssicherheit. Gleichzeitig setzt ein funktionsfähiger Qualitätswettbewerb, neben validen Indikatoren, bei den Leistungserbringern und ihren Verbänden die Bereitschaft voraus, sich diesen Prozessen zu stellen und in Vereinbarungen mit den Krankenkassen entsprechende Vergütungssysteme zu implementieren.

252. Angesichts der momentan überaus günstigen finanziellen Lage des Gesundheitsfonds können die Krankenkassen, die derzeit einen Zusatzbeitrag erheben, diesen entsprechend ihren Ankündigungen in diesem Jahr wieder abschaffen. Eine solche finanzielle Entwicklung war vom Gesetzgeber bei Einführung des Gesundheitsfonds kaum vorhersehbar und ihre Effekte auf die Zusatzbeiträge wohl auch nicht intendiert. Es steht zu erwarten, dass sich als Folge dieser Nivellierung der Zusatzbeiträge der Krankenkassenwechsel und damit auch der Preiswettbewerb im Versicherungsbereich in diesem und nächsten Jahr erheblich abschwächt. Krankenkassen, die derzeit – auch dank der unerwartet günstigen konjunkturellen Entwicklung – beachtliche Überschüsse erzielen, können diese grundsätzlich dazu nutzen, um

1. Prämien an ihre Mitglieder auszuschütten,
2. Rücklagen aufzubauen bzw. diese zu verstärken,
3. Satzungsleistungen, insbesondere nach § 11 Abs. 6 SGB V zu beschließen oder
4. in innovative Versorgungskonzepte zu investieren.

253. Vor dem Hintergrund der ab dem Jahr 2013 absehbaren finanziellen Entwicklung der GKV, bei der die beitragspflichtigen Einnahmen selten stärker als die Ausgaben anwachsen dürften, erscheint die Entscheidung der Krankenkassen, derzeitige Überschüsse ihren Rücklagen zuzuführen, in wettbewerblicher Hinsicht nicht nur verständlich, sondern sogar rational. Sofern eine Krankenkasse ihre Überschüsse in Form von Prämien an ihre Mitglieder auszahlen würde, müsste sie diese Prämiengewährung später wieder aufkündigen und zudem dann früher einen Zusatzbeitrag erheben, sodass einer für die Mitglieder positiven Handlung später zwei negative Entscheidungen entgegenstehen. Zudem bewerten die Versicherten bzw. Mitglieder eine Prämiengewährung, wie die Ergebnisse von Umfragen bestätigen, nicht im gleichen Maße positiv, wie sie Zusatzbeiträge als negativ beurteilen. Ferner besitzen die Versicherten bzw. Mitglieder nach § 175 Abs. 4 SGB V ein (Sonder-)Kündigungsrecht, wenn eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erstmalig erhebt, ihn erhöht oder eine Prämienzahlung verringert. Schließlich geht jede Änderung von Prämienzahlungen und Zusatzbeiträgen für die Krankenkassen mit administrativen Friktionskosten einher.

254. Sofern man der abgeschwächten Wechselbereitschaft der Versicherten infolge der in diesem und im nächsten Jahr fehlenden Zusatzbeiträge entgegenwirken möchte, bieten sich folgende grundsätzliche Optionen an:

1. Reduktion des Steuerzuschusses bei gegebenem allgemeinen Beitragssatz von 15,5%,
2. Senkung des allgemeinen Beitragssatzes bei gleichbleibendem Steuerzuschuss,
3. Rückkehr zum System unterschiedlicher Beitragssätze (ggf. mit hälftiger Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer) sowie
4. Verpflichtung der Krankenkassen zu Prämienzahlungen, wenn ihre Rücklagen die zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit nach § 261 Abs. 2 SGB V geforderten Reserven um einen bestimmten Prozentsatz übersteigen.

