
SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

**Wettbewerb an der Schnittstelle
zwischen ambulanter und stationärer
Gesundheitsversorgung**

Sondergutachten 2012

Inhaltsübersicht

Vorwort	5
Gliederung	7
Verzeichnis der Tabellen im Text	11
Verzeichnis der Abbildungen im Text	13
Abkürzungsverzeichnis	16
Teil I:	
Wettbewerb mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung	
1. Problemstellung und Schwerpunkte des Gutachtens	23
2. Wettbewerb als Instrument zur Realisierung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung	35
3. Voraussetzungen für einen zielführenden Wettbewerb im Gesundheitswesen	65
Teil II:	
Grundlegende Probleme und Lösungsansätze an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor	
4. Sicherstellung von Versorgungskontinuität als Kernaufgabe des Schnittstellenmanagements	137
5. Sektorenübergreifender und populationsorientierter Qualitätswettbewerb	177
6. Wettbewerbsbedingungen an der Sektorengrenze zwischen ambulant und stationär	237
7. Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen durch selektive Verträge	309
8. Wettbewerb im Leistungsbereich und Zusatzbeitrag	387
Anhang	428

Vorwort

Mit diesem 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 Szeccsenyi, 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.

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

Bonn, im Juni 2012

Ferdinand M. Gerlach

Wolfgang Greiner

Marion Haubitz

Doris Schaeffer

Petra Thürmann

Gregor Thüsing

Eberhard Wille

Gliederung

Teil I: Wettbewerb mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung

1	Problemstellung und Schwerpunkte des Gutachtens	23
1.1	Die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens im Widerstreit der Meinungen	23
1.2	Inhalt und Aufbau des Gutachtens	29
1.3	Literatur	33
2	Wettbewerb als Instrument zur Realisierung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung	35
2.1	Der Wettbewerb als Element unterschiedlicher Allokationsmechanismen	35
2.2	Ebenen von Effizienz- und Effektivitätspotenzialen	37
2.3	Ziele und Leitbilder der Gesundheitsversorgung	41
2.4	Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen	43
2.5	Preis- und Qualitätswettbewerb	46
2.6	Grundlegende Aspekte des Kartell- und Vergaberechts	47
2.6.1	Wettbewerbsschutz durch Kartellrecht im Gesundheitswesen	47
2.6.2	Die Anwendbarkeit des Vergaberechts auf die gesetzlichen Krankenkassen	54
2.6.3	Zum Verhältnis von Kartell- und Vergaberecht – Umfassende Anwendung des GWB auf die gesetzlichen Krankenkassen macht Vergaberecht nicht entbehrlich	59
2.7	Literatur	61
3	Voraussetzungen für einen zielführenden Wettbewerb im Gesundheitswesen	65
3.1	Die bestehenden Wettbewerbsparameter der Krankenkassen	65
3.2	Umfang und Struktur der Beschäftigten aus wettbewerblicher Sicht	70
3.2.1	Determinanten des Fachkräftebedarfs	71
3.2.2	Die Situation der Fachkräfte vor dem Hintergrund der demografischen Alterung	72
3.2.3	Projektionen der Fachkräfteentwicklung im Gesundheitswesen	78
3.2.4	Handlungsansätze zur Sicherung der für einen Qualitätswettbewerb notwendigen Fachkräfte	86
3.2.5	Fazit und Empfehlungen	93
3.3	Stärkung der Nutzerkompetenz als Voraussetzung eines zielführenden Wettbewerbs	94
3.3.1	Informationsasymmetrien auf Leistungsmärkten	95
3.3.2	Wachsende Bedeutung der Patienten-/Nutzerinformation und -beratung	98

3.3.3	Patienten-/Nutzerinformation und -beratung in Deutschland	101
3.3.4	Fazit und Empfehlungen	114
3.4	Literatur	121
 Teil II: Grundlegende Probleme und Lösungsansätze an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor		
4	Sicherstellung von Versorgungskontinuität als Kernaufgabe des Schnittstellenmanagements	137
4.1	Herausforderungen des Schnittstellenmanagements und wettbewerbliche Aspekte	137
4.2	Gesetzlicher Rahmen	139
4.3	Schnittstellenmanagement vonseiten der Ärzte	140
4.4	Entlassungsmanagement durch den Sozialdienst und die Pflege	158
4.5	Fazit und Empfehlungen	166
4.6	Literatur	170
5	Sektorenübergreifender und populationsorientierter Qualitätswettbewerb	177
5.1	Qualitätsindikatoren	178
5.2	Stand der Qualitätsmessung und -transparenz	184
5.2.1	Qualitätssicherung im stationären Sektor	185
5.2.2	Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung	187
5.2.3	Qualitätssicherung in der Pflege	190
5.2.4	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	191
5.2.5	Qualitätssicherung durch Follow up-Erhebungen	192
5.2.6	Qualitätstransparenz (Public Reporting) und Wettbewerb	195
5.3	Wettbewerb um die Qualität sektorengleicher Verfahren	199
5.3.1	Qualitätsvergleich niedergelassener Fachärzte und Krankenhäuser	199
5.3.2	Risikoadjustierung	200
5.3.3	Risiken der Qualitätstransparenz	200
5.3.4	Empfehlung zu sektorengleichen Leistungen	202
5.4	Wettbewerb um sektorenübergreifende Versorgung	202
5.4.1	Populationsbezogene Indikatoren	203
5.4.2	Sterblichkeit	205
5.4.3	Regionale Varianzen in der verringerbaren Sterblichkeit	209
5.4.4	Indikatoren für die ambulante Versorgung	215
5.4.5	Vermeidbare Krankenhauseinweisungen	216
5.4.6	Regionale Varianzen in den vermeidbaren Krankenhauseinweisungen	221

5.5	Sozioökonomische Risikoadjustierung	223
5.6	Organisation und Verantwortung	225
5.7	Fazit und Empfehlungen	226
5.8	Literatur	229
6	Wettbewerbsbedingungen an der Sektorengrenze zwischen ambulant und stationär	237
6.1	Potenziale ambulanter Leistungserbringung	237
6.2	Effizienzsteigernder Wettbewerb aus theoretischer Sicht	242
6.3	Zielorientierter Wettbewerb im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V	246
6.4	Zielorientierter Wettbewerb im Bereich des ambulanten Operierens	281
6.5	Zielorientierter Wettbewerb im Bereich MVZ	291
6.6	Zielorientierter Wettbewerb im Bereich belegärztlicher Leistungen	299
6.7	Fazit und Empfehlungen	301
6.8	Literatur	304
7	Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen durch selektive Verträge	309
7.1	Eingeschränkte Vertragsfreiheit infolge von Überregulierung	309
7.2	Weiterentwicklung und Erweiterung der selektiven Vertragsoptionen	312
7.3	Gezielte Förderung von Versorgungsinnovationen und Versorgungsforschung	316
7.4	Bereinigung der ambulanten ärztlichen Vergütung	320
7.4.1	Grundzüge der kollektivvertraglichen ambulanten ärztlichen Vergütung	320
7.4.2	Ordnungspolitische Notwendigkeit eines Bereinigungsverfahrens	322
7.4.3	Aktuell gültige Bereinigungsverfahren	326
7.4.4	Alternative Bereinigungsverfahren	334
7.5	Zuweisung gegen Entgelt	338
7.6	Ergebnisse einer Befragung zur integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V	340
7.6.1	Befragung der Krankenkassen	340
7.6.2	Befragung der Krankenhäuser	364
7.7	Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte	375
7.7.1	Die Wanderarbeitnehmerverordnung	376
7.7.2	Die Rechtsprechung des EuGH	376

7.7.3	Die Reaktionen auf die Rechtsprechung des EuGH von Seiten des deutschen und des europäischen Gesetzgebers	377
7.7.4	Ambulante und stationäre Behandlung – Zwei Geschwindigkeiten bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme	378
7.7.5	Zwischenfazit	379
7.8	Fazit und Empfehlungen	379
7.9	Literatur	383
8	Wettbewerb im Leistungsbereich und Zusatzbeitrag	387
8.1	Der Zusatzbeitrag als Wettbewerbsparameter der Krankenkassen	387
8.2	Die Intensivierung des Krankenkassenwechsels durch den Zusatzbeitrag	390
8.3	Empirische Befunde zur Krankenkassenwahl	394
8.4	Die wettbewerbspolitischen Perspektiven des Zusatzbeitrages	421
8.5	Literatur	426
	Anhang zu Kapitel 4	428
	Anhang zu Kapitel 7.6	429
	Anhang zu Kapitel 8.3	432

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Gesundheitsquote, Gesundheitsausgaben und BIP des Jahres 2009	24
Tabelle 2:	Beschäftigte und Vollzeitäquivalente (VZÄ) in Pflegeberufen (2000 und 2009)	77
Tabelle 3:	Projektionsergebnisse zum Ersatzbedarf für die vertragärztliche Versorgung sowie für den ambulanten und stationären insgesamt (in Klammern)	79
Tabelle 4:	Fachkräftemangel in der Pflege – Ergebnisse verschiedener Studien	83
Tabelle 5:	Gesamtbedarf an Beschäftigten (VZÄ) in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (nach SGB XI)	84
Tabelle 6:	Einflussfaktoren auf einen zukünftigen Ärztemangel.....	90
Tabelle 7:	Beispiel für die Entwicklung von leitlinienbasierten Indikatoren	180
Tabelle 8:	Beispielrechnung: Patientin mit Brustkrebs, Diagnose im Screening, neoadjuvante Chemotherapie, sekundäre Operation, postoperative Radiatio im Rahmen der Studie, Nachsorge und Qualitätssicherung*	195
Tabelle 9:	Indikatoren potenziell verringerbarer Sterblichkeit	208
Tabelle 10:	Indikatoren potenziell vermeidbarer Krankenhauseinweisungen	220
Tabelle 11:	Verweildauer von aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten/-innen (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) nach Anzahl der Verweildauertage im Jahr 2010	238
Tabelle 12:	Durchschnittliche Verweildauer, Anzahl stationärer Behandlungsfälle, Anzahl Kurzlieger, Anzahl ambulante Operationen im Krankenhaus im Zeitverlauf.....	240
Tabelle 13:	Repräsentativität der erhobenen Stichprobe.....	251
Tabelle 14:	Leistungserbringung von Krankenhäusern im Bereich § 116b SGB V	252
Tabelle 15:	Gründe für oder gegen einen Antrag auf Zulassung zur ambulanten spezialfachärztlichen Leistungserbringung (Mehrfachantwort möglich)	254
Tabelle 16:	Anzahl der Zulassungen (und Klagen) je Indikation (bundesweit) – Stand September 2011	257
Tabelle 17:	Vergleich des § 116b-Geschehens nach Bundesländern (dargestellt sind %-Anteile der Krankenhäuser)	261
Tabelle 18:	Anteile von Anträgen und Zulassungen je Bettengrößenklasse, n=984 Anträge.....	263
Tabelle 19:	Fallzahl je Krankenhaus, Erlös je Fall – dargestellt je Bettengrößenklasse	263
Tabelle 20:	Anteile von Anträgen und Zulassungen je Siedlungsstrukturtyp, n=985 Anträge	265
Tabelle 21:	Formen der Leistungserbringung von Krankenhäusern an der Schnittstelle ambulant-stationär (%-Anteil von Krankenhäusern > 50 Betten)	267
Tabelle 22:	Anzahl ambulanter Operationen im Krankenhaus, Zahl teilnehmender Krankenhäuser sowie Fallzahlen je Haus (im Zeitverlauf).....	284
Tabelle 23:	Anzahl und Fallzahlen bei Krankenhäusern, die ambulante Operationen nach § 115b SGB V erbringen (im Jahr 2010)	285
Tabelle 24:	Anteil ambulanter Operationen an allen Operationen (bezogen auf ein definiertes Vergleichskollektiv) im internationalen Vergleich.....	287

Tabelle 25:	Verschiedene Kennzahlen zu Medizinischen Versorgungszentren im Zeitverlauf (außer 2011 jeweils zum Stand Ende eines Jahres).....	294
Tabelle 26:	Anzahl Belegärzte und Belegbetten über den Zeitverlauf.....	300
Tabelle 27:	Krankenkassenartenbezogene Rücklaufquoten	342
Tabelle 28:	Versichertenbezogene Rücklaufquoten	343
Tabelle 29:	Entwicklung der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V	345
Tabelle 30:	Anteile und Anzahl der Teilnehmer nach Krankenkassenart (2010).....	348
Tabelle 31:	Anteil an den Gesamtausgaben für integrierte Versorgungsformen nach Kassenarten	350
Tabelle 32:	Zusammensetzung der Ausgaben für integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V (nach KJ1, korrigiert)	350
Tabelle 33:	Hauptdiagnosegruppen (MDC) der beendeten Verträge in Anlehnung an das DRG-System.....	357
Tabelle 34:	Entwicklung der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V	362
Tabelle 35:	Motive für die Teilnahme an Verträgen nach § 73c SGB V	363
Tabelle 36:	Teilnahmequoten an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V nach Subgruppen	365
Tabelle 37:	Anteil der Krankenhäuser mit einer bestimmten Zahl von Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V in verschiedenen Jahren.....	367
Tabelle 38:	Kompensationspotenziale verschiedener Services und Leistungen in Euro.....	393
Tabelle 39:	Gründe für einen möglichen Krankenkassenwechsel, Angaben in Prozent; n = 374 Mitglieder (die über einen Krankenkassenwechsel nachdenken)	397
Tabelle 40:	Versicherte in den verschiedenen Wahlтарifen nach § 53 SGB V	399
Tabelle A-1	Leistungserbringung von Krankenhäusern (Prozentanteil von allen Krankenhäusern mit über 50 Betten)	428
Tabelle A-2	Einfluss der Bettenzahl	428
Tabelle A-3	Einfluss der Trägerschaft.....	428
Tabelle A-4	Gründe für die Beendigung von Verträgen (ungewichtet)	429

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1:	Lebenserwartung von Frauen im Jahr 2009 in ausgewählten OECD-Ländern	25
Abbildung 2:	Lebenserwartung von Männern im Jahr 2009 in ausgewählten OECD-Ländern.....	25
Abbildung 3:	Mittlere jährliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Frauen, 1960-2009, ausgewählte OECD-Länder	27
Abbildung 4:	Mittlere jährliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Männern, 1960-2009, ausgewählte OECD-Länder	27
Abbildung 5:	Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen	44
Abbildung 6:	Selektives Kontrahieren in den besonderen Versorgungsformen.....	67
Abbildung 7:	Entwicklung der Vertrags- und Krankenhausarztzahlen (1993-2010).....	74
Abbildung 8:	Komplikationsindex bei Knie-TEP mit Routinedaten	193
Abbildung 9:	Aufwand der Dokumentation und Qualitätssicherung bei Brustkrebs.....	194
Abbildung 10:	Durch Früherkennung potenziell verringerbare Sterblichkeit bei Krebserkrankungen	210
Abbildung 11:	Durch verbesserte Behandlung potenziell verringerbare Sterblichkeit bei akuten Infektionskrankheiten	211
Abbildung 12:	Durch verbesserte Behandlung potenziell verringerbare Sterblichkeit bei Infektionen und Parasiten ohne Sepsis, Leistenbruch, Influenza und Blinddarmentzündung (Appendizitis).....	212
Abbildung 13:	Durch verbesserte Behandlung potenziell verringerbare Sterblichkeit bei chronischen Erkrankungen I.....	213
Abbildung 14:	Durch verbesserte Behandlung potenziell verringerbare Sterblichkeit bei chronischen Erkrankungen II.....	214
Abbildung 15:	Amputationen an den unteren Extremitäten bei Diabetes mellitus	222
Abbildung 16:	Soziale Schichtung der Krankenversicherungsmitglieder.....	223
Abbildung 17:	Anteil der Mitglieder mit körperlichen Einschränkungen.....	224
Abbildung 18:	Durchschnittliche Verweildauer, Anzahl stationärer Behandlungsfälle, Anzahl Kurzlieger, Anzahl ambulante Operationen am Krankenhaus im Zeitverlauf als Indexwert (Index: Basisjahr 2002).....	239
Abbildung 19:	Internationaler Vergleich zur Häufigkeit von stationären Fällen im Verhältnis zu Kosten pro stationärem Fall im Jahr 2008 (in US\$-KKP)	240
Abbildung 20:	GKV-Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlungen im Krankenhaus (§ 116b SGB V), über den Zeitverlauf in Euro	249
Abbildung 21:	Dauer des Prüfverfahrens bis zur Entscheidung über Leistungserbringung nach § 116b SGB V; nach Einschätzung der Krankenhäuser (in % der Krankenhäuser mit Erfahrung einer Antragsstellung, n=173 Krankenhäuser)	255
Abbildung 22:	Vergleich der § 116b-Bewilligungsanteile nach Indikationen, n=988 Anträge.....	258
Abbildung 23:	Anzahl § 116b SGB V-Zulassungen und Anzahl anhängiger Klagen nach Bundesländern (Stand 09/2011).....	259
Abbildung 24:	Vergleich der § 116b-Bewilligungsanteile nach Bundesländern, n=991 Anträge	260

Abbildung 25:	Anteil Krankenhäuser mit 1.) geeignetem Leistungsspektrum, 2.) mindestens einer erfolgten Antragsstellung, 3.) mindestens einer erteilten Zulassung (laut Selbstauskunft) – dargestellt nach Bettengrößenklassen, n=624 Krankenhäuser	262
Abbildung 26:	Anteil Krankenhäuser mit 1.) geeignetem Leistungsspektrum, 2.) mindestens einer erfolgten Antragsstellung, 3.) mindestens einer erteilten Zulassung (laut Selbstauskunft) – dargestellt nach Siedlungsstrukturklassen, n=628 Krankenhäuser.....	264
Abbildung 27:	Anteil der Krankenhäuser mit Aktivität in verschiedenen Formen der ambulanten Leistungserbringung – dargestellt nach Bettengrößenklassen	268
Abbildung 28:	Anteil der Krankenhäuser mit Aktivität in verschiedenen Formen der ambulanten Leistungserbringung – dargestellt nach Siedlungsstrukturklassen.....	269
Abbildung 29:	Anzahl ambulanter Operationen sowie teilstationärer, vorstationärer und nachstationärer Leistungen im Krankenhaus über den Zeitverlauf	283
Abbildung 30:	GKV-Ausgaben für ambulante Operationen über den Zeitverlauf.....	283
Abbildung 31:	Anzahl Medizinischer Versorgungszentren im Zeitverlauf (insgesamt und unter Beteiligung eines Krankenhauses).....	294
Abbildung 32:	Anzahl Medizinischer Versorgungszentren je KV-Bezirk (Stand 1. Quartal 2011).....	295
Abbildung 33:	Komponenten der Gesamtbruttovertragszahlen in den Jahren 2008 bis 2011	346
Abbildung 34:	Anteile an den Gesamtvertragszahlen nach Krankenkassenarten im Jahr 2010	347
Abbildung 35:	Zusätzliche Maßnahmen zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V	353
Abbildung 36:	Gründe für die Beendigung von Verträgen (ungewichtet)	355
Abbildung 37:	Wichtigkeit verschiedener Aspekte für die Teilnahme an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V und Erfüllung der Erwartungen (ungewichtet).....	359
Abbildung 38:	Regulierungsbedingte Hemmnisse für den Abschluss zukünftiger Verträge (ungewichtet)	360
Abbildung 39:	Gründe für das Scheitern erfolgversprechender Konzepte zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (vor und nach Vertragsabschluss)	364
Abbildung 40:	Im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V zusätzlich angewandte Qualitätssicherungsmaßnahmen	368
Abbildung 41:	Gründe für die Nichtteilnahme an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V	369
Abbildung 42:	Initiatoren von Vertragsbeendigungen in %	371
Abbildung 43:	Gründe für die Beendigung von Verträgen.....	372
Abbildung 44:	Wichtigkeit verschiedener Aspekte für die Teilnahme an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V und Erfüllung der Erwartungen	374
Abbildung 45:	Bedeutung verschiedener Instrumente zur Kostensenkung aus Sicht der Krankenkassen (ungewichtet).....	403
Abbildung 46:	Instrumente zur Steigerung der Versorgungsqualität und der Zufriedenheit der Versicherten (ungewichtet)	408
Abbildung 47:	Instrumente zur Steigerung der Versorgungsqualität und der Zufriedenheit der Versicherten (Gewichtung nach Versicherten)	409

Abbildung 48:	Beabsichtigte Nutzung der Möglichkeiten zum Angebot neuer Satzungsleistungen (ungewichtet).....	410
Abbildung 49:	Präferenzen für Satzungsleistungen versus Wahltarife	411
Abbildung 50:	Effizienz verschiedener Instrumente der Krankenkassen (ungewichtet)	413
Abbildung 51:	Effizienz verschiedener Instrumente der Krankenkassen (Gewichtung nach Versicherten)	414
Abbildung 52:	Einstellungen der Krankenkassen zum Zusatzbeitrag (ungewichtet)	415
Abbildung 53:	Von den Krankenkassen gewünschte Handlungsmöglichkeiten	418
Abbildung 54:	Nutzungsabsicht der Krankenkassen für verschiedene (potenzielle) Handlungsoptionen in %	419
Abbildung 55:	Zustimmung zu verschiedenen Varianten des selektiven Kontrahierens bei Krankenhäusern und Krankenkassen in Prozent	420
Abbildung A-5	Gründe für die Beendigung von Verträgen (Gewichtung nach Versicherten)	429
Abbildung A-6	Wichtigkeit verschiedener Aspekte für die Teilnahme an der integrierten Versorgung und Erfüllung der Erwartungen (Gewichtung nach Versicherten).....	430
Abbildung A-7	Regulatorische Hemmnisse für den Abschluss zukünftiger Verträge (Gewichtung nach Versicherten)	431
Abbildung A-8	Beabsichtigte Nutzung der Möglichkeiten zum Angebot neuer Satzungsleistungen (Gewichtung nach Versicherten)	432

Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
AGnES	Arztentlastende, Gemeindenahe, E-healthgestützte Systemische Intervention
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOP-Vertrag	Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – ambulant Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus
ApoG	Apothekengesetz
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
AQUIK	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Ärzte
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAGP	Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen
BÄK	Bundesärztekammer
BayObLG	Bayerisches Oberstes Landesgericht
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä/EKV	Bundesmantelverträge (Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung)
BPfIV	Bundespflugesatzverordnung
BQS	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BVA	Bundesversicherungsamt
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CDSS	Clinical Decision Support System
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease (Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung)
CPOE	Computerized Physician Order Entry
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse

DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIN ISO	Deutsches Institut für Normung/International Organization for Standardization
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DMP	Disease Management-Programm
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRG	Diagnosis Related Groups
E.	Einwohner
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ECA	European Community Atlas
eFA	Elektronische Fallakte
EG	Europäische Gemeinschaften
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
EU	Europäische Union
EPA	Elektronische Patientenakte
EuGH	Europäischer Gerichtshof
F+E	Forschung und Entwicklung
GA	Gutachten des SVR
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GEK	Gmünder ErsatzKasse
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinG	GKV-Finanzierungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GKV-GMG	GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HEDIS	Healthcare Effectiveness Data and Information Set
HeimG	Heimgesetz
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HLS-EU	European Health Literacy Survey
HMO	Health Maintenance Organization
HNO	Hals-Nasen-Ohren(-Heilkunde)

Hrsg.	Herausgeber
HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IGES	Institut für Forschung und Beratung
IKK	Innungskrankenkasse
InBA	Institut des Bewertungsausschusses
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IOM	Institute of Medicine
IQM	Initiative Qualitätsmedizin
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISTC	Independent Sector Treatment Centres
IuK	Informations- und Kommunikationstechnologien
JG	Jahresgutachten des SVR
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhäuser
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KKP	Kaufkraftparität
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVWL	KV Westfalen-Lippe
LSG	Landessozialgericht
MBO	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
MDC	Major Diagnostic Categories
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MGV	morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
MRT	Magnetresonanztomographie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NHS	National Health Service
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OTC	Over the Counter
PCI	Percutaneous coronary intervention
PKV	Private Krankenversicherung
PZN	Pharmazentralnummer
QALYs	Quality adjusted life years
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen

Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QISA	Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
QM	Qualitätsmanagement
QUIPS	Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie
QZV	qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen
RKI	Robert Koch Institut
RL	Richtlinie
RLV	Regelleistungsvolumen
Rn	Randnummer
Rs	Rechtssache
RSA	Risikostrukturausgleich
SG	Sondergutachten des SVR
SGB	Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz
SMR	standardisierte Mortalitätsratio
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozeßordnung
SVR	Sachverständigenrat
TEP	Totalendoprothese
TK	Techniker Krankenkasse
TKG	Telekommunikationsgesetz
UAE	unerwünschte Arzneimittelereignisse
UPD	Unabhängigen Patientenberatung Deutschland
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
VAGen	Vertragsarbeitsgemeinschaften
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
VdEK	Verband der Ersatzkassen (neuer Name des ehem. VdAK/AEV seit 2009)
VHiTG	Verband der Hersteller von IT-Lösungen für das Gesundheitswesen e.V.
VZÄ	Vollzeitäquivalent
vzbv	Verbraucherzentrale Bundesverband
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

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. Die auch gemessen an der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen vergleichbarer Länder überproportionalen Effizienz- und Effektivitätsreserven kommen pointiert in dem Bild zum Ausdruck, dass die deutschen Bürger bzw. Versicherten für ihre Gesundheitsversorgung zwar „den Preis eines Mercedes“ entrichten, dafür aber im Ergebnis nur „einen Golf“ erhalten. Diese These stützt sich empirisch u. a. auf einen internationalen Vergleich der sog. Gesundheitsquote, d. h. der gesamten Gesundheitsausgaben eines Landes in Relation zu dem entsprechenden Bruttoinlandsprodukt (BIP), 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. Schließlich belege auch die Tatsache, dass deutsche Patienten bei Krankheitsfällen im Ausland – auch unabhängig von Sprachproblemen – eine Verlegung bzw. Versorgung im Inland vorziehen, die hohe Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens.