Die Senkung des Steuerzuschusses mit dem Ziel, einen Zusatzbeitrag zu generieren, stellt unter ordnungspolitischen Aspekten eine fragwürdige Maßnahme dar. Über diesen Zuschuss und seine Höhe lässt sich zwar streiten, einmal gewährt sollte er im Sinne einer Planungssicherheit der Krankenkassen, aber nicht von der finanziellen Lage des Gesundheitsfonds und der Mehrzahl der Krankenkassen – nicht alle verfügen über erhebliche Rücklagen – abhängen. Aus ordnungspolitischer Sicht sollte er unabhängig von seiner jeweils gewählten Form und Höhe dauerhaft verankert werden, um den Krankenkassen stabile Rahmenbedingungen zu gewähren.

Eine Senkung des allgemeinen Beitragssatzes sollte zielorientiert so erfolgen, dass der dadurch erzeugte Zusatzbeitrag sowohl zu einem funktionsfähigen Wettbewerb im Versicherungsbereich führt als auch im Leistungsbereich einen Spielraum für einen wirksamen Qualitätswettbewerb eröffnet. Dies setzt aber, wie bereits angedeutet, ad hoc einen durchschnittlichen Zusatzbeitrag voraus, der deutlich oberhalb des derzeitigen Referenzniveaus von Null liegt. Andernfalls dürfte die Intensität des Krankenkassenwechsels ein ähnliches Niveau wie bei Einführung der Zusatzbeiträge in den Jahren 2010 und 2011 erreichen und die Bemühungen um eine stärkere Implementierung des Qualitätswettbewerbs im Leistungsbereich tendenziell eher erschweren. Wettbewerbliche Aspekte würden insofern für einen höheren durchschnittlichen Zusatzbeitrag sprechen, bei dem die Differenzen zwischen den Krankenkassen zwar als Preissignale wirken, aber keine hektischen Krankenkassenwechsel erzeugen. Zu einer solchen Finanzierungsreform konnte sich der Gesetzgeber bei Einführung des Gesundheitsfonds aber nicht entscheiden und hierzu besteht derzeit wohl auch keine politische Bereitschaft.

Die Rückkehr zum System unterschiedlicher Beitragssätze mit hälftiger Finanzierung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer verspricht weder im Versicherungsbereich noch im Leistungsbereich eine nachhaltige Verbesserung im Hinblick auf einen funktionsfähigen Preis- und Qualitätswettbewerb, denn die hälftige Finanzierung verzerrt das Preissignal für die Versicherten und schwächt damit im Versicherungsbereich grundsätzlich die Wettbewerbsintensität.

Die gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, unter bestimmten Bedingungen Prämien an ihre Versicherten bzw. Mitglieder auszuschütten, engt ihren Spielraum sowohl im Versicherungs- als auch im Leistungsbereich ein und widerspricht der wettbewerblichen Intention, sie vom reinen „Payer“ zum gestaltenden „Player“ im Gesundheitswesen zu machen. Abgesehen von einer Einschränkung ihrer Autonomie im Versicherungsbereich dürfte dieser Zwang die Neigung der Krankenkassen, im Leistungsbereich innovative Versorgungsmodelle zu implementieren und sich über höhere Leistungsqualitäten gegenüber ihren Versicherten zu profilieren, eher reduzieren.