2. Die erste These setzt die Gesundheitsquote als Inputgröße in ein kausales Verhältnis zur Lebenserwartung bei Geburt als Outcomeindikator. Demnach besaß Deutschland, wie Tabelle 1 ausweist, auf Basis der OECD-Daten 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 (Abbildung 1 und 2). Die Gesundheitsquote, die sich am Bruttoinlandsprodukt orientiert und bei der Deutschland im Jahre 1997 sogar auf Platz 2 rangierte (vgl. GA 2000/2001, I Ziffer 20) bildet den Ressourceneinsatz, der in die Gesundheitsversorgung 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.

	Gesundheitsquote		Pro-Kopf-Ausgaben (US-\$-KKP)		Pro-Kopf-BIP (US-\$-KKP)	
1	USA	17,4	USA	7 960	Luxemburg	85 521
2	Niederlande	12,0	Norwegen	5 352	Norwegen	55 730
3	Frankreich	11,8	Schweiz	5 144	USA	45 797
4	Deutschland	11,6	Niederlande	4 914	Schweiz	45 150
5	Dänemark	11,5	Luxemburg	4 808	Niederlande	41 085
6	Kanada	11,4	Kanada	4 363	Australien	39 924
7	Schweiz	11,4	Dänemark	4 348	Irland	39 652
8	Österreich	11,0	Österreich	4 289	Österreich	38 823
9	Belgien	10,9	Deutschland	4 218	Kanada	38 230
10	Neuseeland	10,3	Frankreich	3 978	Dänemark	37 706
11	Portugal (in 2008)	10,1	Belgien	3 946	Schweden	37 155
12	Schweden	10,0	Irland	3 781	Island	36 655
13	Großbritannien	9,8	Schweden	3 722	Deutschland	36 328
14	Island	9,7	Island	3 538	Belgien	36 287
15	Norwegen	9,6	Großbritannien	3 487	Großbritannien	35 656
16	Griechenland (in 2007)	9,6	Australien (in 2008)	3 445	Finnland	35 237
17	Irland	9,5	Finnland	3 226	Frankreich	33 763
18	Spanien	9,5	Italien	3 137	Italien	33 105
19	Italien	9,5	Spanien	3 067	Japan	32 431
20	Finnland	9,2	Neuseeland	2 983	Spanien	32 254
21	Australien (in 2008)	8,7	Japan (in 2008)	2 878	Griechenland	29 310
22	Japan (in 2008)	8,5	Griechenland (in 2007)	2 724	Neuseeland	28 985
23	Luxemburg	7,8	Portugal (in 2008)	2 508	Portugal	25 079
24	Türkei (in 2008)	6,1	Türkei (in 2008)	902	Türkei	14 106
	OECD-Durchschnitt	10,3		3 863		38 082

Tabelle 1: Gesundheitsquote, Gesundheitsausgaben und BIP des Jahres 2009

Quelle: OECD 2011a

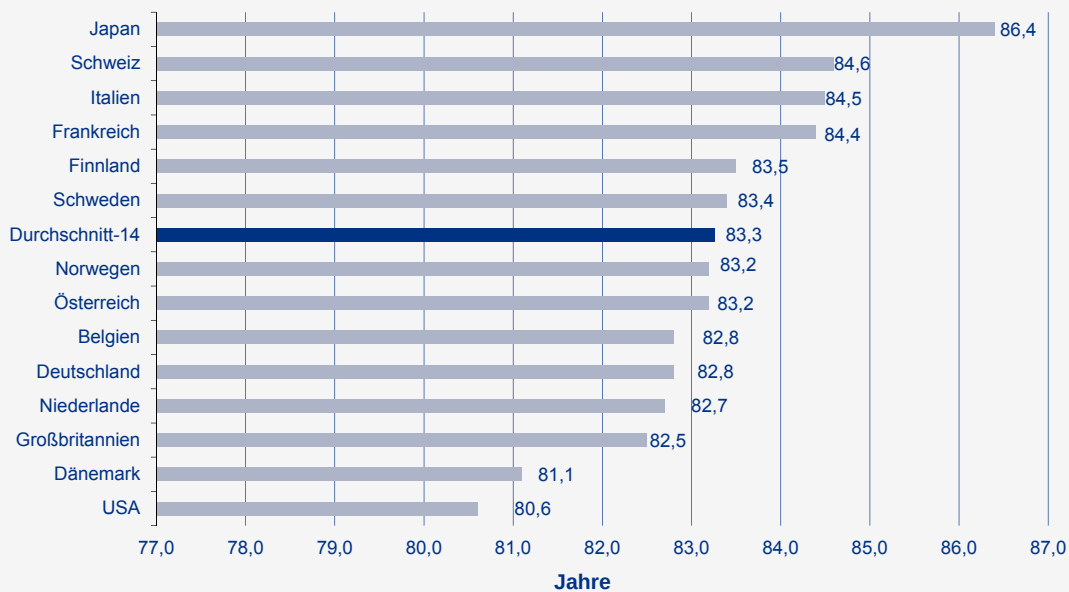


Abbildung 1: Lebenserwartung von Frauen im Jahr 2009 in ausgewählten OECD-Ländern

(Italien mit Wert aus dem Jahr 2008)

Quelle: OECD 2011b

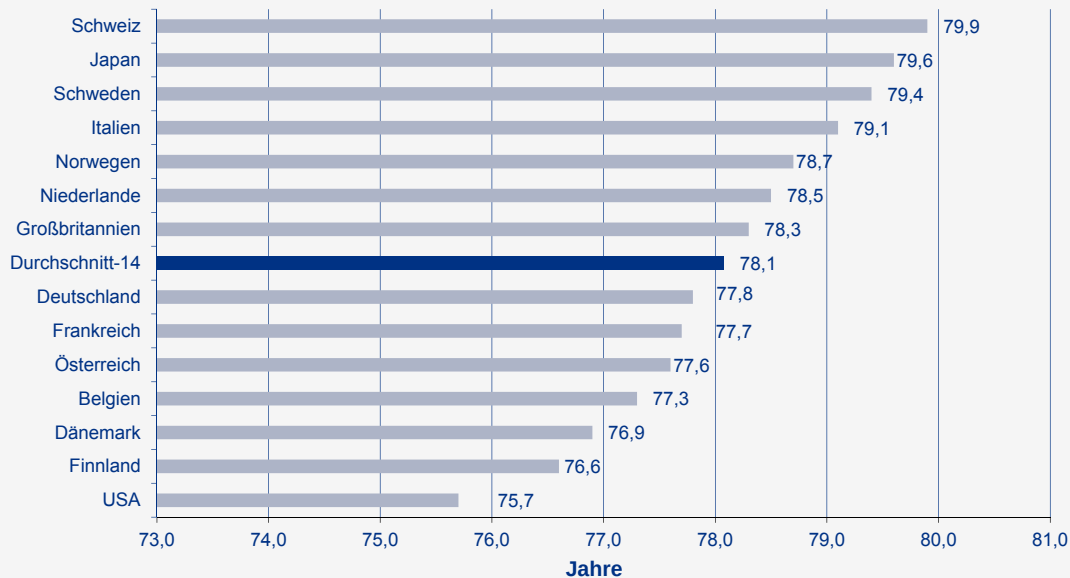


Abbildung 2: Lebenserwartung von Männern im Jahr 2009 in ausgewählten OECD-Ländern

(Italien mit Wert aus dem Jahr 2008)

Quelle: OECD 2011b

Die vergleichsweise hohe Gesundheitsquote geht insofern maßgeblich auf das schwache Wachstum des deutschen Bruttoinlandsproduktes in den 1990er Jahren zurück, als Deutschland hinsichtlich der Wachstumsdynamik nahezu das Schlusslicht innerhalb vergleichbarer Länder bildete. 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 in Tabelle 1 ausgewiesene 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 von 11,6 % auf 10,6 % und damit 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. Die Gesundheitsquote spiegelt dagegen mit der Relation von Gesundheitsausgaben zu Bruttoinlandsprodukt eher den nationalen Stellenwert der Gesundheitsversorgung und damit die entsprechenden Präferenzen der Bürger für Gesundheitsleistungen im Vergleich zu anderen Gütern und Diensten wider.

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. So wies die Bevölkerung in den einzelnen Ländern nach dem Krieg einen deutlich voneinander abweichenden durchschnittlichen Gesundheitszustand auf und es existierten sehr unterschiedliche Voraussetzungen für den Auf- und Ausbau einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung. Aus dieser Perspektive überrascht es nicht, dass Deutschland bei der mittleren jährlichen Wachstumsrate der Lebenserwartung im Zeitraum von 1960 bis 2009 bei Frauen und Männern deutlich oberhalb des Durchschnitts vergleichbarer Länder liegt und jeweils den 4. Rang erreicht (siehe Abbildung 3 und 4). Den gleichen Rang belegt Deutschland auch jeweils bei der mittleren jährlichen Wachstumsrate der ferneren Lebenserwartung 80-jähriger Frauen bzw. Männer.

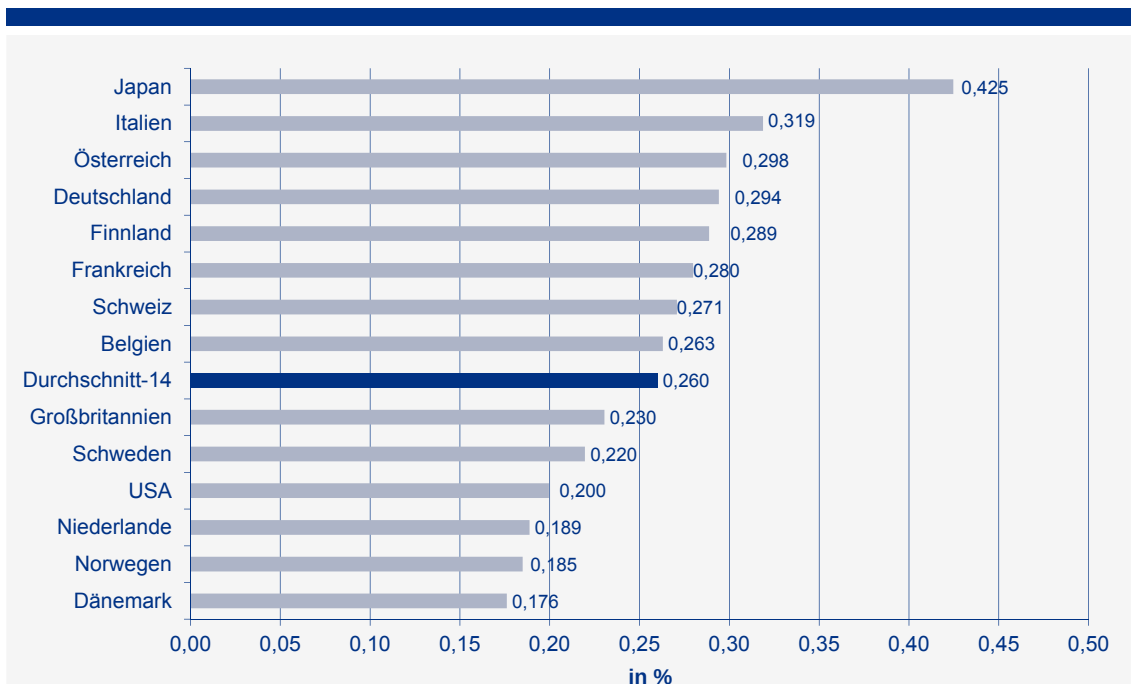


Abbildung 3: Mittlere jährliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Frauen, 1960-2009, ausgewählte OECD-Länder

(Italien mit Werten von 1961 bis 2008)

Quelle: OECD 2011b

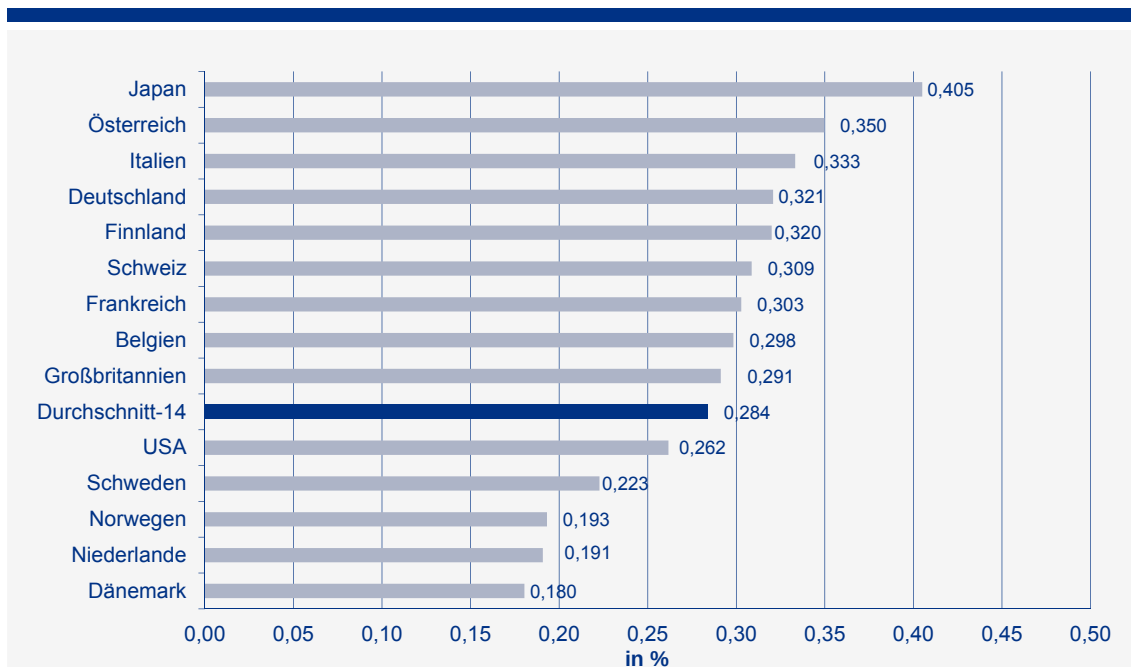


Abbildung 4: Mittlere jährliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Männern, 1960-2009, ausgewählte OECD-Länder

(Italien mit Wert aus dem Jahr 2008)

Quelle: OECD 2011b

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 zumindest auf der Grundlage dieser Daten und Indikatoren 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.

3. 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 z. B. nur im Ansatz¹ bzw. unzureichend den komplexen und heterogenen Zielbereich der Lebensqualität und klammert Verteilungsaspekte von Versorgungsergebnissen völlig aus (vgl. GA 2000/2001, I, Ziffer 104). Doch fällt noch 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. Die Gesundheitsausgaben allein vermögen schätzungsweise nur 10 bis höchstens 40 % der Lebenserwartung und ihres Anstiegs zu erklären (vgl. GA 2000/2001, I, Ziffer 79ff.). Daraus folgt, dass international vergleichende Analysen selbst auf der Grundlage valider Outcomeindikatoren keine kausalen Schlüsse über die Leistungsfähigkeit der jeweiligen Gesundheitssysteme erlauben.

4. 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 insofern 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 noch nicht den Schluss, ein bestimmtes Land verfüge über ein besseres Gesundheitswesen als ein anderes. Es handelt sich zumeist um gewachsene Gesundheitssysteme, die sich selbst bei wirtschaftlich vergleichbaren Ländern mit Unterschieden hinsichtlich ihrer historischen Entwicklung, ihrer geographischen Gegebenheiten, ihrer demografi-

1 Lebenserwartung und Lebensqualität können zwar – vor allem am Lebensende – divergieren, häufig weisen aber beide in die gleiche Richtung. Der Outcomeindikator Lebenserwartung beinhaltet insofern auch einen Teil der Lebensqualität, als z. B. ein Bürger, der ein Alter von 85 Jahren erreicht, mit 80 Jahren in der Regel eine höhere Lebensqualität besitzt als ein Bürger, der mit 82 Jahren verstirbt. Defiziten in der Lebensqualität versucht der Ansatz der qualitätsbereinigten Lebensjahre (Quality adjusted life years – QALYs) bei der Nutzenbewertung Rechnung zu tragen.

schen Struktur und der Präferenzen bzw. der Erwartungshaltung ihrer Bürger konfrontiert sehen. 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. Zudem eröffnen Vergleiche mit den Gesundheitssystemen anderer Länder die Möglichkeit, Erkenntnisse über deren Strukturen, Strategien und Instrumente zu gewinnen und deren Eignung für das nationale Gesundheitswesen zu überprüfen. Umsetzbare Lerneffekte versprechen daher weniger die Gesundheitssysteme anderer Länder als solche, als vielmehr ihre einzelnen für eine Übertragung erfolgversprechenden Elemente.

5. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen hat der Rat seit seinem umfangreichen Gutachten über „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ (GA 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 sowiet wie möglich auszuschöpfen gilt (siehe z. B. GA 2003, Ziffer 5; GA 2005, Ziffer 1; GA 2007, Ziffer 1; SG 2009, Ziffer 1; im Ergebnis ähnlich Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2011, Ziffer 548; Porter/Guth 2012). 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 (vgl. GA 2003, Ziffer 674ff.; GA 2005, Ziffer 473ff.; GA 2007, Ziffer 275ff.; SG 2009, Ziffer 858ff.) 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 zu einem Abbau von Ineffizienzen und Ineffektivitäten beizutragen vermag. Diese Frage- bzw. Problemstellung erfordert auch eine grundsätzliche Analyse des Instruments Wettbewerb und der Voraussetzungen für seine zielführende Koordination im Gesundheitswesen. In diesem Kontext 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

6. 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 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 Gesundheits-

versorgung dient dazu, einer inputorientierten oder rein instrumentalen Betrachtung vorzubeugen und zugleich einen stärkeren Zielbezug der Gesundheitspolitik anzumahnen. Dieser Zielbezug stellt sich in den verschiedenen Wettbewerbsfeldern, die u. a. auch den Versicherungsbereich der GKV und den privaten Gesundheitsmarkt umfassen, in unterschiedlichen Maßen und für die politischen Entscheidungsträger mit divergierenden Herausforderungen dar. Schließlich bedarf ein funktionsfähiger Preis- und Qualitätswettbewerb einer rechtlichen Rahmenordnung, was Ausführungen zu grundlegenden Aspekten des Kartell- und Vergaberechts thematisieren.

7. 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 aufseiten 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. Fehlen diese Voraussetzungen, sieht sich die Gesundheitspolitik vornehmlich mit der Aufgabe konfrontiert, eine qualitativ hinreichende Versorgung flächendeckend sicherzustellen. Die Sicherstellung des notwendigen Fachkräfteangebots in den einzelnen Gesundheitsberufen liegt insofern auch im Interesse einer wettbewerbsorientierten Gesundheitspolitik.

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. Diese nimmt noch zu, wenn Krankenkassen versuchen, sich voneinander zu unterscheiden und bei den Versicherten und Patienten mit speziellen Versorgungsprogrammen und Satzungsleistungen werben. 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 gleichwohl zu ermöglichen, bedürfen diese Nutzer einer informativen beratenden Unterstützung und das Gutachten zeigt hierzu erfolgversprechende Wege auf. Auch der Stand der Entwicklung und die anstehenden Herausforderungen werden diskutiert.

8. Teil II des Gutachtens erörtert grundlegende Probleme und Lösungsansätze an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Dabei setzen die Überlegungen bei grundlegenden Defiziten des geltenden Systems an und unterbreiten zunächst Reformvorschläge, die auch schon im derzeit dominierenden kollektiven Vertragssystem zur Anwendung kommen können, d. h. auch ohne speziellen Bezug zu einer selektiven Vertragsgestaltung Effizienz- und Effektivitätsgewinne versprechen. Das vierte Kapitel widmet sich den Problemen eines mangelhaften Schnittstellenmanagements, unter welchen vor allem chronisch und mehrfach erkrankte Patienten leiden. Dabei weist die Arzneimittelversorgung gerade an dieser Schnittstelle erhebliche Schwachstellen auf. Es erfolgt in diesem Zusammenhang dann eine Prüfung, ob und inwieweit 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 Betrachtung steht. Speziell die in den letzten Jahren erprobten Innovationen in der Pflege werden thematisiert.

9. 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, der immerhin in einigen Leistungsbereichen, wie z. B. bei Generika, einsetzte bzw. sich intensivierte, 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, wobei ihnen Krankenkassen oder andere unabhängige Institutionen zur Seite stehen können. 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 Leistungsvergleich dominiert im Versicherungsbereich weiterhin einseitig der Preiswettbewerb, d. h. die wettbewerblichen Prozesse beschränken sich weitgehend auf den Zusatzbeitrag.

10. 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, worauf auch internationale Vergleiche hindeuten. 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 ambulante 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. In dem Kontext zeigen schließlich die Ergebnisse einer Befragung zur ambulanten Leistungserbringung von Krankenhäusern u. a. interessante Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern auf.

11. 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 den 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, d. h. ohne spezielle finanzielle Förderung, 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 Arzneimittel- und Krankenhausbereich ebenfalls für eine selektive Vertragsgestaltung anbieten. Schließlich kann auch eine Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte mit wettbewerblichen Impulsen für das deutsche Gesundheitswesen einhergehen.

12. 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 bei Qualitätswettbewerb oder präferenzgerechte Satzungsleistungen dazu dienen, bisherige Versicherte zum Bleiben zu bewegen und neue zu attrahieren. Je nach den Präferenzen der Versicherten könnten im Prinzip besondere Versorgungsqualitäten und spezielle Satzungsleistungen auch die Wirkungen von etwas höheren (Zusatz-)Beiträgen (über-)kompensieren. 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. Da die Krankenkassen, die bisher Zusatzbeiträge erhoben, diese aufgrund der günstigen finanziellen Entwicklung derzeit abschaffen können, stellt sich die Frage nach den Perspektiven dieses Finanzierungsinstrumentes. Dabei geht es dem Rat darum, dass künftig neben dem Zusatzbeitrag, der im Finanzierungsbereich jenseits der Stigmatisierung (als Indikator für Unwirtschaftlichkeit) als Preissignal dient, die Implementierung und Stärkung eines Qualitätswettbewerbs im Leistungsbereich gelingt.

1.3 Literatur

- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2011a): Health Data: Health expenditure and financing: OECD Health Statistics (zuletzt aktualisiert am 12.07.2011), Paris.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2011b): Health Data: Health Status: Life expectancy in years (zuletzt aktualisiert am 05.07.2011), Paris.
- Porter, M.E. und Guth, C. (2012): Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen, Berlin, Heidelberg.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Bd. I, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Nutzenorientierung und Qualität, Gutachten 2003, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2006): Kooperation und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008): Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Bd. I, Gutachten 2007, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009, Bd. I und II, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2011): Verantwortung für Europa wahrnehmen. Jahresgutachten 2011/12, Paderborn.

2 Wettbewerb als Instrument zur Realisierung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung

2.1 Der Wettbewerb als Element unterschiedlicher Allokationsmechanismen

13. Da auch im Gesundheitswesen die verfügbaren Ressourcen niemals ausreichen, um alle Ansprüche und Bedürfnisse der Bürger zu befriedigen, bedarf es eines Koordinations- bzw. Allokationsmechanismus², der im Zuge eines Selektionsprozesses die begrenzten Mittel den verschiedenen Verwendungen bzw. konkurrierenden Plänen zuordnet. Das Allokationsproblem wurzelt somit in der Knappheit der verfügbaren Ressourcen. Der daher notwendige Allokationsmechanismus führt zwangsläufig zu einem Ausschluss von eventuell berechtigten Vorhaben, die bei unbegrenzten Ressourcen zur Durchführung gekommen wären. Bei knappen Ressourcen und weit darüber hinaus gehenden potenziellen Projekten reicht es jedoch nicht aus, wenn diese einen positiven Bruttonutzen aufweisen. Er muss vielmehr die Opportunitätskosten des Projektes übersteigen, die dadurch anfallen, dass die Ressourcen, die das Projekt bindet, in kein anderes Vorhaben fließen und dort Nutzen stiften können. Die Benchmark für die Ermittlung des Nettonutzens bildet für jedes Vorhaben somit das beste unterbliebene alternative Projekt.

Es gibt drei zentrale gesamtwirtschaftliche Koordinationsmechanismen, die diese alloкатive Funktion übernehmen können:

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

14. Während im Verteidigungsbereich die öffentliche Planung, bei Gütern des täglichen Bedarfs der Markt- und Preismechanismus und im Rahmen von Tarifverhandlungen die korporative Koordination als Allokationsmechanismus dominiert, bildet das Gesundheitswesen auch aus internationaler Perspektive ein „mixtum compositum“ (Wille 1999). Es finden sich zwar in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen mehr Elemente öffentlicher Planung, in beitragsfinanzierten eine stärkere

² Es hat sich hierfür der Begriff „Allokationsmechanismus“ durchgesetzt, wobei sich die Analysen zumeist nicht auf alloкатive Aspekte beschränken, sondern auch distributive und stabilitätspolitische mit einbeziehen.

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, d. h. über allgemeine Tarifvereinbarungen hinaus, jeweils unterschiedliche Allokationsmechanismen dominieren. So bilden im stationären Sektor die öffentliche Planung, 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. Da die Nachfrager bzw. Patienten in umfassenden Krankenversicherungssystemen für die erhaltenen Gesundheitsleistungen kein spezielles Entgelt entrichten müssen, sehen sie sich nicht gezwungen, ihre individuelle Zahlungsbereitschaft für die jeweiligen Leistungen zu offenbaren. Im Vergleich zur üblichen marktwirtschaftlichen Koordination besteht hier somit ein entscheidender Unterschied, der auch die Notwendigkeit bzw. Rechtfertigung einer besonderen staatlichen Regulierung³ dieser Märkte begründet.

15. Der Wettbewerb zwischen einer Vielzahl von verschiedenen Anbietern stellt neben anderen Bedingungen eine wesentliche Voraussetzung für einen funktionsfähigen Markt- und Preismechanismus dar. Wettbewerbsprozesse bilden somit ein konstitutives Element eines funktionsfähigen Markt- und Preismechanismus, sie beschränken sich jedoch nicht auf diesen Allokationsmechanismus (vgl. Rebscher 1993; Demmler 1994). Infolge der knappen Ressourcen beinhalten zumindest implizit auch die beiden anderen zentralen Allokationsmechanismen wettbewerbliche Elemente (vgl. Wille 1999, 2008a; GA 2005, Ziffer 44). So konkurrieren im Rahmen der öffentlichen Planung bei der administrativen Steuerung zunächst der Bund und die Bundesländer – letztere auch untereinander – und dann die einzelnen Ministerien und darunter die einzelnen Abteilungen und Referate um die vorhandenen Mittel zur Realisierung der von ihnen geplanten Projekte. Darüber hinaus nutzte, worauf schon Walter Eucken hinwies, die Zentralverwaltungswirtschaft „Wettbewerbe zwischen den Betrieben [...] als Mittel der Leistungssteigerung, während die Lenkung des Wirtschaftsprozesses durch zentrale Planstellen erfolgt(e)“ (Eucken 1960: 249). Im Rahmen der staatlichen Landes- bzw. Bedarfsplanung stehen 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.

16. Die korporative Koordination beruht auf Vereinbarungen, die Organisationen als private Verbände oder Körperschaften des öffentlichen Rechts mit unterschiedlichen Verbindlichkeiten für ihre Mitglieder schließen. Im deutschen Gesundheitswesen geht die korporative Koordination im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung und insbesondere der ambulanten Behandlung auf mehreren Ebenen mit wettbewerblichen Prozessen einher (vgl. Herder-Dorneich 1986). Die Wahlen innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung, die z. B. die Preisrelationen innerhalb des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beeinflussen können⁴, lassen sich als Wettbewerbsprozesse interpretieren. Ferner konkurrieren auch bei gegebenen Preisstrukturen die niedergelassenen Ärzte

3 Auf der Grundlage einer allgemeinen staatlichen Rahmenordnung laufen die marktwirtschaftlichen Prozesse in allen Wirtschaftszweigen ab.

4 So hingen z. B. in der Vergangenheit die Preisrelationen zwischen technischen und beratungsintensiven vertragsärztlichen Leistungen auch davon ab, ob beim Konkurrenzkampf um Mandate die Allgemein- bzw. Hausärzte oder die Fach- bzw. Gebietsärzte obsiegten.

um Patienten bzw. Behandlungsfälle. Schließlich kann auch eine Kassenärztliche Vereinigung (KV) mit Hilfe von qualitativen Anforderungen in Verbindung mit einer divergierenden Vergütung innerhalb ihrer Ärzteschaft einen Qualitätswettbewerb implementieren.

17. Diese kursorische Betrachtung der drei zentralen Allokationsmechanismen zeigt bereits, dass der Wettbewerb zwar ein konstitutives Element, aber keine spezifische Besonderheit der marktwirtschaftlichen Koordination darstellt. Daraus folgt, dass ein allgemeines Plädoyer für „mehr Wettbewerb“ auch keine Schlüsse über den zugehörigen Allokationsmechanismus erlaubt. 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 an⁵ (siehe hier speziell zur korporativen Koordination GA 2005, Ziffer 38ff.; Wille 2006).

Eine Intensivierung des Wettbewerbs erfordert in allen Allokationssystemen tendenziell eine Zunahme der Aktionsparameter bzw. Instrumentvariablen der Handlungsträger und eine Dezentralisierung der Entscheidungsebene (siehe GA 2007, Ziffer 288; Wille 2010). Dies gilt insbesondere für die korporative Koordination, bei der eine stärkere Wettbewerbsorientierung bedingt, dass an die Stelle des gemeinsamen und einheitlichen Handelns auf Makroebene dezentrale Verhandlungen auf der Mikroebene treten. Dies bedeutet, 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 (siehe Beiträge in Wille/Knabner 2011). In ordnungspolitischer Hinsicht bedürfen diese dezentralen wettbewerblichen Prozesse allerdings einer bundesweit geltenden Rahmenordnung in Verbindung mit einer zentralen wettbewerblichen Aufsicht. Andernfalls drohen Wettbewerbsverzerrungen, u. a. zwischen regional und bundesweit ihre jeweiligen Beiträge kalkulierenden Krankenkassen.

2.2 Ebenen von Effizienz- und Effektivitätspotenzialen

18. Effizienz- und Effektivitätspotenziale bestehen 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. Sie implizieren im Gesundheitswesen insofern ein suboptimales Verhältnis zwischen den volkswirtschaftlichen Kosten bzw. Ausgaben⁶, die in die Gesundheitsversorgung fließen, und den durch sie gestifteten Nutzen bzw. Wohlfahrtsgewinn. Da die gesundheitlichen Outcomes, d. h. Lebenserwartung und –qualität, den abstrakten und nicht

⁵ So gelangt Haveman beim Vergleich von allokativem Markt- und Staatsversagen zu dem Schluss: „The choice must be based on a case-by-case appraisal. In some cases, the market with its failures will dominate the public sector with its failures. In other cases, collective failure will be preferred” (Haveman 1980: 154).

⁶ Volkswirtschaftliche Kosten und Ausgaben der GKV oder der Privaten Krankenversicherung (PKV) entsprechen sich häufig, aber nicht zwangsläufig. So führt z. B. eine umfangreichere Dokumentationspflicht der Ärzte, sofern diese unvergütet bleibt, zwar nicht zu Ausgaben, wohl aber zu Ressourcenverzehr und damit zu volkswirtschaftlichen Kosten. Umgekehrt verursacht eine Erhöhung (Senkung) der Mehrwertsteuer auf Gesundheitsleistungen höhere (niedrigere) Ausgaben, tangiert aber nicht den Ressourceneinsatz und damit nicht die volkswirtschaftlichen Kosten.

unmittelbar messbaren Nutzen der Empfänger von Gesundheitsleistungen als globale Wohlfahrtsindikatoren vergleichsweise⁷ valide widerspiegeln, zielt die alloкатive Effizienz auf ein optimales Verhältnis von

$$(1) \frac{\text{gesundheitliche Outcomes}}{\text{volkswirtschaftliche Kosten}} = \text{allokative Effizienz.}$$

Die Realisierung der allokativen Effizienz setzt somit eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der eingesetzten Ressourcen⁸ voraus. Sofern diese Relation global oder in bestimmten Indikationsbereichen offenkundige oder vermutete alloкатive Ineffizienzen anzeigt, bleibt angesichts ihres weitgefassten Bezuges und des vielfach komplexen Prozesses gesundheitlicher Leistungserstellung allerdings 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 (ähnlich Wille 1986; GA 2000/2001, Ziffer 17). 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 einfache 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.

19. Um die Rationalisierungsreserven im Produktionsbereich noch genauer zu spezifizieren, lässt sich das Verhältnis

$$(2) \frac{\text{Behandlungsangebot}}{\text{volkswirtschaftliche Kosten}} = \text{Produktionseffizienz}$$

seinerseits in eine finanzielle und eine physische Produktionseffizienz aufspalten. Dabei beinhaltet die finanzielle Produktionseffizienz das Verhältnis zwischen den eingesetzten Produktionsfaktoren und den durch sie verursachten volkswirtschaftlichen Kosten, d. h.

$$(3) \frac{\text{Produktionsfaktoren}}{\text{volkswirtschaftliche Kosten}} = \text{finanzielle Produktionseffizienz.}$$

Die physische Produktionseffizienz setzt dagegen das erstellte Behandlungsangebot zu den eingesetzten Produktionsfaktoren ins Verhältnis, d. h.

$$(4) \frac{\text{Behandlungsangebot}}{\text{Produktionsfaktoren}} = \text{physische Produktionseffizienz.}$$

⁷ In den meisten öffentlichen Aufgabenbereichen fällt die Konzipierung valider Wohlfahrtsindikatoren schwerer als im Gesundheitswesen. Dies gilt vor allem im Verteidigungswesen und im Bereich der inneren Sicherheit, aber auch im Bildungs- und Verkehrswesen.

⁸ In Abhängigkeit von den jeweils eingesetzten Ressourcen kann es somit auf mehreren Niveauebenen alloкатive Effizienz im Gesundheitswesen geben, d. h. sowohl bei einer hohen als auch bei einer niedrigen nationalen Gesundheitsquote.

20. Im Falle von Rationalisierungsreserven zeigt die finanzielle Produktionseffizienz (3) 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 (4) 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.

Im Rahmen der finanziellen Produktionseffizienz geht es, wie bereits angedeutet, um die Vergütungen ambulanter und stationärer Leistungen, d. h. damit auch um die ärztlichen Honorare und Gehälter, sowie um die Preise von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln und anderen Medizinprodukten. Dabei können z. B. die entsprechenden Entgelte in vergleichbaren sozialen Krankenversicherungssystemen⁹ als Benchmark dienen. Derzeit konzentrieren sich die gesundheitspolitischen Bemühungen um Ausgabensenkungen in diesem Bereich auf die Preise von Arzneimitteln. So dürften die Rabattverhandlungen, die Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmen nach § 130 Abs. 8 SGB V vereinbaren, in der GKV zu jährlichen Ausgabensenkungen von ca. 1,5 Milliarden Euro führen.¹⁰ Mit der zum 1. Januar 2011 in Kraft getretenen Frühbewertung des Zusatznutzens von erstattungsfähigen Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V strebt die Bundesregierung eine dauerhafte Entlastung der GKV um jährlich 2,0 Milliarden Euro sowie der Privaten Krankenversicherung (PKV) und der Beihilfe von 0,2 Milliarden Euro an. Eine ähnlich kritische Bewertung von Hilfsmitteln, Medizinprodukten und medizinischen Großgeräten unter dem Aspekt ihres jeweiligen Zusatznutzens steht derzeit noch aus.

21. Der Bereich der physischen Produktionseffizienz erlaubt aus internationaler Perspektive keine so eindeutigen bzw. aussagefähigen Vergleiche wie jene bei Entgelten, gleichwohl können auch hier Regelungen und Erfahrungen aus anderen Ländern Anregungen für Reformbestrebungen bieten. Bemühungen um Effizienzsteigerungen können u. a. an folgenden Schwachstellen ansetzen:

- Die ambulante und stationäre Behandlung erfolgt vielfach immer noch in suboptimal kleinen Betriebsgrößen¹¹, die auch eine mangelnde Spezialisierung aufweisen.
- Die gesundheitliche Leistungserstellung in ineffizienten Einheiten und die unzureichende Transparenz über die Qualität der jeweiligen Gesundheitsleistungen führen zu qualitativen Defiziten und zu Behandlungen, die sich zu wenig an den Präferenzen der Patienten bzw. Nutzer orientieren, was wiederum kostenintensive Versorgungsprobleme verursachen kann (siehe hierzu unten unter 3.3 und 5).

9 Dabei bieten sich vornehmlich Länder mit einem ähnlich hohen Sozialprodukt und einem vergleichbaren sozialen Krankenversicherungsschutz an.

10 Entgegen dem allgemeinen Sprachgebrauch handelt es sich bei diesen Einsparungen der Krankenkassen aus theoretischer Sicht nicht um allokativen Effizienz-, sondern um Verteilungseffekte zwischen den pharmazeutischen Unternehmen und den Krankenkassen bzw. ihren Versicherten. Diese Verteilungseffekte können bei den betroffenen pharmazeutischen Unternehmen allerdings effizienzsteigernde Reaktionen auslösen. Das gilt vor allem für die Frühbewertung des Zusatznutzens, die bei Medikamenten mit neuen Wirkstoffen innovative Anreize setzt.

11 Diese Feststellung gilt unbeschadet der Tatsache, dass die Anzahl der Vertragsärzte in Gemeinschaftspraxen seit Mitte der 1990er Jahre deutlich überproportional zunahm und auch in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) spürbar ansteigt (siehe Wille/Erdmann 2011).

- Infolge von Informationsdefiziten der Patienten, aber auch aufgrund von falschen Anreizen durch die Vergütungssysteme unterbleiben vielfach kostengünstige Behandlungen, wie z. B. endoskopische Eingriffe oder häusliche Dialyseverfahren, obgleich diese den Präferenzen der Patienten eher entsprechen würden als die durchgeführten alternativen Maßnahmen
- Ordnungspolitische Defizite der wettbewerblichen Rahmenordnung verhindern an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zum einen ein Ausschöpfen der Potenziale ambulanter Leistungserbringung und zum anderen einen funktionsgerechten Wettbewerb an dieser Schnittstelle, die auch infolge des medizinischen Fortschritts künftig quantitativ und qualitativ an Bedeutung zunehmen wird (siehe hierzu ausführlich unten unter 6).
- Die Gesundheitsversorgung in Deutschland leidet vor allem an einer zu geringen sektorenübergreifenden Steuerung zwischen der ambulanten und der stationären Behandlung sowie Rehabilitation und Pflege. Dieser Mangel betrifft auch das Schnittstellenmanagement (siehe unten unter 4). Trotz einiger positiver Ansätze besitzen die einzelnen Vertragspartner noch zu wenige Optionen und zu geringe Anreize, um innovative, integrierte Versorgungskonzepte zu entwickeln und mit Erfolg umzusetzen (siehe hierzu unten unter 7).

22. Analog zum Produktionsbereich erlaubt auch der Wirkungsbereich eine Aufspaltung der dortigen Effizienz in zwei Ebenen, auf denen jeweils unterschiedliche Effizienz- bzw. Effektivitätsreserven bestehen. Entsprechend zerfällt die Relation

$$(5) \frac{\text{gesundheitliche Outcomes}}{\text{Behandlungsangebot}} = \text{Wirkungseffizienz}$$

in die beiden Kategorien

$$(6) \frac{\text{Nutzungsziele}}{\text{Behandlungsangebot}} = \text{Nutzungseffizienz}$$

$$(7) \frac{\text{gesundheitliche Outcomes}}{\text{Nutzungsziele}} = \text{Nutzeffizienz.}$$

Im Bereich der Nutzungseffizienz (6) treten immer dann 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 verweigerte Inanspruchnahme von verordneten Arznei- oder Hilfsmitteln seitens der Patienten infolge mangelnder Adhärenz. Im weiteren Sinne gehört hierzu auch ein ungenutztes potenzielles Behandlungsangebot, wie z. B. leere Betten im stationären Sektor.¹² Unter dem Aspekt des Effizienzprinzips gilt dies auch für jene Fälle, in denen diese Überkapazitäten über eine angebotsinduzierte Nachfrage zu offenkundigen Fehlbelegungen führen.

Das Kriterium der Nutzeffizienz (7) fragt schließlich danach, ob und inwieweit eine in Anspruch genommene Behandlung die gesundheitlichen Outcomes der Versicherten bzw. Patienten beeinflusst und damit effektiv zur Wohlfahrt der Nutzer beiträgt. Dieser Bereich enthält vor allem Effizienzreserven, wenn bestimmten Behandlungen für die Patienten mit einem negativen

¹² Diese Aussage gilt unter der Einschränkung, dass die Krankenhäuser eine gewisse freie Bettenkapazität im Sinne eines Optionskonsums und -nutzens der Bürger immer vorhalten sollten.

gesundheitlichen Nettonutzen einhergehen – in diesen Fällen übertreffen ihre negativen Nebenwirkungen ihre positiven gesundheitlichen Effekte – oder keinerlei Wirksamkeit besitzen. Zudem lassen sich unter diese Effizienzbetrachtung auch jene Fälle subsumieren, in denen eine Behandlung im Vergleich zur bestehenden Standardtherapie keinen Zusatznutzen aufweist oder infolge von Qualitätsmängeln und Fehlbehandlungen oder durch mangelnde Adhärenz das mögliche Niveau gesundheitlicher Outcomes verfehlt.

23. Die vier Effizienzkategorien – (3), (4), (6), (7) –, 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. Aus zielorientierter Sicht handelt es sich um vier hierarchische Ebenen, die den Prozess gesundheitlicher Leistungserstellung von den eingesetzten volkswirtschaftlichen Kosten bis zu den normativ angestrebten gesundheitlichen Outcomes gliedern, um mögliche Ineffizienzen zu lokalisieren und zu klassifizieren. Dabei dienen auf der untersten Ebene die volkswirtschaftlichen Kosten zum Erwerb der Produktionsfaktoren (finanzielle Produktionseffizienz), durch deren Einsatz auf der nächsten Ebene das Behandlungsangebot entsteht (physische Produktionseffizienz). Die Nutzung dieses Angebotes bildet eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für die Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes (Nutzungseffizienz). Die zusätzlich notwendige hinreichende Bedingung besteht darin, dass die Ausbringung bzw. Nutzung der Gesundheitsleistung auch die angestrebten Effekte hinsichtlich der gesundheitlichen Outcomes realisiert (Nutzeffizienz).

Was das Verhältnis von Produktions- und Wirkungseffizienz betrifft, so kann, wie bereits angedeutet, von einer produktionseffizient erstellten Gesundheitsleistung durchaus kein oder gar ein negativer Effekt auf die gesundheitlichen Outcomes ausgehen, während eine mit zu hohen Kosten und ineffizient 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 Effizienzkennziffern 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 Zentrum dieses Gutachtens steht.

2.3 Ziele und Leitbilder der Gesundheitsversorgung

24. 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 sich bereits in seinem

ersten Gutachten (JG 1987, Ziffer 7) und später wiederholt (SG 1997, Ziffer 1ff.; GA 2000/2001, I, Ziffer 12ff.; GA 2005, Ziffer 59; GA 2007, Ziffer 283) mit Zielen und Leitbildern in der Gesundheitsversorgung beschäftigt und in diesem Kontext auch 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.

25. Im Zentrum der Absicherung des Krankheitsrisikos und der Gesundheitsversorgung stehen unter Zielaspekten die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und die Orientierung einer bedarfsgerechten Versorgung an den Wünschen der Bürger. Entsprechend setzten die seinerzeitigen Überlegungen des Rates zunächst an den „Zielen der Medizin“ (JG 1987, Ziffer 7) bzw. den „medizinischen Orientierungsdaten“ (SG 1997, Ziffer 12) an. Danach zielt die gesundheitliche Behandlung und Betreuung 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.