255. Die skizzierten Optionen besitzen gegenüber dem geltenden System und seinen unter den gegebenen Bedingungen sich abzeichnenden Perspektiven insgesamt gesehen keine komparativen Vorzüge. Nach dem sehr starken Krankenkassenwechsel in den beiden ersten Jahren nach Einführung des Gesundheitsfonds und der Zusatzbeiträge erscheint eine Abschwächung dieser Entwicklung infolge temporär abgeschaffter Zusatzbeiträge schon deshalb unproblematisch, weil im geltenden System schon ab 2014 bei zahlreichen Krankenkassen wieder Zusatzbeiträge anfallen dürften, was den Preiswettbewerb im Versicherungsbereich dann erneut stimulieren wird. Diskretionäre Eingriffe des Gesetzgebers würden die Planungssicherheit der Krankenkassen gefährden und für die vom Rat angestrebten innovativen Versorgungsprojekte sowie wettbewerblichen Prozesse hinsichtlich der Leistungsqualität eher ungünstigere Voraussetzungen schaffen. Trotz der momentanen Dominanz des Preissignals im Versicherungsbereich bekunden die Versicherten in Umfragen auch nennenswerte Präferenzen für qualitative Elemente im Leistungsbereich. Diese gilt es aus Sicht des Rates im Sinne einer effizienten und effektiven Versorgung zu fördern und mit dem Ziel eines funktionsfähigen Qualitätswettbewerbs für die Versicherten transparenter zu machen.

Anhang

Gliederung der Langfassung

- 1 Problemstellung und Schwerpunkte des Gutachtens
 - 1.1 Die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens im Widerstreit der Meinungen
 - 1.2 Inhalt und Aufbau des Gutachtens
 - 1.3 Literatur

- 2 Wettbewerb als Instrument zur Realisierung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung
 - 2.1 Der Wettbewerb als Element unterschiedlicher Allokationsmechanismen
 - 2.2 Ebenen von Effizienz- und Effektivitätspotenzialen
 - 2.3 Ziele und Leitbilder der Gesundheitsversorgung
 - 2.4 Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen
 - 2.5 Preis- und Qualitätswettbewerb
 - 2.6 Grundlegende Aspekte des Kartell- und Vergaberechts
 - 2.6.1 Wettbewerbsschutz durch Kartellrecht im Gesundheitswesen
 - 2.6.2 Die Anwendbarkeit des Vergaberechts auf die gesetzlichen Krankenkassen
 - 2.6.3 Zum Verhältnis von Kartell- und Vergaberecht
 - 2.7 Literatur

- 3 Voraussetzungen für einen zielführenden Wettbewerb im Gesundheitswesen
 - 3.1 Die bestehenden Wettbewerbsparameter der Krankenkassen
 - 3.2 Umfang und Struktur der Beschäftigten aus wettbewerblicher Sicht
 - 3.2.1 Determinanten des Fachkräftebedarfs
 - 3.2.2 Die Situation der Fachkräfte vor dem Hintergrund der demografischen Alterung
 - 3.2.3 Projektionen der Fachkräfteentwicklung im Gesundheitswesen
 - 3.2.4 Handlungsansätze zur Sicherung der für einen Qualitätswettbewerb notwendigen Fachkräfte
 - 3.2.5 Fazit und Empfehlungen
 - 3.3 Stärkung der Nutzerkompetenz als Voraussetzung eines zielführenden Wettbewerbs
 - 3.3.1 Informationsasymmetrien auf Leistungsmärkten
 - 3.3.2 Wachsende Bedeutung der Patienten-/Nutzerinformation und -beratung
 - 3.3.3 Patienten-/Nutzerinformation und -beratung in Deutschland
 - 3.3.4 Fazit und Empfehlungen
 - 3.4 Literatur

- 4 Sicherstellung von Versorgungskontinuität als Kernaufgabe des Schnittstellenmanagements
 - 4.1 Herausforderungen des Schnittstellenmanagements und wettbewerbliche Aspekte
 - 4.2 Gesetzlicher Rahmen
 - 4.3 Schnittstellenmanagement vonseiten der Ärzte
 - 4.4 Entlassungsmanagement durch den Sozialdienst und die Pflege
 - 4.5 Fazit und Empfehlungen
 - 4.6 Literatur