26. Über diese zentralen Zielsetzungen, die im Wesentlichen die Lebenserwartung und die Lebensqualität beinhalten, hinaus vermag die Gesundheitsversorgung auch einen Beitrag zur Realisierung allgemeiner gesamtwirtschaftlicher Ziele zu leisten. Dieses Zielspektrum umfasst (SG 1997, Ziffer 2; GA 2000/2001, I, Ziffer 12ff.):

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

Während die Gesundheitsversorgung über die grundsätzliche oder frühzeitigere Arbeitsfähigkeit von Patienten und die höhere Leistungsfähigkeit gesunder Mitarbeiter unabhängig von der Wirtschaftslage Kapazitäts- und Produktivitätseffekte erzeugt, setzen die Wachstums- und Beschäftigungsentwicklungen von Gesundheitsleistungen im Wesentlichen eine unterbeschäftigte Wirtschaft mit noch unausgelasteten Kapazitäten voraus. In einer vollbeschäftigten Wirtschaft würden zusätzliche Arbeitskräfte im Gesundheitswesen anderen Wirtschaftsbereichen entzogen, was dort mit Sozialproduktverlusten einherginge. Auf absehbare Zeit aber dürften vom überdurchschnittlich arbeitsintensiven Gesundheitswesen positive Effekte auf die Beschäftigung und das Wachstum des Sozialproduktes ausgehen. Insofern schlummert in der Gesundheitswirtschaft derzeit ein erhebliches Potenzial für „Bruttoinlandsprodukt und Arbeitsmarkt“ (Preusker 2010: 29). Dagegen eignet sich die

Gesundheitsversorgung kaum zur konjunkturpolitischen Steuerung, denn die Patienten benötigen die Gesundheitsleistungen unabhängig davon, ob die Wirtschaft sich gerade in einem Boom oder einer Rezession befindet. Infolge der vom Konjunkturverlauf unabhängigen, quasi überkonjunkturellen Gesundheitsversorgung bildet das Gesundheitswesen, wie die jüngste Wirtschaftskrise zeigte, in rezessiven Phasen einen „Hort der Stabilität“ (Müller von der Grün 2009) bzw. einen „Anker in der Krise“ (Mihm 2009).

27. Die gesundheitlichen und die abstrakten gesamtwirtschaftlichen Ziele lassen sich in normativer Hinsicht noch durch sog. Leitbilder ergänzen bzw. konkretisieren. Die Leitbilder stellen ebenso wie die gesamtwirtschaftlichen Ziele noch keine quantifizierten Größen dar und erlauben es insofern noch nicht, die Zielkonformität bestimmter gesundheitspolitischer Maßnahmen eindeutig abzuleiten (vgl. IGES et al. 2006). Sie können jedoch als Orientierungshilfe sowohl für eine Beurteilung des derzeitigen Gesundheitswesens als auch für den Entwurf einer zielorientierten Gesundheitspolitik dienen. Zu solchen Leitbildern zählen u. a. folgende Postulate (vgl. Breyer et al. 2004; GA 2007, Ziffer 283; Wille et al. 2007):

- 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.

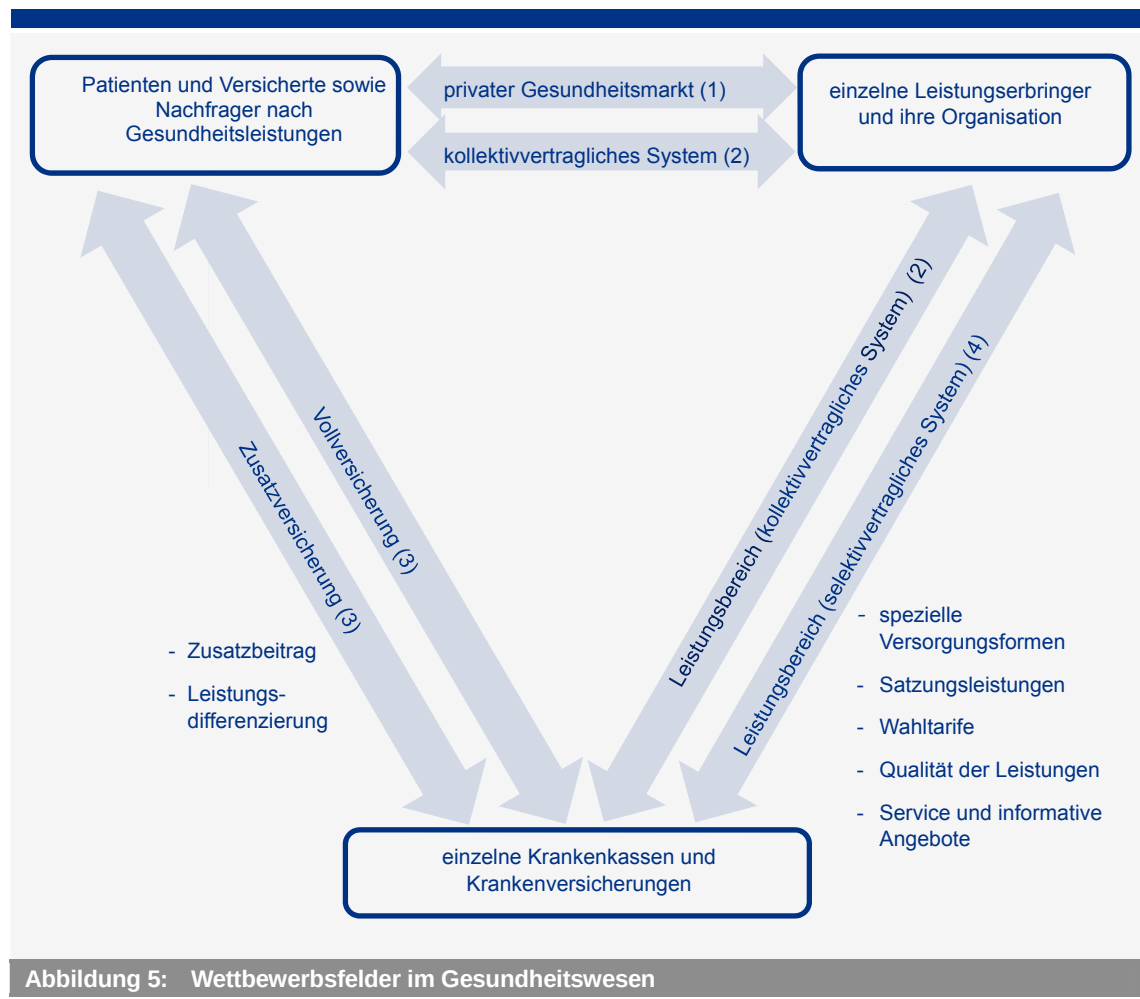
Schließlich knüpfen sich speziell an das Instrument eines funktionsfähigen Wettbewerbs noch folgende Erwartungen (vgl. GA 2005, I, Ziffer 59; Wille 2008b):

- 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

28. Im Gesundheitswesen lassen sich vor allem hinsichtlich der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen vier Wettbewerbsfelder unterscheiden, die jeweils verschiedene Vertragsebenen, -partner

sowie -inhalte aufweisen und auf denen unterschiedliche Wettbewerbsintensitäten vorherrschen. Das *erste Wettbewerbsfeld* bildet, wie Abbildung 5 illustriert, der private Gesundheitsmarkt, in dem die Leistungserbringer bzw. -anbieter um die private Nachfrage der Patienten und anderer Bürger konkurrieren. Die Bürger fragen hier die Gesundheitsleistungen entsprechend ihrer individuellen Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit nach. 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 wie auf anderen Märkten die Unbedenklichkeit und Qualität dieser Güter in dem Sinne sicherstellen, dass diese keinen gesundheitlichen Schaden verursachen. Die Nachfrage folgt in diesem Fall dem subjektiven Bedarf der Patienten bzw. Bürger und orientiert sich nicht zwangsläufig an zielorientierten objektivierenden Kriterien, die den evidenzbasierten therapeutischen Nutzen in den Mittelpunkt stellen. Die Patienten bzw. Bürger entscheiden hier nach ihren Präferenzen, was ihnen Nutzen stiftet. 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. So erstattet z. B. die GKV nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) ab 2004 die meisten nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel nicht mehr, was zu einer Ausweitung dieses privaten Gesundheitsmarktes führte.



Quelle: Eigene Darstellung

29. Im *zweiten Wettbewerbsfeld*, dem kollektivvertraglichen System bzw. Leistungsbereich, 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. Die kollektiven Verträge lassen zwar keinen Preiswettbewerb zu, die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten aber auch im kollektivvertraglichen System einen Qualitätswettbewerb unter ihren Mitgliedern mit Hilfe entsprechender Vergütungssysteme auslösen bzw. installieren. Ebenso 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 (siehe hierzu unten unter 6). Dabei kann hier noch offen bleiben, ob eine selektivvertragliche Regelung in einigen Bereichen des derzeitigen kollektiven Systems über eine Intensivierung der wettbewerblichen Prozesse nicht zu noch besseren preislichen und qualitativen Ergebnissen führt.

30. 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 (GSG), das mit Wirkung zum 1. Januar 1993 in Kraft trat und den Versicherten der GKV weitgehende Freiheiten hinsichtlich der Wahl ihrer Krankenkasse eröffnete. In diesem Kontext fällt dem Risikostrukturausgleich (RSA) die Aufgabe zu, eine adäquate Ausgangsbasis für einen funktionsfähigen Wettbewerb zu schaffen, d. h. Risikoselektion der Krankenkassen weitmöglichst zu vermeiden und ihre Handlungen auf eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung zu konzentrieren. Der Gesetzgeber gewährte den Krankenkassen ab Ende der 1990er Jahre auch einige Wettbewerbsparameter, die es ihnen trotz einheitlichem Grundleistungskatalog erlaubten, sich wettbewerblich zu differenzieren (siehe ausführlicher unter 3.1). Wie die teilweise erheblichen Wanderungsbewegungen zwischen den Krankenkassen belegen, entfachte dieser Wettbewerb von Beginn an eine beachtliche Intensität, die zuletzt vor allem durch die Zusatzbeiträge verschärft wurde.

Obleich der Wettbewerb der Krankenkassen in Verbindung mit der Wahlfreiheit der Versicherten, die es in vielen anderen sozialen Krankenversicherungssystemen, wie z. B. dem englischen, nicht gibt, für die Wohlfahrt der Versicherten einen „Wert an sich“ darstellt (Jacobs/Reschke 1992: 15ff.) 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 (vgl. Wille 2009).

31. Im *vierten Wettbewerbsfeld*, dem Leistungsbereich, 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. In diesem Sinne treten die Krankenkassen in diesem Bereich als Agenten ihrer Versicherten und Patienten auf. Letztere besitzen die Möglichkeit, über eine Teilnahme an bestimmten Programmen und die Annahme von bestimmten Angeboten diesen Wettbewerb im Leistungsbereich auch unmittelbar zu beeinflussen.

Notwendige Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb im Leistungsbereich bilden aufseiten der Krankenkassen hinreichende Möglichkeiten der Differenzierung im Versorgungsgeschehen und aufseiten der Bürger und Patienten neben den Wahlfreiheiten ein Mindestmaß an Transparenz über die alternativen Angebote. In wettbewerblicher Hinsicht weist der Leistungsbereich unbeschadet einiger Fortschritte in den letzten beiden Jahrzehnten noch immer zwei zentrale Mängel auf: Zum einen verfügen die einzelnen Krankenkassen derzeit nur über einen geringen Spielraum für die inhaltliche Gestaltung des Leistungsangebotes (vgl. Dierks et al. 2010) und zum anderen fehlt es in den Teilbereichen, in denen sie sich differenzieren können, vielfach an einer passenden wettbewerblichen Rahmenordnung (siehe hierzu auch unten unter 6 und 7). Aus ordnungspolitischer Sicht besteht in diesem Wettbewerbsfeld auf das sich dieses Gutachten auch konzentriert, der größte Handlungsbedarf.

2.5 Preis- und Qualitätswettbewerb

32. Der Preiswettbewerb der Krankenkassen zielt wie in anderen Wirtschaftsbereichen 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, wobei hier zunächst offen bleiben kann, ob dies mit einer gleichbleibenden Versorgungsqualität einhergeht. 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 (siehe auch die Ergebnisse der Befragung im Exkurs in Kapitel 8). Das Streben nach einer Kostensenkung bzw.

-begrenzung bildet nicht zwangsläufig einen Gegensatz zum Qualitätswettbewerb, denn eine hohe Versorgungsqualität vermag, teilweise schon kurzfristig und in vielen Fällen auch wenn sie zunächst die Ausgaben erhöht, über ihre mittel- und langfristigen Wirkungen eventuell insgesamt auch zu einer Kostensenkung beizutragen. Zudem könnte eine von den Versicherten wahrgenommene höhere Qualität auch mit einem Zusatzbeitrag verknüpft sein.

33. 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. Ob beide Zielsetzungen miteinander harmonisieren, hängt maßgeblich von der entsprechenden Rahmenordnung ab. 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.

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 (vgl. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2009; Wille 2010; Greiner 2011; siehe auch unten 3.3 und 5). Die Messung der Qualität mit validen Qualitätsindikatoren verspricht, wie auch Studien belegen, eine verbesserte Gesundheitsversorgung und damit auch positive Effekte auf die gesundheitlichen Outcomes (vgl.

u. a. Leatherman/McCarthy 1999; Berwick et al 2003; Roski 2007). Dies geht nicht zuletzt darauf zurück, dass die Ergebnisse der Qualitätsmessung die Anstrengungen der Leistungserbringer, eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgung zu erzielen, zu intensivieren vermögen (vgl. Luck/Fu 2007). Sie können im Rahmen ihrer internen Qualitätsmessung und Berichterstattung Schwachstellen aufdecken, Gegenmaßnahmen ergreifen und auch ihre Resultate als Evaluationsbericht nach außen kommunizieren und somit ihre Leistungsqualität Patienten, Versicherten und Krankenkassen nahebringen (ähnlich Schell/Lauterbach 2002).

34. Die skizzierten 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 (siehe auch unten unter 5). 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 Focus auf die Beitragsentwicklung. Dabei könnten valide Qualitätsindikatoren und ein kontinuierliches systematisches Monitoring der Versorgungsqualität im Rahmen eines outcomeorientierten nationalen Berichtssystems den Leistungserbringern als Benchmark und den Versicherten und Patienten als relevante Informationsgrundlage für ihre Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, d. h. für ihre Auswahl der Anbieter, dienen (zu den methodischen und sonstigen Problemen siehe unter 5.1). Die Patienten verfügen bei nicht zeitkritischen planbaren Behandlungen über genügend Zeit und Möglichkeiten zur Informationsbeschaffung. Um qualitätsorientierte Reaktionen bei den Leistungserbringern auszulösen, reicht es schon aus, wenn anfangs nur ein geringer Prozentsatz der Patienten seine Wahlentscheidungen auf diese Weise fällt. Zudem besitzen dann auch die Krankenkassen einen Anreiz, selektive Verträge mit ausgewählten Leistungserbringern zu schließen und dabei Leistungsqualitäten zu vereinbaren, die über den gesetzlich vorgeschriebenen Normen liegen, was einen dynamischen Qualitätswettbewerb auszulösen verspricht.

2.6 Grundlegende Aspekte des Kartell- und Vergaberechts

2.6.1 Wettbewerbsschutz durch Kartellrecht im Gesundheitswesen

35. 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.¹³ Wo Wettbewerb ist, gilt grundsätzlich auch Wettbewerbsrecht. Es hat den Zweck, den Wettbewerb vor Beschränkungen durch die Wettbewerbsteilnehmer zu schützen und ist daher unerlässlich für sein Funktionieren. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen ist die Anwendung des Wettbewerbsrechts in seiner Reichweite jedoch unklar. Hier wird zuweilen dringender Handlungsbedarf gesehen. In jüngerer Zeit forderte insbesondere die Monopolkommission eine Ausdehnung des Schutzes vor Wettbewerbsbeschränkungen:

¹³ Siehe etwa die Begründung zum GKV-WSG.

„Die Krankenkassen stehen auf dem Versicherungsmarkt mit ihrem Angebot im Preis- und Qualitätswettbewerb um Versicherte, in den selektivvertraglichen Bereichen auf dem Leistungsmarkt im Wettbewerb um Verträge mit den Leistungserbringern. Bereits heute haben diese Strukturen den Charakter eines wettbewerblichen Leistungsaustauschs, der allerdings durch ein dichtes Netz an Regulierungen stark eingeschränkt ist. [...] Soll der Wettbewerbsprozess jedoch zu den gewünschten gemeinwohlfördernden Ergebnissen führen, ist er analog zu anderen Märkten vor Konzentrations-tendenzen und Beschränkungen zu schützen.“(Monopolkommission 2010: Rn. 1237).

2.6.1.1 Die Anwendbarkeit des deutschen und europäischen Kartellrechts auf die Tätigkeit gesetzlicher Krankenkassen

36. Während das Lauterkeitsrecht die Lauterkeit des Wettbewerbs zum Gegenstand hat – also die Frage wie im Wettbewerb gegenüber Kunden und Mitbewerbern agiert wird – ist der Schutz der Freiheit des Wettbewerbs grundsätzlich Aufgabe des Kartellrechts. Die maßgeblichen kartellrechtlichen Vorschriften sind auf europäischer Ebene die der Artt. 101, 102 Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) und auf nationaler Ebene die des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB). Mit der 6. und 7. GWB-Novelle hat der deutsche Gesetzgeber seine klare Entscheidung für einen Gleichlauf von europäischem und nationalem Kartellrecht bekundet. Die Formulierungen der §§ 1 und 2 GWB wurden wortgleich an Art. 101 AEUV angepasst und in der Begründung des Gesetzentwurfs zur 7. GWB-Novelle heißt es:

„Die Tatbestandsmerkmale des § 1, wie etwa die Definition von Unternehmen oder Unternehmensvereinigungen oder das Merkmal einer Verhinderung, Einschränkung oder Verfälschung des Wettbewerbs, sind daher im Lichte der zu Artikel 81 Abs. 1 EG [heute Art. 101 AEUV] ergangenen Rechtsprechung und Rechtsanwendungspraxis auszulegen und anzuwenden [...]. Dies gilt auch für wettbewerbsbeschränkende Vereinbarungen oder Verhaltensweisen, die nicht geeignet sind, den Handel zwischen den EG-Mitgliedstaaten zu beeinträchtigen.“

37. Eine identische Auslegung des nationalen und europäischen Kartellrechts sollte also gerade auch über den Anwendungsbereich des Unionsrechts hinaus erzielt werden. Damit würde eine Auslegung der Tatbestandsmerkmale der GWB-Vorschriften, die von der europäischen Interpretationspraxis des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) abweicht, dem ausdrücklichen Willen des deutschen Gesetzgebers widersprechen.

Das heißt konkret: Wenn die Krankenkassen in den Anwendungsbereich des europäischen Kartellrechts fallen, so gilt auch das GWB. Entscheidend ist damit, ob die öffentlich-rechtlich organisierten gesetzlichen Krankenkassen dem europäischen Kartellrecht unterliegen. Schlüsselbegriff ist der sog. „Unternehmensbegriff“ und die Frage, ob die gesetzlichen Krankenkassen als Unternehmen im Sinne des europäischen Kartellrechts qualifiziert werden können.

38. Ausdrücklich abgelehnt hat der EuGH die Unternehmenseigenschaft deutscher gesetzlicher Krankenkassen und ihrer Verbände in der Rechtssache „AOK-Bundesverband“. In dem Urteil aus dem Jahr 2004 entschied er, dass die Krankenkassen bei der Festsetzung von Festbeträgen für die Kostenübernahme von Arzneimitteln nicht als Unternehmen und ihre Verbände daher nicht als Unternehmensvereinigungen im Sinne des Art. 101 AEUV (ex Art. 81 EG) zu qualifizieren seien.

Dabei geht der EuGH von einem funktionalen, tätigkeitsbezogenen Unternehmensbegriff aus. Funktional ist der Begriff, weil er ausgehend vom Gesetzeszweck – d. h. dem möglichst umfassenden und effektiven Schutz vor Wettbewerbsbeschränkungen – her zu bestimmen ist und tätigkeitsbezogen, weil er auf die Tätigkeit des Handelnden und nicht auf seine Rechtsform schaut. Ein Unternehmen im Sinne des europäischen Kartellrechts definiert der EuGH somit als „jede eine wirtschaftliche Tätigkeit ausübende Einheit, unabhängig von der Rechtsform und der Art der Finanzierung“.¹⁴ Dass die gesetzlichen Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert und Teil der mittelbaren Staatsverwaltung sind, spielt nach dieser Definition somit keine Rolle für ihre Einordnung als Unternehmen. Für das deutsche Recht stellt das GWB dies noch einmal ausdrücklich klar in § 130 Abs. 1.

Für die Einordnung der Träger eines nationalen Systems der sozialen Sicherheit als Unternehmen ist vielmehr einzig entscheidend, ob ihre Tätigkeit sich als eine wirtschaftliche darstellt oder ob das Leistungssystem derart vom Grundsatz der Solidarität geprägt ist, dass von einer marktkonformen Tätigkeit nicht mehr gesprochen werden kann.

Der EuGH verneinte die Unternehmenseigenschaft der deutschen Krankenkassen 2004 vor allem gestützt auf die Überlegung, dass gesetzliche Krankenkassen einen rein sozialen Zweck erfüllen ohne die Absicht der Gewinnerzielung. Ihre Tätigkeit beruhe auf dem Grundsatz der Solidarität, da die Krankenkassen verpflichtet seien, ihren Mitgliedern im Wesentlichen gleiche von der Beitragshöhe unabhängige Pflichtleistungen anzubieten und sie untereinander durch den Risikostrukturausgleich zu einer Solidargemeinschaft zusammengeschlossen seien. Daher „[konkurrierten] sie weder miteinander noch mit privaten Einrichtungen hinsichtlich der Erbringung der im Bereich der Behandlung oder der Arzneimittel gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen, die ihre Hauptaufgabe darstellt“.¹⁵ Auch der den Krankenkassen eingeräumte Spielraum bei der Festlegung des Beitragssatzes ändere hieran nichts, da der Wettbewerb um Mitglieder nur den Zwecken der Funktionsfähigkeit des Systems und der Effizienzsteigerung diene. Zu den rein sozialen Aufgaben der Krankenkassen gehöre auch die Festsetzung von Festbeträgen.¹⁶

39. Ob das hier gefundene Ergebnis auch in der heutigen Situation der GKV noch Gültigkeit beansprucht, wird unterschiedlich beurteilt. Die Auffassung des EuGH zur Unternehmenseigenschaft der Krankenkassen könnte nach den Reformen insbesondere durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)¹⁷ und das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)¹⁸ anders ausfallen. Das GKV-WSG sollte eine Verstärkung des Wettbewerbs innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zum Zweck der Effizienz- und Qualitätssteigerung bewirken. Die Krankenkassen könnten also durch das zwischen ihnen entstandene Konkurrenzverhältnis zu Wettbewerbern innerhalb eines marktwirtschaftlichen Systems und damit zu Unternehmen im Sinne der §§ 1, 130 Abs. 1 S. 1 GWB geworden sein. Da die Qualifizierung eines Sozialversicherungsträgers als Unternehmen von der konkreten Ausgestaltung des Systems abhängt, kann jede Reform Auswirkungen auf die Einordnung haben. Fraglich ist, „ob das

14 EuGH v. 23.4.1991 – C-41/90, Slg. 1991, I-1979, Rn. 21 – Höfner und Elser; v. 22.1.2002, C-218/00, Slg. 2002, I-691, Rn. 22 – Cisa; v. 16.3.2004 – verb. Rs. C-264/01 u. a., Slg. 2004, I-2524, Rn. 46 – AOK.

15 EuGH v. 16.3.2004 – verb. Rs. C-264/01 u. a., Slg. 2004, I-2524, Rn. 54 – AOK.

16 EuGH v. 16.3.2004 – verb. Rs. C-264/01 u. a., Slg. 2004, I-2524, Rn. 59-63 – AOK.

17 Gesetz v. 26.03.2007, BGBl. I S. 378 (Nr. 11); Geltung ab 01.04.2007, abweichend siehe Artikel 46.

18 Gesetz v. 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309).

Ausmaß bzw. der Grad der Solidarität das Leistungssystem derart prägt, dass von einer marktförmigen Tätigkeit nicht mehr gesprochen werden kann.“ (Roth 2007: 650).

40. Durch das GKV-WSG wurde den Krankenkassen mehr Vertragsfreiheit eingeräumt und kassenartübergreifende Fusionen wurden ausdrücklich zugelassen (§ 171a SGB V). Wichtige Neuerungen waren überdies die Einrichtung des Gesundheitsfonds, aus dem die Krankenkassen nun die Mittel zur Deckung ihres Finanzbedarfs erhalten und die damit verbundene Einführung von Zusatzbeiträgen (§ 242 SGB V), die die Krankenkassen von ihren Mitgliedern erheben müssen, wenn die Mittel aus dem Fonds nicht ausreichen. Außerdem wurden sog. Wahltarife eingeführt. Nach § 53 Abs. 1 und 2 SGB V können die Krankenkassen nun Selbstbehalte gegen eine Prämienzahlung sowie Beitragsrückerstattungen als weiteres Mittel zur Beitragsdifferenzierung vorsehen. Schließlich ist die 2004 in Gang gesetzte Entwicklung einer teilweisen Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs im GKV-WSG (sowie den Folgereformen) weiter vorangetrieben worden. Der Staatszuschuss ist auf einen Jahresbetrag von 14 Milliarden Euro angewachsen (vgl. § 221 Abs. 1 S. 2 SGB V)).

41. Das Bundeskartellamt vertritt die Annahme, insbesondere die Einführung des Gesundheitsfonds nach §§ 266 ff. SGB V habe dazu geführt, dass die Krankenkassen nun auch nach der EuGH-Rechtsprechung Unternehmen geworden sind. Es geht von einer strikten Trennung zwischen dem solidarischen Gesundheitsfonds und den wirtschaftlich handelnden Krankenkassen aus. Der Gesetzgeber habe „eine eindeutige institutionelle Trennung zwischen der dem Solidaritätsbegriff zu Grunde liegenden Einkommensverteilung durch einkommensabhängige Beiträge einerseits und den dem Versicherungsprinzip folgenden Tätigkeiten der Krankenkassen vorgenommen.“¹⁹ Es sei nicht das Gesamtsystem der GKV, sondern nur die einzelne Krankenkasse hinsichtlich ihrer Unternehmenseigenschaft zu beurteilen und die Aufgabe der Solidarität übernehme nun der Gesundheitsfonds und nicht mehr die Krankenkasse selbst. Das Argument leuchtet ein, die Aufsplittung erscheint jedoch kaum durchgreifend. Dass der Risikostrukturausgleich, der auch zuvor schon bestand, von einem internen Ausgleichssystem in ein externes, das zentral vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird, ausgelagert wurde, kann allein nicht eine andere Beurteilung über die wirtschaftliche Tätigkeit von Krankenkassen rechtfertigen. Gem. § 241 Abs. 1 SGB V wurde mit der Einführung des Gesundheitsfonds ein einheitlicher Beitragssatz in der GKV eingeführt. Während die Krankenkassen zuvor vor allem über ihre Beitragssätze in Wettbewerb traten, ist dies heute im Wege der Zusatzbeiträge (bzw. Prämien, wenn die Mittel aus dem Fonds den Finanzbedarf übersteigen, vgl. § 242 Abs. 2 SGB V), über die Wahltarife sowie über die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V möglich. Zwar haben die Wahltarife in gewissem Umfang zu einer „Entsolidarisierung“ (Thüsing 2008a, 2008b) geführt, weil einkommensstarke, gesunde Versicherte die Möglichkeit erhalten, sich in gewissem Umfang dem Solidarausgleich zu entziehen,²⁰ insgesamt ändern aber auch sie nichts an dem Gesamtcharakter der gesetzlichen Krankenkassen, der nach wie vor stärker von dem Prinzip der Solidarität geprägt wird, als von der marktförmigen Tätigkeit. Sieht man die Wahltarife im Zusammenhang mit der Vereinheitlichung des Beitragssatzes, so stellen sie – neben dem Zusatzbeitrag – eine Möglichkeit der Preisdifferenzierung dar und unterstützen so den Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen. Zu dem intensivierten Beitragswettbewerb unter den Krankenkassen (siehe auch Kapitel 8) hat der EuGH bereits ausdrücklich Stellung genommen und diesen nicht als Faktor angesehen, der zur Begründung einer

¹⁹ Vgl. den Beklagtenvortrag in LSG Hessen v. 15.9.2011 – L 1 KR 89/10 KL, Rn. 50, juris.

²⁰ Vgl. ausführlich zu Wahlтарifen (Thüsing 2008a, 2008b).

Unternehmenseigenschaft der Krankenkassen führen könne. Der Gerichtshof erkennt vielmehr an, dass den Trägern sozialer Sicherheit ökonomische Instrumente an die Hand gegeben werden, um zu einer bestmöglichen Allokation der öffentlichen Mittel zu gelangen.

42. Die Handlungsspielräume der Krankenkassen, durch die ein Konkurrenzverhältnis entstehen kann, sind zudem überwiegend gesetzlich begrenzt und unterliegen der staatlichen Aufsicht. Schließlich führt zwar die zunehmende Finanzierung der Krankenkassen aus Steuermitteln dazu, dass die Umverteilung teilweise von der Versicherungsgemeinschaft auf die Gesamtgesellschaft übertragen wird, die Staatszuschüsse haben aber noch kein solches Gewicht, dass sie den prägenden solidarischen Charakter der Sozialversicherungsträger aufheben (vgl. Kingreen 2007).

43. Einfluss auf die Qualifikation der Krankenkassen als „Unternehmen“ nach dem europäischen Kartellrecht könnte weiterhin die Entwicklung der Zusatzbeiträge gem. § 242 SGB V haben. Die durch das GKV-WSG eingeführten kassenindividuellen Zusatzbeiträge sind Beitrags Elemente, die sich nicht nach dem Einkommen des Versicherten richten, sondern pauschal für alle Versicherten der Krankenkasse berechnet werden. Durch sie wird also ein neues Verfahren der Beitragsbemessung in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt, das das Solidarprinzip schwächt. Zwar vollzieht sich auch im Rahmen der pauschalen Beiträge ein Ausgleich zwischen guten und schlechten Risiken, ein Ausgleich zwischen leistungsstarken und leistungsschwachen Versicherten findet hingegen nicht automatisch und durchgängig statt (Sozialausgleich). Zunächst war die gesetzliche Systematik so angelegt, dass die Krankenkassen sich grundsätzlich umfänglich aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds finanzieren. Ein Zusatzbeitrag sollte also nur bei unwirtschaftlicher Verwaltung der Kasse anfallen. Wirtschafteten die Krankenkassen dagegen besonders sparsam, konnten sie den Versicherten Überschüsse als Prämien auszahlen. Inzwischen wurde das Recht der Zusatzbeiträge noch einmal reformiert. Seit dem 1. Januar 2011 sollen die Zusatzbeiträge auch über die Einnahmenentwicklung hinausgehende Kostensteigerungen ausgleichen. Außerdem ist ihre Höchstbegrenzung aufgehoben worden.²¹ Es steht zu erwarten, dass die Zusatzbeiträge daher in Zukunft regelmäßige Bestandteile des Beitrags zur GKV werden und ihre Bedeutung daher zunimmt (Becker/Schweitzer 2012). Nach wie vor haben sie jedoch noch kein so starkes Gewicht, dass sie den prägenden solidarischen Charakter aufzuheben vermögen, der vom EuGH als wesentliches Argument gegen eine Unternehmenseigenschaft angeführt wird. Unabhängig von der Frage, ob auch bei einer Finanzierung durch pauschale Beiträge noch eine Aufgabe mit rein sozialem Charakter wahrgenommen würde, dominieren in der GKV noch immer eindeutig die einkommensabhängigen Beiträge.

Entgegen der Auffassung des Bundeskartellamts²² ist somit nicht davon auszugehen, dass das GKV-WSG zu einer Änderung der Auffassung des EuGH über die Unternehmenseigenschaft gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland geführt hat.

44. Damit lässt sich festhalten, dass das europäische Kartellrecht derzeit wohl keine Anwendung auf den Wettbewerb unter den Krankenkassen der GKV findet. Dies gilt nach dem oben dargelegten Gleichlauf von europäischem und nationalem Kartellrecht direkt auch für das deutsche GWB.

21 Änderung durch das GKV-FinG v. 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309), zu der Begründung vgl. BT-Drs. 17/3360 S. 3.

22 Die Auffassung des BKartA teilend: Monopolkommission, 18. Hauptgutachten, BT-Drs. 17/2600, Rn. 1205 f.; in die Richtung gehend auch Sträter/Natz, PharmR 2007, 7 (10).

Der deutsche Gesetzgeber hat diesem Umstand jedoch Rechnung getragen und ordnet in § 69 Abs. 2 SGB V in seiner seit dem 1. Januar 2011 aufgrund des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) geltenden Fassung die „entsprechende“ Anwendung des Kartellverbots und der meisten anderen Vorschriften des GWB ausdrücklich an. Die Vorschrift gilt jedoch nur für die Tätigkeit der Krankenkassen auf dem Leistungsmarkt, d. h. im Verhältnis der Krankenkassen zu ihren Leistungserbringern.

45. Zu der Anwendung des Kartellrechts auf die Tätigkeit der Krankenkassen auf dem Versicherungsmarkt, d. h. im Preis- und Qualitätswettbewerb um Versicherte jedoch schweigt das Gesetz. 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. Das Gericht hatte über ein Auskunftsverlangen des Bundeskartellamts gegen acht gesetzliche Krankenkassen zu entscheiden, die gemeinsam die Erhebung eines Zusatzbeitrags in einheitlicher Höhe angekündigt hatten. Das Gericht hielt den Auskunftsbeschluss für unzulässig und unbegründet, da die Krankenkassen nicht dem Kartellrecht und damit auch nicht dem Verbot von Preisabsprachen unterlägen. Zu einem anderen Ergebnis hätte das Gericht nur kommen können, wenn es die Änderungen im System der GKV durch das GKV-WSG mit dem beklagten Bundeskartellamt für so gravierend angesehen hätte, dass sich die Tätigkeit der Krankenkassen von einer sozialen zu einer wirtschaftlichen Tätigkeit am Markt entwickelt hätte. Dass der EuGH so entscheiden würde, ist aber wie soeben dargelegt, nicht anzunehmen.

46. Damit wird der Wettbewerb der Krankenkassen derzeit nur auf dem Leistungsmarkt, nicht aber auf dem Markt um Versicherte wirksam geschützt. Damit wird letztlich ein Wettbewerb geschaffen, dessen Freiheit nicht rechtlich abgesichert ist. Sektorenspezifische Besonderheiten, die fraglos bestehen, werden nicht zum Argument der Modifikation der allgemeinen Regeln, sondern zur gänzlichen Freistellung. Aus der Notwendigkeit, die allgemeinen Regeln des Wettbewerbs bereichsspezifisch anzuwenden und zu konkretisieren wird das Postulat abgeleitet, ganz auf diese allgemeinen Regeln zu verzichten.

2.6.1.2 Möglichkeiten eines Wettbewerbsschutzes auf dem Versicherungsmarkt

47. Der Status quo hindert freilich nicht den nationalen Gesetzgeber am Handeln. Das Ergebnis steht im Widerspruch zu der Intention des Gesetzgebers der jüngsten Reformen, den Wettbewerb in der GKV zu stärken. Wer die Einführung von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen damit begründet, ein „zusätzliches Wettbewerbsinstrument“ zu schaffen, muss hier auch zusätzliches Wettbewerbsrecht schaffen, um das effizienzsteigernde Instrument wirksam werden zu lassen.

Empfohlen wird daher ein Tätigwerden des Gesetzgebers. Die Entwicklung des § 69 SGB V zeigt, dass differenziertere Lösungen denkbar sind. Die Vorschrift wurde in den vergangenen sieben Jahren drei Mal geändert, zuletzt durch das AMNOG. Das kann auch für die Angebotstätigkeit auf dem Versicherungsmarkt weiter gedacht werden. Wettbewerbsrecht muss überall dort Anwendung finden, wo die Krankenkassen wettbewerblich handeln, nicht nur im Verhältnis zu den Leistungserbringern. Die Monopolkommission forderte 2010, „die Krankenkassen grundsätzlich dem Wettbewerbsrecht zu unterstellen“ (Monopolkommission 2010: 405). Ausnahmen seien auf die Bereiche zu beschränken, in denen die Krankenkassen aufgrund ihres hoheitlichen Versorgungsauftrags zu kollektivem

Handeln verpflichtet sind. Europarechtlich zulässig wäre dies, denn das europäische Kartellrecht entfaltet keine Sperrwirkung dahingehend, dass der Adressatenkreis nicht weiter gefasst werden darf über den Kreis der „Unternehmen“ hinaus.

48. In dieselbe Richtung deutet auch das Gutachten zum 69. Deutschen Juristentag (Becker/Schweitzer 2012). Becker und Schweitzer fordern den Wettbewerb im System der GKV konsequent unter rechtlichen Schutz zu stellen. Sie zeigen zwei unterschiedliche Regelungsalternativen auf: 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. Nach umfassender Untersuchung kommen die Verfasser zu dem Ergebnis, dass die kartellrechtlichen Bestimmungen des GWB auch für die Krankenkassen als geeignet erscheinen und empfehlen die zweite Option, nämlich die entsprechende Anwendung des GWB auf gesetzliche Krankenkassen (Becker/Schweitzer 2012).

Das erscheint stimmig. Das Kartellrecht ist zur Regulierung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen 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 (Steinmeyer 2000; Kersting/Faust 2012). 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 wettbewerbles Verhalten voraussetzt (Kersting/ Faust 2012). Die Rechtsgebiete greifen daher systematisch stimmig in einander, so dass eine „Feinsteuerung“ und ein versöhnliches Miteinander von Kartell- und Sozialrecht möglich ist.

49. Angestoßen durch das Urteil des LSG Hessen²³ und die Debatte in Wissenschaft und Praxis ist die Bundesregierung bereits tätig geworden und hat einen ersten Gesetzentwurf im Rahmen der 8. GWB-Novelle vorgelegt.²⁴ Der Gesetzentwurf zielt auf Änderungen sowohl des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch (SGB V) als auch des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) und des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB). Er dient dem Zweck, den Wettbewerb innerhalb der GKV zu schützen und erweitert daher die Anwendung wettbewerbsrechtlicher Vorschriften auf gesetzliche Krankenkassen. Dem § 4 Abs. 3 SGB V, der das Gebot der Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden regelt, sollen 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. Zudem ist eine Regelung vorgesehen, die der Verhinderung unlauterer Wettbewerbspraxen dient, indem sie den Krankenkassen einen Unterlassungsanspruch gibt, um unzulässige Werbemaßnahmen anderer Krankenkassen zu verhindern. § 12 Abs. 1-3 UWG wird für entsprechend anwendbar erklärt. Darüber hinaus wird ein § 172a in das SGB V

²³ LSG Hessen v. 15.9.2011 – L 1 KR 89/10 KL, juris.

²⁴ BR-Drucks. 176/12.

eingefügt, der die Regelungen über die Zusammenschlusskontrolle durch das Bundeskartellamt nach dem GWB auf die freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen für entsprechend anwendbar erklärt und diese mit dem Genehmigungsverfahren nach dem SGB V abstimmt. Die Vorschrift des § 51 Abs. 3 SGG wird dahingehend geändert, dass kartellrechtliche Streitigkeiten, die künftig aufgrund der Anwendung der §§ 4 Abs. 3 S. 2 und § 172a SGB V entstehen, von der Zuständigkeit der Sozialgerichte ausgenommen sind. Diese werden der Zuständigkeit der ordentlichen Gerichtsbarkeit unterfallen, wie die kartellrechtlichen Streitigkeiten gem. § 69 SGB V i.V.m. den entsprechenden Vorschriften des GWB. In § 50c Abs. 2 GWB werden schließlich das Bundesversicherungsamt und die für die Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder als weitere Stellen benannt, mit denen die Kartellbehörden im Rahmen ihrer Aufgaben regelmäßig zusammenarbeiten.

50. Diesen Vorschlag unterstützt auch die Monopolkommission in ihrem Sondergutachten zur Novelle des GWB (Monopolkommission 2010). Sie fordert, die Vorgaben über die Anwendung des Wettbewerbsrechts im Gesundheitswesen an ein eindeutiges und konsistenzgebendes Leitbild anzupassen. Dafür sei es notwendig, die Krankenkassen grundsätzlich dem Wettbewerbsrecht zu unterstellen, wenn sie wettbewerblich am Markt agieren sollen. Ausnahmen sind auf die Bereiche zu begrenzen, in denen die Krankenkassen aufgrund ihres hoheitlichen Versorgungsauftrags zu kollektivem Handeln verpflichtet sind. Wettbewerblich sollen die Krankenkassen zum einen auf dem Versicherungsmarkt auftreten, zum anderen auf dem Leistungsmarkt, sofern selektivvertragliche Leistungsbereiche betroffen sind. Um der Unsicherheit entgegenzuwirken, ob das Handeln der Krankenkassen unternehmerisches Handeln im Sinne des Kartellrechts ist, sollte nach Auffassung der Monopolkommission der Charakter dieses Handelns im Gesetz definiert werden. Da so gleichzeitig eine klare Trennung zwischen der Anwendung des GWB als Grundregel und den klar bezeichneten Ausnahmen zur Wahrung solidarischer Aufgaben festgelegt wird, kann die spezifische Definition des Anwendungsbereichs des Kartellrechts in § 69 SGB V entfallen.

51. Damit würde der Gesetzgeber im Wesentlichen in Übereinstimmung mit den aufgezeigten Handlungsempfehlungen aus der Wissenschaft handeln. Er entscheidet sich für eine analoge Anwendung des GWB auch auf die Tätigkeit der Krankenkassen auf dem Versicherungsmarkt. So wird Einheitlichkeit zu § 69 Abs. 2 S. 1 SGB V geschaffen und die Krankenkassen werden in ihrem wettbewerblichen Handeln umfänglich dem Kartellrecht unterstellt. Dies kann ein wichtiger unterstützender Schritt zur Verwirklichung eines funktionierenden Wettbewerbs in der GKV sein.

2.6.2 Die Anwendbarkeit des Vergaberechts auf die gesetzlichen Krankenkassen

52. Voraussetzung für die Anwendung der §§ 97 ff. GWB i.V.m. der RL 2004/18/EG auf die gesetzlichen Krankenversicherungsträger ist zunächst, dass es sich bei diesen um „öffentliche Auftraggeber“ handelt. Zwar hat die Bundesrepublik Deutschland die gesetzlichen Krankenkassen der Europäischen Kommission als „öffentliche Einrichtung“ gemeldet, so dass diese in Anhang III Punkt III.1.1 RL 2004/18/EG geführt werden. Indes hat der EuGH in der Rechtssache Oymanns²⁵ zu Recht angemerkt, dass diesem Umstand nur indizielle Bedeutung zukommt und dass die Tatbestandsmerkmale eines öffentlichen Auftraggebers gleichwohl zu prüfen sind.

²⁵ EuGH, Urt. v. 11.6.2009, Rs. C-300/07, NJW 2009, 2427 – Oymanns; BayObLG, Beschl. v. 24.5.2004 – Verg 006/04, NVwZ 2005, 117.

53. Bejaht man die Auftraggebereigenschaft der Krankenkassen in diesem Sinne, so muss darüber hinaus der sachliche Anwendungsbereich eröffnet sein, d. h. es muss ein *öffentlicher Auftrag* vorliegen. Das lässt sich nicht pauschal für die gesamte GKV beantworten, sondern nur mit Blick auf die einzelnen zur Leistungserbringung abgeschlossenen Verträge. So genannte Kollektivverträge fallen dabei von vornherein aus dem Anwendungsbereich von §§ 97 ff. GWB i.V.m. RL 2004/18/EG heraus, weil hier keine Leistungserbringer ausgewählt werden, sondern jeder Leistungserbringer grundsätzlich Anspruch auf Partizipation an der Leistungsvergabe hat (§§ 96, 97 SGB V) (Heinemann 2009; Sormani-Bastian 2007). Insoweit hat der Gesetzgeber die Anwendung des Vergaberechts durch § 69 Abs. 2 S. 2 SGB V unionsrechtskonform ausgeschlossen (Heinemann 2009).

54. Schließlich müssen bestimmte *Schwellenwerte* überschritten sein. Eine vergaberechtliche Ausschreibungspflicht für Verträge zwischen der Krankenkasse und dem jeweiligen Leistungsträger besteht nach § 100 Abs. 1 GWB, Art. 7 RL 2004/18/EG i.V.m. VO (EG) Nr. 1422/2007 nur, wenn der Wert des Auftrages die Schwelle von derzeit 193 000 Euro überschreitet.²⁶

55. Damit das deutsche und europäische Vergaberecht Anwendung findet, müssen diese Voraussetzungen hinsichtlich eines abgeschlossenen Vertrages grundsätzlich kumulativ vorliegen. Unabhängig vom Vorliegen dieser Tatbestandsmerkmale erklärt der durch das AMNOG neu gefasste Satz 4 des § 69 Abs. 2 SGB V jedoch nun: „Die Vorschriften des Vierten Teils des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sind anzuwenden“. Die §§ 97 ff. GWB über die Vergabe öffentlicher Aufträge werden damit vorbehaltlos für anwendbar erklärt. Zuvor galt dies nur, „soweit die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind“. Unklar ist, ob hieraus zu folgern ist, dass der deutsche Gesetzgeber die Träger der GKV nunmehr als „öffentliche Auftraggeber“ i.S.d. RL 2004/18/EG anerkennt. Dies ist trotz des geänderten Wortlautes nicht anzunehmen. Dagegen spricht, dass es einer Regelung wie § 69 Abs. 2, S. 4 SGB V dann gar nicht bedurft hätte, wenn die Krankenkassen ohnehin als „öffentliche Auftraggeber“ angesehen würden. Die §§ 97 ff. GWB wären dann schon ohne einen Verweis anwendbar.

Eine Prüfung der Voraussetzungen der Eigenschaft „öffentlicher Auftraggeber“ zeigt indessen, dass der § 69 Abs. 2 S. 4 in der Fassung des AMNOG lediglich Umsetzung des unionsrechtlich Gebotenen ist. Der persönliche Anwendungsbereich des Vergaberechts erweist sich nämlich auch ohne die ausdrückliche Anordnung des § 69 Abs. 2 S. 4 SGB V als eröffnet.