- 5 Sektorenübergreifender und populationsorientierter Qualitätswettbewerb
 - 5.1 Qualitätsindikatoren
 - 5.2 Stand der Qualitätsmessung und -transparenz
 - 5.2.1 Qualitätssicherung im stationären Sektor
 - 5.2.2 Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung
 - 5.2.3 Qualitätssicherung in der Pflege
 - 5.2.4 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
 - 5.2.5 Qualitätssicherung durch Follow up-Erhebungen
 - 5.2.6 Qualitätstransparenz (Public Reporting) und Wettbewerb
 - 5.3 Wettbewerb um die Qualität sektorengleicher Verfahren
 - 5.3.1 Qualitätsvergleich niedergelassener Fachärzte und Krankenhäuser
 - 5.3.2 Risikoadjustierung
 - 5.3.3 Risiken der Qualitätstransparenz
 - 5.3.4 Empfehlung zu sektorengleichen Leistungen
 - 5.4 Wettbewerb um sektorenübergreifende Versorgung
 - 5.4.1 Populationsbezogene Indikatoren
 - 5.4.2 Sterblichkeit
 - 5.4.3 Regionale Varianzen in der verringerbaren Sterblichkeit
 - 5.4.4 Indikatoren für die ambulante Versorgung
 - 5.4.5 Vermeidbare Krankenhauseinweisungen
 - 5.4.6 Regionale Varianzen in den vermeidbaren Krankenhauseinweisungen
 - 5.5 Sozioökonomische Risikoadjustierung
 - 5.6 Organisation und Verantwortung
 - 5.7 Fazit und Empfehlungen
 - 5.8 Literatur

- 6 Wettbewerbsbedingungen an der Sektorengrenze zwischen ambulant und stationär
 - 6.1 Potenziale ambulanter Leistungserbringung
 - 6.2 Effizienzsteigernder Wettbewerb aus theoretischer Sicht
 - 6.3 Zielorientierter Wettbewerb im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V
 - 6.4 Zielorientierter Wettbewerb im Bereich des ambulanten Operierens

- 6.5 Zielorientierter Wettbewerb im Bereich MVZ
- 6.6 Zielorientierter Wettbewerb im Bereich belegärztlicher Leistungen
- 6.7 Fazit und Empfehlungen
- 6.8 Literatur

- 7 Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen durch selektive Verträge
 - 7.1 Eingeschränkte Vertragsfreiheit infolge von Überregulierung
 - 7.2 Weiterentwicklung und Erweiterung der selektiven Vertragsoptionen
 - 7.3 Gezielte Förderung von Versorgungsinnovationen und Versorgungsforschung
 - 7.4 Bereinigung der ambulanten ärztlichen Vergütung
 - 7.4.1 Grundzüge der kollektivvertraglichen ambulanten ärztlichen Vergütung
 - 7.4.2 Ordnungspolitische Notwendigkeit eines Bereinigungsverfahrens
 - 7.4.3 Aktuell gültige Bereinigungsverfahren
 - 7.4.4 Alternative Bereinigungsverfahren
 - 7.5 Zuweisung gegen Entgelt
 - 7.6 Ergebnisse einer Befragung zur integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V
 - 7.6.1 Befragung der Krankenkassen
 - 7.6.2 Befragung der Krankenhäuser
 - 7.7 Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte
 - 7.7.1 Die Wanderarbeitnehmerverordnung
 - 7.7.2 Die Rechtsprechung des EuGH
 - 7.7.3 Die Reaktionen auf die Rechtsprechung des EuGH von Seiten des deutschen und deseuropäischen Gesetzgebers
 - 7.7.4 Ambulante und stationäre Behandlung – Zwei Geschwindigkeiten bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme
 - 7.7.5 Zwischenfazit
 - 7.8 Fazit und Empfehlungen
 - 7.9 Literatur

- 8 Wettbewerb im Leistungsbereich und Zusatzbeitrag
 - 8.1 Der Zusatzbeitrag als Wettbewerbsparameter der Krankenkassen
 - 8.2 Die Intensivierung des Krankenkassenwechsels durch den Zusatzbeitrag
 - 8.3 Empirische Befunde zur Krankenkassenwahl
 - 8.4 Die wettbewerbpolitischen Perspektiven des Zusatzbeitrages
 - 8.5 Literatur

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Fünftes Sozialgesetzbuch

Fünftes Kapitel

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

§ 142

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Geschäftsstelle ein.