2.6.2.1 Persönlicher Anwendungsbereich – Öffentlicher Auftraggeber

56. Da die Krankenkassen als Versicherungsträger keine Gebietskörperschaften i.S.d. § 98 Nr. 1 GWB, Art. 1 Abs. 9 S. 1 RL 2004/18/EG darstellen, können sie nur öffentliche Auftraggeber nach § 98 Nr. 2, Art. 1 Abs. 9 S. 2 RL 2004/18/EG sein. Nach allgemeiner Ansicht (Heinemann 2009; Bernhardt 2008; König et al. 2008) erfüllen die Krankenkassen jedenfalls das Merkmal einer „juristischen Person“, denn sie sind nach § 29 Abs. 1 SGB IV, § 4 Abs. 1 SGB V rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts.

57. Damit die Krankenkassen als öffentlicher Auftraggeber qualifiziert werden können, müssen sie nach § 98 Nr. 2 GWB, Art. 1 Abs. 9 S. 2 RL 2004/18/EG *im Allgemeininteresse liegende Aufgaben* erfüllen. Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat nach § 1 S. 1 SGB V die Aufgabe, die

²⁶ Zur Berechnung von Auftragswerten im Bereich der Krankenversicherung (Kunze/Kreikebohm 2003).

Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Krankenkassen haben den Versicherten bei der Erhaltung ihrer Gesundheit nach § 1 S. 3 SGB V durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken. Nach allgemeiner Ansicht nehmen die gesetzlichen Krankenkassen damit eine im Allgemeininteresse liegende Aufgabe wahr und wurden auch zu diesem Zweck gegründet (Heinemann 2009; Junker/Goodarzi 2004; Sieben 2006; Klöck 2007; Frenz 2008; König et al 2008).

58. Nach wohl ebenfalls allgemeiner Auffassung werden die Krankenkassen auch nicht *gewerblich tätig*²⁷ (Heinemann 2009; Kingreen 2004; Goordazi/Junker 2007; Heßhaus 2007; Kamann/Gey 2006; Sieben 2007; Klöck 2008; Bernhardt 2008; Koenig/Klahn/Schreiber 2008; Goordazi/Schmid 2008). Der EuGH fragt danach, ob eine Gewinnerzielungsabsicht besteht, die Einrichtung einem Wettbewerbsdruck ausgesetzt ist und ob sie das Verlustrisiko selbst trägt. Die Krankenkassen verfolgen keine Gewinnerzielungsabsicht, sie finanzieren sich nach § 220 Abs. 1 S. 1 SGB V aus den Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeber. Überschüsse können nach § 242 Abs. 2 SGB V nur an die Versicherten ausgeschüttet werden. Auch sehen sich die gesetzlichen Krankenkassen trotz des GKV-WSG nur einem rudimentären Wettbewerb untereinander und im Verhältnis zu den Privatkassen ausgesetzt. Denn die gesetzlichen Krankenkassen bieten im Wesentlichen ein gesetzlich definiertes Leistungspaket an und haben daher in erster Linie die Möglichkeit zum Preiswettbewerb im Rahmen des Zusatzbeitrages nach § 242 Abs. 1 SGB V. Schließlich tragen die Krankenkassen das Verlustrisiko nicht selbst, da nach § 265a SGB V eine Insolvenzversicherung besteht und über den Gesundheitsfonds ein Risikostrukturausgleich nach § 266 SGB V erfolgt.

59. Als problematisch erwies sich lange Zeit die Frage, ob die gesetzlichen Krankenkassen überwiegend staatlich finanziert werden. Eine auch vom Bayerischen Obersten Landesgericht (BayObLG) vertretene Auffassung weist darauf, dass die Krankenkassen nicht überwiegend durch staatliche Zahlungen, sondern durch die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber finanziert werden. Die staatlichen Zuschüsse nach § 221 Abs. 1 SGB V und der Staatsbeitrag für Wehr- und Zivildienstleistende (§ 251 Abs. 4 SGB V) machten nur einen kleinen Teil der Einnahmen aus. Von einer überwiegenden staatlichen Finanzierung könne aber erst ab einer staatlichen Quote von mehr als 50 % gesprochen werden. Mittelbare Zahlungen von Privaten, auch aufgrund zwingenden Rechts, seien von Art. 1 Abs. 9 S. 2 RL 2004/18/EG nicht erfasst, weil der Wortlaut „überwiegend [...] vom Staat finanziert“ (en: financed [...] by the State; fr: financée majoritairement par l'État) dem entgegenstehe²⁸ (Byok/Jansen 2005; Dreher 2005; Kingreen 2004; Heßhaus 2007; Bernhardt 2008). Die Gegenauffassung hielt dem entgegen, dass die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber kraft zwingenden Rechts (§§ 220ff. SGB V) zu zahlen seien und dass die Höhe der Beiträge durch den Staat festgelegt würden – was die Möglichkeiten zur Beitragsgestaltung durch Zusatzbeiträge oder Prämien nicht berücksichtigt. Deshalb genüge auch eine bloß mittelbare Finanzierung durch Private, zumindest aufgrund zwingenden Rechts, um den Tatbestand zu erfüllen²⁹ (Heinemann 2009;

27 EuGH, Urt. v. 11.6.2009, Rs. C-300/07, NJW 2009, 2427 – Oymanns; BayObLG, Beschl. v. 24.5.2004 – Verg 006/04, NVwZ 2005, 117.

28 BayObLG, Beschl. v. 24.5.2004 – Verg 006/04, NVwZ 2005, 117, 118.

29 LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.1.2010 - L 21 KR 68/09 SFB, juris Rn. 38; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.2.2010 - L 21 KR 60/09 SFB, juris Rn. 47; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.3.2010 - L 21 SF 41/10 Verg, juris Rn. 35; OLG Düsseldorf, EuGH-Vorlage v. 21.7.2006 – VII-Verg 13/06, NZBau 2006, 731, 734; VK Lüneburg, Beschl. v. 21.9.2004 – 203-VgK 42/2004, n.v. (juris).

Sormani-Bastian 2007; Kaeding 2007; Kamann/Gey 2006; Rixen 2006; Sieben 2007; Klöck 2008; Wollenschläger 2004; Koenig/Klahn/ Schreiber 2008; Goordazi/Schmid 2008; Schäffer 2009).

Der EuGH hat diese Rechtsfrage zunächst in der Rs. Bayerischer Rundfunk sowie später in der Rs. Oymanns im Sinne der letztgenannten Auffassung für die Praxis entschieden³⁰ (Sormani-Bastian 2010). Zu Recht: Der Wortlaut gibt im europäischen Recht meist nur ein schwaches Argument ab, bedeutsamer ist der Zweck einer Regelung. Bereits der Wortlaut des Art. 1 Abs. 9b S. 2 lit. c) RL 2004/18/EG schließt aber nicht aus, auch Zahlungen, die mittelbar aufgrund staatlicher Weisung erfolgen, als erfasst anzusehen, denn die Norm verlangt gerade keine unmittelbare Finanzierung durch den Staat. Aus teleologischer Sicht ohnehin überzeugender ist es, auch mittelbare Zahlungen dem Tatbestandsmerkmal zu subsumieren, denn anderenfalls könnte der Tatbestand allzu leicht umgangen werden. Zudem muss man spätestens seit der Errichtung des „Gesundheitsfonds“ (§ 271 SGB V) davon ausgehen, dass die Krankenkassen überwiegend staatlich finanziert sind. Denn der Gesundheitsfonds zieht zunächst sämtliche Beiträge ein, um sie dann an die Krankenkassen wieder auszuschütten (§§ 252 Abs. 2 S. 2, 266 Abs. 1 S. 1 SGB V)³¹. Damit sind die Krankenkassen überwiegend staatlich finanziert und bereits deshalb „öffentliche Auftraggeber“.

60. Alternativ zu der gerade genannten Voraussetzung der überwiegenden staatlichen Finanzierung ist öffentliche Auftraggebereigenschaft auch dann gegeben, wenn der Rechtsträger staatlicher Aufsicht unterliegt. Dies ist für die Krankenkassen der GKV umstritten. Der EuGH hat dies in der Rs. Oymanns offen gelassen³² – und konnte das auch, da dies ja nach Art. 1 Abs. 9 lit. c) RL 2004/18/EG nur eine alternative Voraussetzung zur überwiegenden staatlichen Finanzierung ist. Zwar besetzt der Staat nicht die Leitungsorgane der Krankenkassen (Verwaltungsrat und Vorstand, § 31 Abs. 3a SGB IV), denn diese werden nach Maßgabe der §§ 43 ff. SGB IV gewählt. Fraglich ist aber, ob die Leitung der Krankenkassen der staatlichen Aufsicht unterliegt. Dies wird teilweise mit dem Argument verneint, dass die Krankenkassen nach § 29 Abs. 1 SGB IV, § 4 Abs. 1 SGB V Selbstverwaltungskörperschaften seien und nach § 87 Abs. 1 S. 2 SGB IV lediglich einer Rechtsaufsicht unterlägen. Eine reine Rechtsaufsicht genüge aber nicht den Anforderungen von § 98 Nr. 2 GWB, Art. 1 Abs. 9 S. 2 lit. c) RL 2004/18/EG, weil hier keine präventive, sondern nur eine repressive Kontrolle möglich sei³³ (Dreher 2007; Dreher 2005; Kingreen 2004; Heßhaus 2007). Andere nehmen eine Gesamtschau vor und führen an, dass die Satzung der Kasse nach § 195 SGB V der Genehmigung bedürfe. Ferner bestehe nach § 88 Abs. 1 SGB IV, § 274 Abs. 1 S. 1 und 4 SGB V ein umfassendes Prüfungsrecht bezüglich der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung, und zwar hinsichtlich der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit des gesamten Geschäftsbetriebs. Außerdem prüfe nach § 274 Abs. 4 SGB V der Bundesrechnungshof die Haushalts- und Wirtschaftsführung der gesetzlichen Krankenkassen sowie ihrer Verbände und Arbeitsgemeinschaften. Die Krankenkassen seien nach § 88 Abs. 2 SGB IV zur Vorlage von Unterlagen und Auskunft verpflichtet. § 37 SGB IV räume der Aufsichtsbehörde sogar die Möglichkeit ein, die Geschäfte der Krankenkasse selbst oder durch einen Beauftragten zu führen. Zudem würden die Beiträge der Versicherten und der Arbeit-

30 EuGH, Urt. v. 13.12.2007, Rs. C-337/06, Slg. 2007, I-11173 Rn. 34 und 49 – Bayerischer Rundfunk; EuGH, Urt. v. 11.6.2009, Rs. C-300/07, NJW 2009, 2427 – Oymanns; dem folgend jetzt LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 8.10.2009 – L 21 KR 39/09 SFB, juris Rn. 28; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 8.10.2009 – L 21 KR 44/09 SFB, juris Rn. 89.

31 Zum Gesundheitsfonds (Pfohl/Sichert 2009).

32 EuGH, Urt. v. 11.6.2009, Rs. C-300/07, NJW 2009, 2427.

33 BayObLG, Beschl. v. 24.5.2004 – Verg 006/04, NZBau 2004, 623, 625.

geber nach § 241 Abs. 1 SGB V durch die Bundesregierung festgesetzt. Bei wertender Gesamtbetrachtung sei daher von einer staatlichen Aufsicht auszugehen³⁴ (Heinemann 2009; Sormanibastian 2007; Hartmann/Suoglu 2007; Goordazi/Junker 2007; Rixen 2006; Sieben 2007; Klöck 2008; Bernhardt 2008; Koenig et al. 2008; Goordazi/Schmid 2008; Byok/Jansen 2005).

61. Klarheit kann nur das Unionsrecht bringen. Autonomie und Vorrang des Unionsrechts lassen es als wenig überzeugend erscheinen, die staatliche Aufsicht von den Begriffskategorien „Rechtsaufsicht“ und „Fachaufsicht“ abhängig zu machen, denn dabei handelt es sich um die Terminologie des deutschen Verwaltungsrechts (Maurer 2009), die auf gemeineuropäischer Ebene keinerlei Bedeutung besitzt. Ausgehend von einer autonom-europäischen, teleologisch geprägten Begriffsbildung muss man mit dem EuGH danach fragen, ob der Staat auf die Vergabeentscheidung Einfluss nehmen kann. Das ist jedenfalls der Fall, soweit der Staat die Leitung der Krankenkasse nach § 37 SGB IV übernommen hat, doch dies bildet die praktisch wenig relevante Ausnahme. Die vielfältigen Prüfungsrechte des Staates sowie seine Einflussnahme auf die Finanzplanung führen zwar über das Kassenbudget zu einer Beeinflussung der Vergabebedingungen insgesamt, jedoch wird dadurch nicht eine einzelne Vergabeentscheidung konkret beeinflusst, was gegen eine staatliche Aufsicht spricht. Andererseits hat der EuGH in der Rs. Kattner zur Bejahung einer staatlichen Aufsicht über die gesetzlichen Unfallkassen genügen lassen, dass der Staat die Festlegung der Satzung, die Höhe der Beiträge und der Leistungen „kontrolliert“³⁵. Vor dem Hintergrund dieser Entscheidung wird man auch hier von einer staatlichen Aufsicht auszugehen haben.

2.6.2.2 Sachlicher Anwendungsbereich – Vergabe öffentlicher Aufträge

62. Um zu bestimmen, ob die einzelnen zur Leistungserbringung abgeschlossenen Verträge der Krankenkassen dem Vergaberecht unterliegen, müssen sie daraufhin überprüft werden, ob sie die Voraussetzungen eines „öffentlichen Auftrages“ erfüllen. Unerheblich ist dabei, ob es sich um privatrechtliche oder öffentlich-rechtliche Verträge handelt.³⁶ Da die sog. Kollektivverträge von vornherein aus dem Anwendungsbereich von §§ 97 ff. GWB i.V.m. RL 2004/18/EG herausfallen (s.o.), kommen für eine Untersuchung nur die Individualvereinbarungen und Selektivverträge in Betracht, insbesondere (Wigge/Harney 2008; Dreher/Hoffmann 2009):

- Verträge zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Abs. 4 SGB V),
- Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 Abs. 2 SGB V),
- Verträge über die Hilfsmittel-Leistungserbringung (§ 127 SGB V),
- Arzneimittel-Rabattvereinbarungen (§ 130a Abs. 8 SGB V),
- Verträge über integrierte Versorgung (§ 140a SGB V).

34 VK Bund, Beschl. v. 5.9.2001 – VK 1-23/01, IBR 2001, 685; VK Hamburg, Beschl. v. 16.4.2004, VgKFB 1/04, juris; VK Südbayern, Beschl. v. 8.4.2004, 07 bis 12-03/04, juris; Von einer „engmaschigen“ staatlichen Aufsicht spricht das LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.1.2010 – L 21 KR 68/09 SFB, juris Rn. 38; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.2.2010 – L 21 KR 60/09 SFB, juris Rn. 47; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.3.2010 – L 21 SF 41/10 Verg, juris Rn. 35.

35 EuGH, Urt. v. 5.3.2009, Rs. C-350/07, NJW 2009, 1325 Rn. 64 – Kattner.

36 So speziell für die Krankenversicherung auch (Bernhardt 2008; Lorff 2007).

Bei den genannten Verträgen muss es sich um „entgeltliche“ Verträge handeln. Entgeltliche Verträge sind synallagmatische Verträge, bei denen die Gegenleistung allerdings nicht in Geld bestehen muss.

Diese Verträge sind daraufhin zu überprüfen, ob sie die sonstigen Tatbestandsmerkmale eines „öffentlichen Auftrages“ erfüllen. Hier kann keine grundsätzliche Aussage für alle Verträge getroffen werden, sondern die Beurteilung muss vielmehr im Einzelfall erfolgen.³⁷

2.6.2.3 Schwellenwerte und Vergaberecht unterhalb der Schwellenwerte

63. Der Schwellenwert für Aufträge liegt wie bereits erwähnt bei 193 000 Euro. Doch auch unterhalb der Schwellenwerte sind die Sozialversicherungsträger nicht frei bei der Vergabe von Leistungen. Aus den Artt. 12 Abs. 1, 3 Abs. 1 GG sowie den europäischen Grundfreiheiten folgt ein „Vergaberecht light“, das der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit dient und damit die Sozialversicherungsträger zu Transparenz und Gleichbehandlung zwingt.

2.6.3 Zum Verhältnis von Kartell- und Vergaberecht – Umfassende Anwendung des GWB auf die gesetzlichen Krankenkassen macht Vergaberecht nicht entbehrlich

64. Wendet man das Kartellrecht auf die GKV an, wie dies der deutsche Gesetzgeber durch § 69 Abs. 2 SGB V für das Verhältnis zu den Leistungserbringern anordnet und er es nach seinem Entwurf künftig auch für das Verhältnis zu den Versicherten tun will, stellt sich die Frage, ob dadurch die Anwendung des Vergaberechts auf die Kostenträger entbehrlich wird.

65. Vonseiten 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.³⁸ Dies verzerrt den Wettbewerb zwischen diesen beiden Bereichen.

66. Dennoch ist das Kartellrecht keine Alternative zum Vergaberecht, weil beide Regelungsbereiche unterschiedliche Zwecke verfolgen: Während die Anwendung des Kartellrechts auch den Wettbewerb aufseiten der Kostenträger stärken soll (Immenga/Mestmäcker 2007), hat das Vergaberecht die Funktion, den Wettbewerb aufseiten 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 Leistungen, gerade auch zugunsten von Leistungserbringern aus anderen Mitgliedstaaten (ebd.).

67. 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

³⁷ Vgl. zur Beurteilung der einzelnen Vertragstypen (Thüsing/Forst 2012).

³⁸ Ausführlich dazu (Thüsing/Forst 2012).

eine Vergaberichtlinie³⁹ harmonisiert. Diese Richtlinie erfasst die Kostenträger als öffentliche Auftraggeber und die Leistungen als öffentliche Aufträge.⁴⁰ 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.

68. 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 (KOM 2011). 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 gesucht 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 auf dem Tisch, die auch in den Diskussionsprozess zum endgültigen Wortlaut der Richtlinie eingebracht werden können.⁴¹ 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.⁴²

39 Richtlinie 2004/18/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 über die Koordinierung der Verfahren zur Vergabe öffentlicher Bauaufträge, Lieferaufträge und Dienstleistungsaufträge, ABl. Nr. L-134 vom 30.4.2004, S. 114.

40 EuGH, Urt. v. 11.6.2009, Rs. C-300/07, NJW 2009, 2427; ausführlich zum Ganzen auch (Thüsing/Forst 2011, passim).

41 Siehe insb. die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 8. März 2012.

42 Siehe ebenso bereits de lege lata LSG NRW vom 3.11.2010 – L 21 SF 208/10 Verg.

2.7 Literatur

- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin als Hrsg. (2009): Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung, Köln.
- Becker, U. und Schweitzer, H. (2012): Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung des Wettbewerbs der Versicherer und Leistungserbringer im Gesundheitswesen? Gutachten zum 69. DJT in München, Abteilung Sozialrecht.
- Bernhardt, D. (2008): Doppelte Regulierung im Leistungsbeschaffungsrecht der GKV? Die gesetzlichen Krankenkassen zwischen Wettbewerbs- und Vergaberecht nach dem GKV-WSG 2007. Zeitschrift für Europäisches Sozial und Arbeitsrecht 3: 128-140.
- Berwick, D.M., James, B. und Coye, M.J. (2003): Connections between quality measurement and improvement. Medical Care, Vol. 41 (Supplement 1): 130-138.
- Bieback, K.-J. (2001): Die Stellung der Sozialleistungsträger im Marktrecht der EG, Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen 49: 1-39.
- Bloch, E. und Pruns, K. (2007): Ausschreibungspflichten bei der Leistungserbringung in der GKV, SGB 2007: 645
- Breyer, F., Franz, W., Homburg, S., Schnabel, R. und Wille, E. (2004): Reform der sozialen Sicherung, Berlin, Heidelberg.
- Byok, J. und Jansen, N (2005): Die Stellung der gesetzlichen Krankenkassen als öffentlicher Auftraggeber, Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht: 53.
- Demmler, G. (1994): Wettbewerb - eine Alternative zu Dirigismus und Planung? Das Beispiel der kassenärztlichen Versorgung. Arbeit und Sozialpolitik, 3-4/94.: 28-34.
- Dierks, Ch., Felder, S. und Wasem, J. (2010): Mezzanine – Märkte in der Krankenversicherung – Ein Zugang zu innovativen Gesundheitsleistungen, Baden-Baden.
- Dreher (2005): Öffentlich-rechtliche Anstalten und Körperschaften im Kartellvergaberecht, NZBau: 297
- Dreher, M. (2007): Kommentierung der §§ 97 bis 101 und der §§ 107 bis 115 GWB. in: Immenga/Mestmäcker, Wettbewerbsrecht, 4. Aufl.
- Dreher, M. und Hoffmann J. (2009): Der Auftragsbegriff nach § 99 GWB und die Tätigkeit der gesetzlichen Krankenkassen, Neue Zeitschrift für Baurecht und Vergaberecht 2009: 273-282.
- Eucken, W. (1960): Grundsätze der Wirtschaftspolitik, 3. unveränderte Auflage (1952), Tübingen, Zürich.
- Frenz, W. (2008): Krankenkassen im Wettbewerbs- und Vergaberecht, Neue Zeitschrift für Sozialrecht: 135.
- Gemeinsame Stellungnahme der deutschen gesetzlichen Krankenkassen zu den Vorschlägen der EU-Kommission vom 20.12.2011 für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die öffentliche Auftragsvergabe (KOM (2011) 896/2 sowie für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Konzessionsvergabe (KOM (2011) 897) vom 8.3.2012 http://www.forum-vergabe.de/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen_zum_Gr%C3%BCnbuch_2011/GKV_Stellungnahme_der_gesetzlichen_Krankenkassen.pdf?PHPSESSID=dd4aad469a3928c2a5c106c938afc921 (Stand 24.5.2012).
- Goodarzi, R. und Junker, M. (2007): Öffentliche Ausschreibungen im Gesundheitswesen, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2007: 632-632
- Goodarzi, R. und Schmid, K. (2008): Die Ausschreibung vertragsärztlicher Leistungen nach dem SGB V, Neue Zeitschrift für Sozialrecht: 518-524
- Greiner, W. (2011): Ist Bedarfsplanung und Wettbewerb ein Widerspruch?, Die Krankenversicherung, 63. Jg., Heft 5: 138-140.
- Hartmann, P. und Suoglu, B (2007): Unterliegen die gesetzlichen Krankenkassen dem Kartellvergaberecht nach §§ 77ff. GWB, wenn sie Hilfsmittel ausschreiben? SGB 2007: 404.
- Haveman, R.H. (1980): Public Choice and Public Economics: The Case of Collective Failure in U.S. Water Quality Policy, in: Roskamp, K.W. (Hrsg.), Public Choice and Public Finance, Paris: 137-154.
- Heinemann, D. (2009): Die Erbringung sozialer Dienstleistungen durch Dritte nach deutschem und europäischem Vergaberecht, Nomos Verlag, Baden-Baden.

- Herder-Dorneich, P. (1986): Ordnungspolitik des Gesundheitswesens – eine analytische Grundlegung, in: Gäfgen, G. (Hrsg.), Ökonomie des Gesundheitswesens. Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 159, Berlin: 55-70.
- Heßhaus, M. (2007): Ausschreibungen durch die gesetzlichen Krankenkassen, VergabeR Sonderheft 2a: 333.
- IGES (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung), Cassel, D., Wille, E. und WidO (Wissenschaftliches Institut der AOK) (2006): Steuerung der Arzneimittelausgaben und Stärkung des Forschungsstandortes für die pharmazeutische Industrie. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Immenga, U. und Mestmäcker, E.-J. (2007): Wettbewerbsrecht, Band 2: GWB, 4. Aufl.
- Jacobs, K. und Reschke, P. (1992): Freie Wahl der Krankenkasse: Konzeption und Konsequenzen eines geordneten Kassenwettbewerbs, Baden-Baden.
- Kaeding, N. (2007): Ausschreibungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen oberhalb der Schwellenwerte, PharmR 2007, 239 Kamann/Gey (2007): NZS: 634.
- Kamann, H.-G. und Gey, P. (2006): Wettbewerbsrecht im deutschen Gesundheitswesen - Grenzen der integrierten Versorgung und der Kooperation von Krankenkassen, Leistungserbringern und pharmazeutischer Industrie, PharmR 2006: 255
- Kersting, Ch. und Faust, S. (2012): Europäisches Vergabe- und Kartellrecht als Herausforderung für die deutsche Sozialversicherung, Göttingen: 144
- Kingreen, T. (2004): Vergaberechtliche Anforderungen an die sozialrechtliche Leistungserbringung, SGB 2004, 659
- Kingreen, T. (2007): Soziale und private Krankenversicherung - Gemeinschaftsrechtliche Implikationen eines Annäherungsprozesses, Zeitschrift für Europäisches Sozial- und Arbeitsrecht: 139.
- Klöß, O. (2008): Die Anwendbarkeit des Vergaberechts auf Beschaffungen durch die gesetzlichen Krankenkassen, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2008, 178-186
- Koenig, C., Klahn, D. und Schreiber, K. (2008): Die Kostenträger der gesetzlichen Krankenversicherung als öffentliche Auftraggeber im Sinne des europäischen Vergaberechts, Zeitschrift für Europäisches Sozial- und Arbeitsrecht 2008: 5-12KOM (Europäische Kommission) (2011): Vorschlag für Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die öffentliche Auftragsvergabe.
- Kunze, T. und Kreikebohm, R. (2003): Sozialrecht versus Wettbewerbsrecht - dargestellt am Beispiel der Belegung von Rehabilitationseinrichtungen - Teil 1, NZS 2003: 5
- Leatherman, S. und McCarthy, D. (1999): Public disclosure of health care performance reports: experience, evidence and issues for policy. International Journal of Quality Health Care, Vol. 11: 93-98.
- Lorff, J. (2007): Unterliegen die gesetzlichen Krankenversicherungsleistungen der EU-Ausschreibungspflicht?, Zeitschrift für Europäisches Sozial- und Arbeitsrecht: 104
- Luck, J. und Fu, P. (2007): Health Care Information Systems, in: Andersen, R., Rice, T.H. und Kominski, G.F. (Hrsg.), Chancing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management, Jossey Bass: 273-309.
- Maurer, H. (2009): Allgemeines Verwaltungsrecht, 17. Aufl. 2009
- Mihm, A. (2009): Gesundheitswirtschaft: Anker in der Krise. Die Gesundheitswirtschaft, 3. Jg., 6/09: 12-13.
- Monopolkommission (2010): Achtzehntes Hauptgutachten 2008/2009, Deutscher Bundestag, Drucksache 17/2600.
- Müller von der Grün, C. P. (2009): Die Gesundheitswirtschaft als Hort der Stabilität. Die Gesundheitswirtschaft, 3. Jg., 6/09: 8-12.
- Pfohl, A. und Sichert M (2009): Der Gesundheitsfonds: Sondervermögen des Bundes oder der Krankenkassen. NZS.
- Preusker, U.K. (2010): Riese mit Wachstums-Chancen. Gesundheit und Gesellschaft, 13. Jg., Ausgabe 4: 29-33.
- Rebscher, H. (1993): Wettbewerb und Solidarität – Skizze einer solidarischen Wettbewerbsordnung für die GKV. Die Ersatzkasse, 5/93:4-12.
- Rixen, S. (2006): Vergaberecht oder Sozialrecht in der gesetzlichen Krankenversicherung? - Ausschreibungspflichten von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, GesR 2006: 49

- Roski, J. (2007): Qualitätsmessung in den USA: Erfahrungen und Konzepte in der ambulanten Versorgung, in: Stock, J und Szecsenyi, J. (Hrsg.), Stichwort Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis, 1. Aufl. Bonn und Frankfurt: 17-42.
- Roth, W.-H. (2007): Kartellrechtliche Aspekte der Gesundheitsreform nach deutschem und europäischem Recht, in: GRUR 2007: 645
- Rürup, B., IGES Institut GmbH, DIW Berlin e.V., DIWecon GmbH und Wille, E. (2010): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1987): Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahresgutachten 1987, Nomos, Baden-Baden..
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1998): Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Sondergutachten 1997, Bd. II, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Bd. I-III, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2006): Kooperation und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008): Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007. Bd. I, Baden-Baden.
- Schäffer, R. (2009): Die Anwendung des europäischen Vergaberechts auf sozialrechtliche Dienstleistungserbringungsverträge, ZESAR 2009: 374
- Schell, H. und Lauterbach, K.W. (2002): Evaluation, Benchmarking, Qualitätsmanagement und Zertifizierung als Instrumente für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik, in: Preuß, K. Rübiger, J. und Sommer, J.H. (Hrsg.), Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle, Stuttgart: 173-200.
- Sieben, P. (2006): Pharmarecht:262
- Sieben, P. (2007): Krankenkassen und Kartellrecht - Sind bei der integrierten Versorgung die Vergabevorschriften anzuwenden?, MedR 2007, 706
- Sormani-Bastian, L. (2007): Vergaberecht und Sozialrecht.
- Sormani-Bastian, L. (2010): Die vergaberechtlichen Rahmenbedingungen für den Abschluss von Leistungserbringungsverträgen nach § 69 Abs. 1 SGB V im Überblick, ZESAR 2010, 13
- Steinmeyer, H.-D. (2000): Wettbewerbsrecht im Gesundheitswesen, Erich Schmidt Verlag Berlin.
- Sträter, B. und Natz, A. (2007): Rabattverträge zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen – Kartellrechtliche Grenzen und vergaberechtliche Vorgaben, Pharma Recht 2007: 7-13.
- Thüsing, G (2008a): Wahltarife nach § 53 Abs 4 bis 6 SGB V nF im Lichte des Verfassungsrechts - (Teil 1, Auswirkungen der Neuregelungen), NZS 2008: 449
- Thüsing, G. (2008b), Wahltarife nach § 53 Abs 4 bis 6 SGB V nF im Lichte des Verfassungsrechts - (Teil 2, Verfassungsrechtliche Würdigung), NZS 2008: 510
- Thüsing, G. und Forst, G (2012): Europäisches Vergabe- und Kartellrecht als Herausforderung für die deutsche Sozialversicherung. In: Thüsing, Europäisches Vergabe- und Kartellrecht als Herausforderung für die deutsche Sozialversicherung, Göttingen: 13-57.
- Thüsing, G. und Forst, G. (2011): Europäisches Vergaberecht und nationales Sozialversicherungsrecht, Duncker & Humblot, Berlin.
- Wigge, P. und Harney, A. (2008): Selektivverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen nach dem GKV-WSG, MedR 2008: 139
- Wille E. (1999): Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Wille, E. (Hrsg.), Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung, Baden-Baden: 95-156.

- Wille, E. (1986): Effizienz und Effektivität als Handlungskriterien im Gesundheitswesen, insbesondere im Krankenhaus, in: Wille, E. (Hrsg.), Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen, Frankfurt: 91-126.
- Wille, E. (2006): Die korporative Koordination als Allokationsmechanismus im Gesundheitswesen, in: Rebscher, H. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. Festschrift für Günter Neubauer, Tübingen: 427-439.
- Wille, E. (2008a): Korporativismus und Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen, in: Consilium der Bundeszahnärztekammer (Hrsg.), Gesundheitswesen zwischen Wettbewerb und Regulierung, Berlin : 1-12.
- Wille, E. (2008b): Der Wettbewerb als zielführendes Instrument im Gesundheitswesen, in: Wille, E. und Knabner, K. (Hrsg.), Wettbewerb im Gesundheitswesen: Chancen und Grenzen, Frankfurt : 7-21.
- Wille, E. (2009): Die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur integrierten Versorgung, in: Wille, E. und Knabner, K. (Hrsg.), Die besonderen Versorgungsformen: Herausforderungen für Krankenkassen und Leistungserbringer, Frankfurt: 91-123.
- Wille, E. (2010): Stärkung der Wettbewerbsorientierung durch Ausweitung der selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung, in: Rürup, B. et al. (2010), a.a.O:97-149.
- Wille, E. und Erdmann, D. (2011): Gesundheitsökonomischer Stellenwert einer flächendeckenden ambulanten Facharztversorgung. Entwicklung, Stand und Perspektiven, Baden-Baden.
- Wille, E. und Knabner K., Hrsg. (2011): Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen.
- Wille, E., Ulrich, V. und Schneider, U. (2007): Die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes: Wettbewerb und Risikostrukturausgleich, in: Wille, E., Ulrich, V. und Schneider, U. (Hrsg.), Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich, Baden-Baden 2007: 5-67.
- Wollenschläger, F. (2004): Die Bindung der gesetzlichen Krankenkassen an das Vergaberecht, NZBau 2004: 655

3 Voraussetzungen für einen zielführenden Wettbewerb im Gesundheitswesen

3.1 Die bestehenden Wettbewerbsparameter der Krankenkassen

69. In der GKV dominieren, wie bereits angedeutet, 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, wie z. B. selektive Verträge, bilden die Ausnahme. Diese krankenkassenspezifischen Gestaltungsmöglichkeiten beschränken sich derzeit im Wesentlichen auf (siehe zum Folgenden auch Wille et al. 2012):

- 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 zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven,
- Einzelverträge innerhalb von einigen Leistungsbereichen über Preise und Rabatte,
- mit speziellen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds finanzierte Satzungs- und Ermessensleistungen,
- Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V,
- Wahltarife,
- 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“.

70. 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. Der Zusatzbeitrag führte auf der Finanzierungsseite zu einer erheblichen Verschärfung des Wettbewerbs der Krankenkassen. Die mit ihm verbundene Fixierung des Beitragssatzes der Arbeitgeber stärkt insofern die Intensität des Wettbewerbs, als sich nun die Ausgabenunterschiede

zwischen den Krankenkassen ausschließlich in den Beiträgen der Arbeitnehmer niederschlagen. Zudem besitzt der Zusatzbeitrag als Pauschale eine höhere Merkhlichkeit als Beitragssatzunterschiede. Da die soziale Überforderungsklausel nicht an dem tatsächlichen Zusatzbeitrag einer Krankenkasse, sondern an dem durchschnittlichen anknüpft, wirkt das wettbewerbliche Preissignal des Zusatzbeitrags auch bei Mitgliedern mit einem Anspruch auf Sozialausgleich (siehe ausführlicher unten unter 8.1).

71. Die übrigen Wettbewerbsparameter beziehen sich auf die Ausgabenseite bzw. den Leistungsbereich der GKV. Dabei zielen die besonderen Versorgungsformen, über die Abbildung 6 einen synoptischen Überblick gibt, 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.⁴³ Mit Ausnahme der integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V können auch die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner der Krankenkassen auftreten.

Spezielle vertragliche Vereinbarungen über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Verbesserung der Qualität der Versorgung bei der Verordnung von Leistungen können die Krankenkassen nach § 128 Abs. 6 SGB V mit Leistungserbringern schließen. Als Vertragspartner kommen Vertragsärzte und Krankenhäuser, die an der ambulanten Behandlung teilnehmen, in Frage. Zudem können die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 136 Abs. 4 SGB V zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung Vereinbarungen mit einzelnen Krankenkassen (allerdings auch mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen) treffen. Bei Erfüllung dieser Verträge erhalten die teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen, die durch entsprechende Abschläge von den vereinbarten Punktwerten für die vom Vertrag erfassten Leistungen bei den übrigen Ärzten finanziert werden.

43 Die Strukturverträge nach § 73a SGB V gehören auch in dieser Hinsicht nicht zu den besonderen Versorgungsformen, da hier nur die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Vereinbarungen treffen können, d. h. selektive Verträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Leistungserbringern ermöglichen diese Verträge nicht.

Versorgungsformen Elemente	herkömmliche Versorgung	Modell- vorhaben	hausarzt- zentrierte Versorgung	besondere ambulante Versorgung	integrierte Versorgungs- formen	strukturierte Behandlungs- programme
Rechtsgrundlagen im SGB V	SGB V	§§ 63 - 65	§§ 73b	§§ 73c	§140a-d	§ 137f-g
Freiwilligkeit des Angebotes		X		X	X	X
interdisziplinär fach- übergreifend angelegt		X		X	X	X
sektorenübergreifende Orientierung		X			X	X
selektives Kontrahieren möglich		X	X	X	X	
Verträge mit KVen möglich	X	X	(X) ¹⁾	X		X
eingeschränkter Sicherstellungsauftrag			X	X	X	
besondere finanzielle Anreize					X ³⁾	X ³⁾
verpflichtende Evaluation		X				X
zeitliche Befristung		X				X
Capitation möglich		X	(X) ²⁾	(X) ²⁾	X	

Abbildung 6: Selektives Kontrahieren in den besonderen Versorgungsformen

1) Sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu ermächtigen.

2) nicht eindeutig im Gesetz geregelt

3) bis Ende 2008

Quelle: Eigene Darstellung

72. Einzelverträge innerhalb von Leistungsbereichen über Preise und Rabatte beinhalten vor allem

- die Arzneimittel-Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V,
- Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) einen positiven Nettonutzen aufweisen, nach § 130c Abs. 1 SGB V,
- Vereinbarungen mit den Krankenhasträgern über die Abgabe verordneter Arzneimittel durch die Krankenhausapothek nach § 129a SGB V,
- den Hilfsmittelbereich gemäß § 126 SGB V sowie
- die stationäre Rehabilitation nach § 111 Abs. 5 SGB V.

73. Für Satzungs- und Ermessensleistungen erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds einen einheitlichen Betrag je Versicherten, der im Jahresausgleich 2009 17,80 Euro je Versichertenjahr betrug (vgl. Drösler et al. 2011). Mit Ausnahme der (Soll-)Leistungen zur primären Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V⁴⁴ steht es den Krankenkassen frei, Satzungsleistungen anzubieten. Sofern eine Krankenkasse diese Mehrleistungen in ihrer Satzung festlegt, bindet sie sich allerdings hinsichtlich der Leistungsgewährung gegenüber all ihren Versicherten. Krankenkassen, die angesichts einer angespannten finanziellen Situation die Erhebung eines Zusatzbeitrages befürchten, dürften auf die Aufnahme von Satzungsleistungen weitgehend verzichten (so auch Dierks et al. 2010). Neben den Leistungen zur primären Prävention können die Krankenkassen in ihrer Satzung folgende Mehrleistungen vorsehen (siehe Drösler et al. 2011):

- zusätzliche Schutzimpfungen,
- Zuschüsse zu medizinischen Vorsorgeleistungen,
- häusliche Krankenpflege,
- Haushaltshilfe,
- Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten sowie
- finanzielle Unterstützung im Rahmen der elektronischen Gesundheitskarte.

Verglichen mit den Satzungsleistungen besitzt die Krankenkasse bei den so genannten Ermessensleistungen – anders, als der Begriff vermuten lässt – einen geringen Entscheidungsspielraum. Sofern die entsprechenden medizinischen Voraussetzungen vorliegen, kann die Krankenkasse nur in Ausnahmefällen von einer Leistungsgewährung absehen, d.h. ihr Gestaltungsspielraum erstreckt sich zumeist nur auf die Ausgestaltung der jeweiligen Leistung (vgl. Drösler et al. 2011). Zu den Ermessensleistungen zählen die Erbringung von Leistungen als persönliches Budget des Versicherten, die Kostenübernahme bei Behandlungen im außereuropäischen Ausland, erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, eine verlängerte Gewährung der häuslichen Krankenpflege, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Modellvorhaben mit wissenschaftlicher Begleitung und Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern.

⁴⁴ § 20 Abs. 2 SGB V gibt allerdings eine finanzielle Obergrenze für diese Leistungen vor, die den Spielraum der Krankenkassen einengt.

74. Die mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) eingeführten Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V unterscheiden sich von den bisherigen Satzungsleistungen dadurch, dass die Krankenkassen für ihre Finanzierung keine speziellen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Sofern eine Krankenkasse die entsprechenden (Mehr-)Ausgaben nicht aus den allgemeinen Zuweisungen des Gesundheitsfonds oder durch vorhandene Finanzreserven abdecken kann, muss sie diese aus Zusatzbeiträgen finanzieren (siehe auch den Gesetzentwurf vom 27. Juni 2011). Es handelt sich bei diesen Satzungsleistungen um nicht vom G-BA ausgeschlossene Leistungen im Bereich

- der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation,
- der künstlichen Befruchtung,
- der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz,
- der Versorgung mit nichtverschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimitteln,
- Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln,
- der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe sowie
- von Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer.

75. Die Wahltarife bedürfen wie die Satzungsleistungen einer Verankerung in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse, unterscheiden sich von diesen jedoch dadurch, dass nur die Mitglieder, die diese Tarife wählen, die entsprechenden Leistungen erhalten und sie auch finanzieren. Die erforderlichen „Prämienzahlungen“ (so § 53 Abs. 1 SGB V) entsprechen insofern dem Prinzip der individuellen Äquivalenz, als nur jene Mitglieder, die diese Prämien entrichten, auch in den Genuss der entsprechenden Leistungen gelangen.⁴⁵ Es besteht eine individuelle Zurechenbarkeit zwischen Prämienzahlung und empfangener Leistung. Im Gegensatz dazu steht die Inanspruchnahme der Satzungsleistungen allen Versicherten bzw. Mitgliedern einer Krankenkasse unabhängig von ihrer individuellen Beitragszahlung offen. Es liegt hier nur eine gruppenmäßige Äquivalenz im Hinblick auf die Versicherten bzw. Mitglieder einer Krankenkasse vor, denn diese finanzieren in ihrer Gesamtheit die Leistungen, die auch nur diese Personengruppe – und nicht ein Versicherter einer anderen Krankenkasse – nutzen kann.

Das Gesetz sieht hinsichtlich des Angebotes der Krankenkassen obligatorische und freiwillige Wahltarife vor. Der Gesetzgeber verpflichtet die Krankenkassen gemäß § 53 Abs. 3 und 6 SGB V Wahltarife anzubieten

- bei Teilnahme an besonderen Versorgungsformen, wobei die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen kann und
- zur Erweiterung des Anspruchs auf Krankengeld bei ansonsten Nichtberechtigten (siehe hierzu Giesen 2010).

Darüber hinaus können die Krankenkassen noch folgende Wahltarife ihren Mitgliedern bzw. Versicherten anbieten:

- Selbstbehalt mit Prämienzahlung,

⁴⁵ Dies gilt im strengen Sinn lediglich nicht bei der Teilnahme an den besonderen Versorgungsformen, bei denen die Krankenkasse auch Prämienzahlungen an die Versicherten vorsehen kann.

- Prämienzahlung bei Nicht Inanspruchnahme von Leistungen im Kalenderjahr, wobei die Prämie ein Zwölftel der gezahlten Beiträge nicht überschreiten darf,
- variable Kostenerstattung mit speziellen Prämienzahlungen durch die Versicherten,
- Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen bei speziellen Prämienzahlungen durch die Versicherten sowie
- Prämienzahlung bei Leistungsbeschränkung.

Die Mindestkündigungsfrist beträgt für die Wahltarife Selbstbehalt und Krankengeld drei Jahre, für die übrigen ein Jahr und entfällt bei den besonderen Versorgungsformen. Ein Sonderkündigungsrecht besteht in besonderen Härtefällen und auch immer dann, wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erstmals erhebt, ihn erhöht oder ihre Prämienzahlung verringert. Für die Prämien an die Versicherten gilt bei einem oder mehreren Tarifen eine Obergrenze von 600 bzw. 900 Euro im Jahr. Die Krankenkassen müssen gemäß § 53 Abs. 9 SGB V die Aufwendungen für jeden Wahltarif jeweils aus „Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen auf Dauer finanzieren“ und hierüber gegenüber den zuständigen Aufsichtsbehörden regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, unter Vorlage eines versicherungsmathematischen Gutachtens, Rechenschaft ablegen.

3.2 Umfang und Struktur der Beschäftigten aus wettbewerblicher Sicht

76. Die Fachkräfteausstattung und -entwicklung im Gesundheitswesen wurde bereits in den Ratsgutachten 2007 und 2009 (GA 2007; SG 2009) thematisiert. Dabei wurde gezeigt, dass die Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen infolge der sich ändernden Altersstruktur der Bevölkerung künftig deutlich steigen, aber gleichzeitig das Fachkräftepotenzial schrumpfen wird, 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 (Berkermann et al. 2007; Böhm 2010; Enste 2011). Die Fachkräftesicherung wird daher auch künftig ein wichtiges Thema bleiben, denn eine qualitativ hochwertige Versorgung bedingt eine hinreichende Verfügbarkeit von fachlich gut qualifiziertem Personal (SG 2009; Schaeffer/Wingenfeld 2008; Bühnen 2010). Sie stellt zudem eine zentrale Voraussetzung für einen Qualitätswettbewerb (Wasem/Geraedts 2011) dar. Wenn notwendige Stellen nicht adäquat zu besetzen sind, sind Anbieter von Versorgungsleistungen nicht wettbewerbsfähig.

77. Die Sicherung eines ausreichenden Fachkräftepotenzials im Gesundheitswesen ist schon heute nicht durchgängig gewährleistet. So wird seit einiger Zeit ein Ärztemangel beklagt (Klose et al. 2003; Gewiese et al. 2003; Bausch 2004; Oberlander et al. 2010; Kopetsch 2010; Blum/Löffert 2010) – vor allem in der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten. Ihm gegenüber steht als Folge des demografischen Wandels eine Zunahme des Bedarfs an Versorgungsleistungen. In der Pflege stellt der Fachkräftemangel⁴⁶ bzw. „Pflegenotstand“ schon seit den 1960er Jahren ein zyklisch

46 Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung definiert Fachkräftemangel etwa als „eine relative Angebotsverknappung der Fachkräfte auf einem Teilmarkt für bestimmte Qualifikationen“ (SVR zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2007: 354).

wiederkehrendes Thema dar. Seit einiger Zeit zeichnet sich der Mangel jedoch verschärft ab. Besonders macht der 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, so dass zynisch mancherorts bereits vom „pflegefreien Krankenhaus“ gesprochen wird. Auch in der stationären und ambulanten Langzeitversorgung wird auf wachsenden Personal-mangel (Geraedts et al. 2011) sowie dessen negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung verwiesen (Roth 2002; McHugh et al. 2010).

In den nachfolgenden Abschnitten wird die Fachkräftesituation eingehender betrachtet. Dabei beschränkt sich die Darstellung – trotz der Diversität der Gesundheitsberufe – auf Ärzte und Pflegekräfte.