(2) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen sowie den Sachverständigenrat mit der Erstellung von Sondergutachten beauftragen.

(3) Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in der Regel zum 15. April, erstmals im Jahr 2005, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.

Mitglieder des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille

Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre
Universität Mannheim
(Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld

Prof. Dr. med. Marion Haubitz

Medizinische Klinik III (Nephrologie)
Klinikum Fulda gAG

Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld

Prof. Dr. med. Petra A. Thürmann

Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie
HELIOS Klinikum Wuppertal

Prof. Dr. Gregor Thüsing, LL.M. (Harvard)

Institut für Arbeitsrecht und Recht der Sozialen Sicherung
Universität Bonn

Gutachten des Sachverständigenrates

Jahresgutachten 1987

Medizinische und ökonomische Orientierung

Baden-Baden 1987

Jahresgutachten 1988

Medizinische und ökonomische Orientierung

Baden-Baden 1988

Jahresgutachten 1989

Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung

Baden-Baden 1989

Jahresgutachten 1990

Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung

Baden-Baden 1990

Jahresgutachten 1991

Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland

Baden-Baden 1991

Sondergutachten 1991

Stabilität ohne Stagnation? *abgedruckt im Jahresgutachten 1992*

Baden-Baden 1992

Jahresgutachten 1992

Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa

Baden-Baden 1992

Sachstandsbericht 1994

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 –
Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen
Baden-Baden 1994

Sondergutachten 1995

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 –
Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit
Baden-Baden 1995

Sondergutachten 1996

Gesundheitswesen in Deutschland,
Kostenfaktor und Zukunftsbranche
Band I
Demographie, Morbidität,
Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung
Baden-Baden 1996

Sondergutachten 1997

Gesundheitswesen in Deutschland,
Kostenfaktor und Zukunftsbranche
Band II
Fortschritt, Wachstumsmärkte,
Finanzierung und Vergütung
Baden-Baden 1998

Gutachten 2000/2001

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit
Band I
Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation
Band II
Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege
Band III
Über-, Unter- und Fehlversorgung

Band III.1

Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker

Band III.2

Ausgewählte Erkrankungen ischämische Herzkrankheiten, Schlaganfall und chronische, obstruktive Lungenkrankheiten

Band III.3

Ausgewählte Erkrankungen Rückenleiden, Krebserkrankungen und depressive Störungen

Band III.4

Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

Addendum

Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Baden-Baden 2002

Gutachten 2003

Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität

Band I

Finanzierung und Nutzerorientierung

Band II

Qualität und Versorgungsstrukturen

Baden-Baden 2003

Gutachten 2005

Koordination und Qualität im Gesundheitswesen

Band I

Kooperative Koordination und Wettbewerb,
Sozioökonomischer Status und Gesundheit, Strategien der Primärprävention

Band II

Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, Hilfs- und Heilmittel in der GKV,
Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln

Stuttgart 2006

Gutachten 2007

Kooperation und Verantwortung –
Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung

Band I

Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten
Gesundheitsversorgung,
Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer
effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung,
Integrierte Versorgung in der GKV: Entwicklung, Stand und Perspektiven,
Finanzierung und Planung des Krankenhauswesens

Band II

Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der
Gesundheitsversorgung,
Primärprävention in vulnerablen Gruppen
Baden-Baden 2008

Sondergutachten 2009

Koordination und Integration –
Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Band I

Einleitung: Generationenspezifische Versorgung als Koordinationsproblem
Generationenspezifische Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund des demografischen
Wandels
Spezielle Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen
Spezielle Versorgungsanforderungen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter
(transitional care)
Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen

Band II

Status quo und Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung
Ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung
Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug

Baden-Baden 2010