3.2.1 Determinanten des Fachkräftebedarfs

78. Die Ermittlung des Fachkräftebedarfs setzt eine differenzierte Betrachtung der benötigten Qualifikationen in den verschiedenen Arbeitsfeldern voraus. Dies wirft allerdings zahlreiche konzeptionelle und statistische Schwierigkeiten auf (Dussault et al. 2010; WHO 2006; Birch 2002). Allein der unzureichende Differenzierungsgrad in den einschlägigen Statistiken sowie unterschiedliche Definitionen der Art und des Niveaus der jeweiligen Tätigkeiten stellen ein Problem dar – auch im internationalen Vergleich. Die Ergebnisse von Berechnungen des künftigen Fachkräftebedarfs in den Gesundheitsberufen, aus denen sich ein Fachkräftemangel schlussfolgern ließe, hängen zudem wesentlich von den zugrundeliegenden (Prognose-)Parametern ab (IAB 2007; Dussault et al. 2010). Dabei ist es schwierig, die Auswirkungen der wirtschaftlichen Entwicklung auf den Arbeitsmarkt abzuschätzen, die auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und das Angebot an Fachkräften zurückwirken können.

79. International werden zur Ermittlung des Fachkräftebedarfs verschiedene Modelle, Ansätze und Instrumente eingesetzt, z. B. Situationsanalysen, Hochrechnungen, Vorhersagen, Simulationsmodelle und Szenarienrechnungen (vgl. WHO 2010).⁴⁷ Dussault et al. (2010) heben vier Ansätze hervor (vgl. auch WHO 2010):

1. Die Bestimmung des Verhältnisses von Beschäftigten im Gesundheitswesen zur Einwohnerzahl gilt als methodisch einfachster Ansatz: die angestrebten Relationen können von Regierungen oder Fachorganisationen als Zielgrößen festgelegt und ihr jeweiliger Erfüllungsgrad auch für ein regionales oder internationales Benchmarking genutzt werden.
2. Beim Inanspruchnahme-/Nachfrage-Ansatz wird der zukünftige Bedarf anhand des aktuellen Niveaus der Leistungsinanspruchnahme geschätzt, und mit der Vorhersage der zukünftigen demografischen Entwicklung (z. B. auch unter Berücksichtigung von Annahmen zur Morbidität) abgeglichen.
3. Bei dem Leistungsziel-Ansatz werden Zielgrößen zur Bereitstellung und Erbringung von spezifischen Gesundheitsdienstleistungen bestimmt, die auf Personal- und Produktivitätsstandards

⁴⁷ Als Ideal- bzw. Zielvorstellung für die Feststellung des Bedarfs bzw. Mangels an Fachkräften im Gesundheitswesen kann „eine angemessene Anzahl an Beschäftigten mit den passenden Qualifikationen und Fähigkeiten, die motiviert eine qualitativ anspruchsvolle Leistungserstellung am jeweils adäquaten Ort der Leistungserstellung effektiv und effizient ausführen“ (Dussault et al. 2010: 10) angesehen werden (vgl. auch WHO 2006; Birch 2002).

übertragen werden (etwa Mindestpersonalbestand für die Versorgung einer Bevölkerung von x Personen je Einrichtung).

4. Bei dem bedarfsorientierten Ansatz wird der künftige Personalbedarf aus dem hochgerechneten Bedarf der Bevölkerung abgeleitet: der jeweilige „Dienstleistungsbedarf“ ist eine Funktion aus Alter, Entwicklung der geschlechtsspezifischen Morbidität und Leistungsstandards, der nach definierten Produktivitätsstandards in Personalbedarf umgerechnet wird.

Alle Ansätze haben Vor- und Nachteile (Dussault et al. 2010). Die Bestimmung des Verhältnisses von Beschäftigten zur Einwohnerzahl ist zwar methodisch einfach und wird daher vielfach verwendet (z. B. in internationalen Gesundheitssystemvergleichen), berücksichtigt aber weder die demografischen, epidemiologischen und sozialen Profile einer Bevölkerung noch die Versorgungsinanspruchnahme und die dazu nötige Anzahl an Fachkräften. Daher werden mit diesem Ansatz weder die tatsächlichen Leistungskapazitäten noch der Bedarf ermittelt. Mit dem Inanspruchnahme-/Nachfrage-Ansatz können z. B. die Effekte der demografischen Alterung auf die Nutzung von Versorgungsleistungen ermittelt werden; allerdings stehen die dazu erforderlichen Informationen oft nicht in vollem Umfang zur Verfügung. Weiterhin unterstellt der Ansatz, dass die jeweils beobachtete Nutzung angemessen und effizient ist. Regionale Analysen verdeutlichen jedoch, dass sich die Muster der Inanspruchnahme trotz ähnlicher Soziodemografie unterscheiden können (etwa aufgrund kultureller Prägungen). Die Versorgungsnutzung wird zudem von fachlichen und wirtschaftlichen Faktoren (z. B. neue Diagnoseverfahren, Arzneimittel usw.) beeinflusst. Dagegen ist der Leistungsziel-Ansatz vergleichsweise einfach und auch politisch attraktiv, da Leistungsziele gegenüber der Bevölkerung gut vermittelbar sind. Allerdings wird auch bei diesem Ansatz eine konstante Nachfrage unterstellt und nicht nach regionalen oder soziodemografischen Merkmalen differenziert. Zudem werden Schwankungen bei der Produktivität nicht berücksichtigt. Die Produktionsfunktion muss bei diesem deduktiven Ansatz jedoch bekannt sein, um eine optimale Zusammensetzung der Leistungserstellung bestimmen zu können, da sie sich mit dem medizinisch-technischen Fortschritt ändern kann. Auch sind die Kriterien für die Definition der Leistungsziele häufig nicht transparent und spiegeln die Interessen der Experten wider. Beim bedarfsorientierten Ansatz sollen diese Einschränkungen überwunden werden: er fußt auf einer Ermittlung des Bedarfs in der Bevölkerung (z. B. nach beobachtetem und gewünschtem Gesundheitszustand) in Form quantitativer Kennzahlen (Eintrittswahrscheinlichkeit und Verbreitungsgrad von Erkrankungen; Standardsterblichkeitsraten) und gewährleistet die Gegenüberstellung der verfügbaren personellen Ressourcen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die verschiedenen Ansätze und Methoden bezüglich ihrer Prognosekraft limitiert sind. Künftig wird die bevölkerungsweite Bedarfsentwicklung stärker Berücksichtigung finden müssen. Dieser Ansatz ist jedoch am schwierigsten zu operationalisieren.

3.2.2 Die Situation der Fachkräfte vor dem Hintergrund der demografischen Alterung

80. Infolge des demografischen Wandels wird der Anteil älterer und alter Menschen an der Bevölkerung stark expandieren – ein Thema, das der Rat ausführlich in seinem letzten Gutachten erörtert hat. Vor allem die Zahl der Hochbetagten nimmt überproportional zu (Statistisches Bundesamt 2009). Einhergehend mit dieser Entwicklung ist mit einem erheblichen Anstieg des

Bedarfs an Versorgungsleistungen zu rechnen, der alle Bereiche des Gesundheitswesens und alle Gesundheitsprofessionen betrifft.⁴⁸

81. Dem wachsenden Bedarf an Gesundheits- und Versorgungsleistungen stehen (Stand 2009) knapp 334 000 berufstätige Ärzte gegenüber (BÄK 2011; BMG 2011a).⁴⁹ Von ihnen sind etwa 141 500 Ärzte (rund 42 %) im ambulanten und etwa 163 600 (49 %) im stationären Sektor tätig (BMG 2011a). Weitere 9 700 Ärzte sind bei Behörden und Körperschaften und etwa 18 800 in anderen Bereichen (z. B. in Industrie und Forschung) beschäftigt. Die ambulant tätigen Ärzte praktizieren überwiegend (ca. 86 %) als Vertragsärzte.⁵⁰ Daneben praktizieren noch etwa 3 300 Privatärzte (BÄK 2011). Unter den Vertragsärzten befinden sich insgesamt 57 150 Hausärzte nach SGB V (einschließlich ca. 5 800 Kinderärzte)⁵¹ und ca. 64 250 Fachärzte, darunter knapp 8 000 fachärztlich tätige Internisten (BMG 2011a). Zwischen 1993 und 2010 hat die Zahl der Hausärzte um 8,4 % abgenommen, hingegen die der ambulant tätigen Fachspezialisten um rund 52 % zugenommen (Gerlach et al. 2011). Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen in Bayern und Mecklenburg-Vorpommern haben bis zu 20 % der als „Hausärzte“ firmierenden Vertragsärzte überdies kein hausarzttypisches Leistungsspektrum (z. B. keine Hausbesuche, sehr niedrige Fallzahlen) (Krombholz 2011; Gerlach/Tauscher 2011; KV Mecklenburg-Vorpommern 2011).

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 %) (Abbildung 7). Die Anzahl der Einwohner (E.) pro berufstätigem Arzt hat sich um ca. 13 % verringert. Im langfristigen Vergleich wird die bessere Arzt-Einwohner-Relation noch deutlicher: kam im Jahr 1960 noch ein Arzt auf 788 E. und 1970 ein Arzt auf 586 E., waren es im Jahr 1980 nur noch 452 E., 1990 noch 335 E., im Jahr 2000 279 E. und im Jahr 2010⁵² nur noch 245 E. (BÄK 2011; BMG 2011a). Im OECD-Vergleich liegt Deutschland bei der Ärztedichte im Mittelfeld wirtschaftlich vergleichbarer Länder (Angaben für das Jahr 2009, OECD 2011; vgl. auch Adler/von dem Knesebeck 2011: 235).⁵³

48 Zwar ist anzunehmen, dass sich aufgrund der Verbreitung gesunder Lebensstile und durch die Verbesserung von Prävention und Rehabilitation ein weiterer Gewinn an gesunden und beschwerdefreien Lebensjahren (und damit eine Kompression der Morbidität) ergeben wird. Bislang ist diese Entwicklung aber auf das jüngere Alter konzentriert. Im hohen Alter steigt nach wie vor die Wahrscheinlichkeit von Gesundheitsstörungen, chronischer Krankheit und auch Pflegebedürftigkeit.

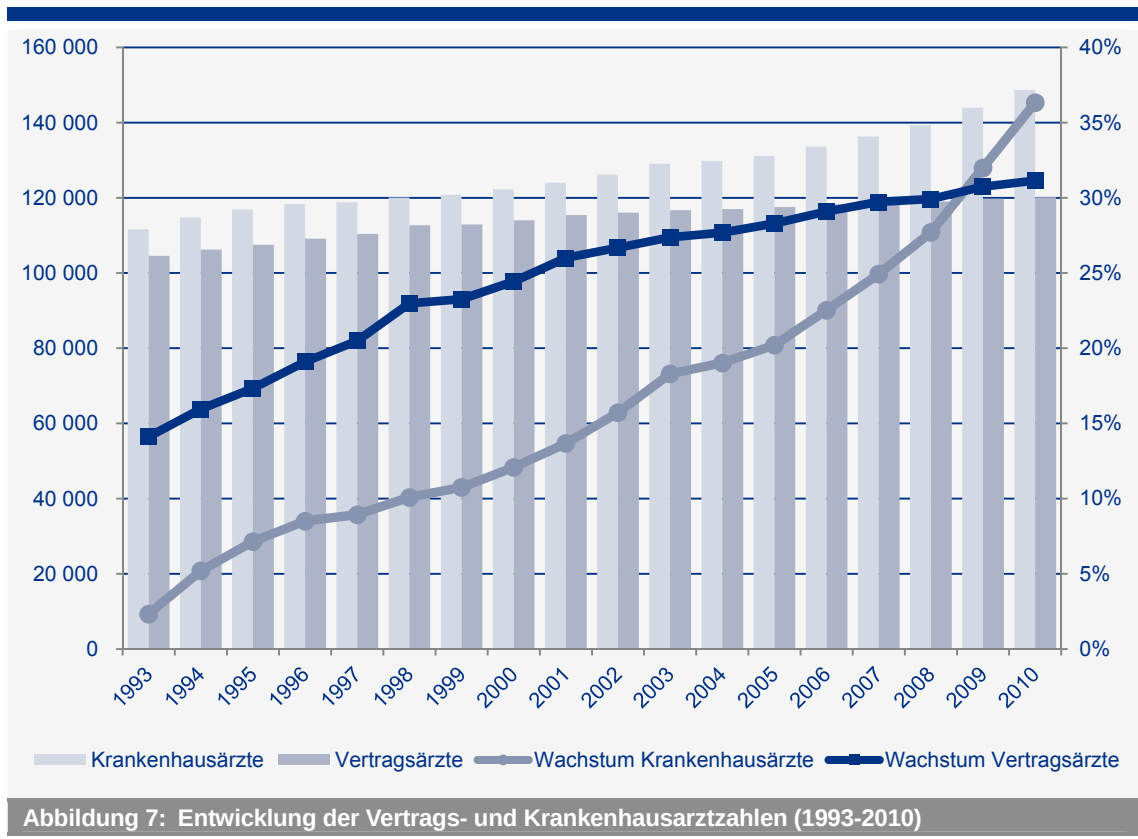
49 Hinzu kommen noch rund 67 000 Zahnärzte (in 2009) (BMG 2011a).

50 Allerdings nimmt die Zahl der angestellten Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung zu: 2010 belief sie sich bereits auf ca. 7 000 in Praxen sowie rund 10 000 „ermächtigte“ Ärzte in Krankenhäusern (BMG 2011a).

51 Nach den Zahlen der Bedarfsplanung beläuft sich die Anzahl der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte im Jahr 2010 auf rund 51 300, darunter 39 550 Fachärzte für Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte und 11 760 hausärztlich tätige Internisten (BMG 2011a).

52 Zuletzt verfügbare Angabe. Relation zur Bevölkerung im Jahr 2009.

53 Die Vergleichbarkeit von Angaben aus OECD-Statistiken ist eingeschränkt, insbesondere die Struktur der fachärztlichen Versorgung stellt sich international sehr unterschiedlich dar, so dass hiermit keine verallgemeinernden Aussagen, etwa zum Versorgungsgrad, getroffen werden können (Eurostat 2011; Mladovsky/Leone 2010).



Quelle: Wille/Erdmann (2011) (nach GBE 2010; Statistisches Bundesamt 2011)

82. Dennoch besteht vorliegenden Studien zufolge in Deutschland keine generelle Überausstattung mit ärztlichem Personal (Blum/Löffert 2010; Kopetsch 2010; Ostwald et al. 2010).⁵⁴ Neben Innenstädten mit einem Überangebot an Fachärzten zeichnen sich in manchen Regionen und Bereichen sogar Schwierigkeiten bei der Personalrekrutierung ab (z. B. Uhlemann/Lehmann 2011). So sind im Krankenhaussektor nach Zahlen des Marburger Bundes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Jahr 2010 ca. 5 500 Arztstellen unbesetzt geblieben (Marburger Bund 2011; Blum/Löffert 2010). Im ambulanten Sektor können vor allem in ländlichen, strukturschwachen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte frei werdende Arztsitze nicht wieder besetzt werden.⁵⁵

Die Ursachen für die zunehmende Personalknappheit sind vielfältig. Kopetsch (2010) führt diese Entwicklung auf das veränderte Morbiditätsspektrum und die zunehmende Multimorbidität der Patienten zurück. Außerdem wird das abnehmende durchschnittliche Arbeitsvolumen pro Arztstelle genannt, das im stationären Bereich u. a. eine Folge der Umsetzung der europäischen Arbeitszeitverordnung,⁵⁶ generell aber auch der sich verändernden Lebensstile und des steigenden

⁵⁴ Dieser Befund ergibt sich aus den hier angeführten Studien; der vdek (2011) oder Klose/Rehbein (2010) betonen hingegen den Aspekt einer „Fehlverteilung“.

⁵⁵ Vgl. hierzu die differenzierende Argumentation bei Uhlemann/Lehmann (2011).

⁵⁶ Nach Wille/Erdmann (2011) existiert bislang jedoch keine Studie, die den quantitativen Effekt des reformierten Arbeitszeitgesetzes auf die Beschäftigung exakt ermittelt. Als Indikator für einen positiven Zusammenhang führen die Autoren den Befund an, dass die zusätzlichen Mittel gem. § 6 Abs. 3 der Bundespflegesatzverord-

Anteils an Teilzeitstellen in den ärztlichen Berufen sei.⁵⁷ In den strukturschwachen Regionen kommen die unattraktiv erscheinenden Möglichkeiten der Berufsausübung und Lebensgestaltung (Arbeitsplatz für den Partner, schulisches Angebot für Kinder, kulturelle Infrastruktur etc.) hinzu (König et al. 2011).

Als weitere Ursache wird die stärkere Ausdifferenzierung von Beschäftigungsmöglichkeiten für Ärzte außerhalb der medizinischen Versorgung angeführt sowie die Abwanderung qualifizierter Ärzte ins Ausland (Kopetsch 2010; Rambøll Management 2004). 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 sowie unzureichende Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten und die oft fehlende Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, zu wenig geregelte Arbeitszeiten und zu wenig wertschätzende und partizipative Führungsmodelle (Buxel 2009; Marburger Bund 2011). Schließlich ist anzuführen, dass die demografische Entwicklung auch die Gesundheitsprofessionen erfasst: das Durchschnittsalter der Beschäftigten ist besonders bei Ärzten, Zahnärzten und in der Altenpflege in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen (BMG 2011a; BÄK 2011; Blum/Löffert 2010; SG 2009, Ziffer 87 f.).

83. Festzuhalten ist, dass der Bedarf an Ärzten durch die dargestellten Entwicklungen zugenommen hat. Dieser Mehrbedarf kann derzeit nicht in vollem Umfang gedeckt werden, da die Arztzahlen zwar gestiegen sind, sich das Gesamtarbeitsvolumen aber nicht entsprechend erhöht hat. Zusätzlich besteht eine Fehlverteilung der niedergelassenen Ärzte, die in ländlichen Regionen zu Personalproblemen führt und in den Ballungsgebieten teilweise eine Überversorgung mit sich bringt. Dieses Missverhältnis wirkt sich bei den Ärzten der Primärversorgung besonders stark aus.

84. Die Situation der Pflege stellt sich teilweise anders dar. Die Pflegeberufe stehen vor den gleichen gesellschaftlichen Herausforderungen, 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.

85. 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 Krankenpfleger⁵⁸, 258 000 als Gesundheits- und Krankenpflegehelfer und 388 000 als Altenpfleger bzw. Altenpflegehelfer⁵⁹ (Statistisches Bundesamt 2010), wobei hier der ausgeübte,

nung (BPfIV) in den vergangenen Jahren von der Mehrzahl der Krankenhäuser regelmäßig abgerufen wurden. Zunehmend mehr Krankenhäuser führen überdies eine systematische Arbeitszeiterfassung ein (Rosta 2007).

57 Der Frauenanteil lag 2010 bei ca. 43 % aller berufstätigen Ärzte (2009 waren rund 36 % der Niedergelassenen, annähernd 43,5 % der Krankenhausärzte weiblich; vgl. BMG 2011a; Kopetsch 2010). 61,3 % der Medizinstudenten waren in 2010 Frauen. Zugleich wächst der Anteil Teilzeitbeschäftigter, z. B. im Krankenhausbereich von 6,8 % im Jahr 1998 auf 14,8 % im Jahr 2008 (Bölt 2011). Nach einer aktuellen Befragung wollen über 60 % der Medizinstudierenden zukünftig auf Teilzeitbasis arbeiten (Heinz/Jacob 2012).

58 Einschließlich Entbindungspfleger.

59 Altenpfleger und Altenpflegehelfer werden nicht getrennt erfasst.

nicht aber der erlernte bzw. ausgebildete Beruf ausgewiesen ist (Afentakis/Maier 2010; Simon 2012).⁶⁰

Die Pflege ist traditionell ein Frauenberuf mit hoher Teilzeitquote. Rund 82 % der Beschäftigten in Pflegeberufen sind weiblich, der Anteil an Teilzeitkräften liegt bei ca. 40 %. Während unter den männlichen Beschäftigten in Pflegeberufen 17 % einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen, sind es unter den weiblichen 44 % (Statistisches Bundesamt 2010, eigene Berechnungen). Nach den Angaben der Gesundheitspersonalrechnung sind knapp 42 % der Pflegenden (610 000) in Krankenhäusern tätig und knapp 35 % (507 000) in (teil-)stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Weitere 107 000 Pflegekräfte sind in Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen sonstiger medizinischer Berufe tätig. 50 000 Pflegekräfte sind bei Rettungsdiensten beschäftigt und 45 000 in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Daneben sind 31 000 in der Verwaltung tätig. Weitere ca. 100 000 Pflegenden sind in den Bereichen Gesundheitsschutz und Vorleistungsindustrien sowie sonstigen ambulanten und stationären Einrichtungen beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2010, eigene Berechnungen).⁶¹

Wie Tabelle 2 zeigt, ist auch in den Pflegeberufen in den letzten Jahren die Beschäftigtenzahl insgesamt 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. Während von 1991 bis 2006 die Fallzahl pro Pflegevollzeitkraft von 44,7 auf 56,2 bzw. um etwa ein Viertel stieg, sank zugleich die Zahl der Pflegevollzeitkräfte um knapp 30 000 bzw. 8 % (Schaeffer/Wingenfeld 2008). Erst seit 2008 ist ein leichter Personal- aufbau zu beobachten: vom Tiefststand mit rund 298 000 Pflegevollzeitkräften im Jahr 2007 auf knapp 304 000 im Jahr 2009 (DKG 2011; Simon 2008; Isfort et al. 2011). Hingegen ist in der Langzeitversorgung die Zahl der Pflegekräfte in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, was auch auf die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahr 1995 zurückzuführen ist, mit dem erstmals im Rahmen der Sozialversicherung eine finanzielle (Teil-)Absicherung langandauernder Pflegebedürftigkeit erfolgte. 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, dass der Zuwachs an Vollzeitstellen in den Jahren 2000 bis 2009 in allen Pflegeberufen wesentlich geringer ausfällt als der Anstieg der Beschäftigtenzahlen (vgl. Tabelle 2); Ursache ist eine Umschichtung der Beschäftigungsstrukturen in Richtung Teilzeit- und geringfügige Beschäftigung (Oschmiansky 2010; Afentakis/Maier 2010; Statistisches Bundesamt 2010).

60 Nach Ergebnissen der Studie zu den Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes besitzen in den ambulanten Pflegediensten durchschnittlich 11 % der Pflegekräfte einen Migrationshintergrund. In vollstationären Einrichtungen arbeiten nach Angaben der jeweiligen Heimleitung durchschnittlich 15 % Personen mit Migrationshintergrund (BMG 2011b).

61 Simon (2012) kommt in einem Gutachten für den Deutschen Pflegeerrat zu dem Ergebnis, dass die Zahl der in der Gesundheitspersonalrechnung ausgewiesenen Pflegekräfte deutlich zu hoch liegt. Zu anderer Einschätzung kommen Afentakis et al. (2012). Hinzu kommt, dass in der Pflege ein vergleichsweise hoher Anteil irregulärer Beschäftigung vermutet wird, der sich nicht in den Statistiken wiederfindet.

	2000		2009		Zuwachs Beschäftigte		Zuwachs VZÄ	
	Beschäftigte	VZÄ	Beschäftigte	VZÄ	Absolut	Relativ	Absolut	Relativ
Gesundheits- und Kranken- pfleger	718 000	548 000	812 000	581 000	94 000	13,09 %	33 000	6,02 %
Helfer in der Krankenpflege	209 000	154 000	258 000	187 000	49 000	23,44 %	33 000	21,43 %
Altenpfleger	242 000	211 000	388 000	293 000	146 000	60,33 %	82 000	38,86 %

Tabelle 2: Beschäftigte und Vollzeitäquivalente (VZÄ) in Pflegeberufen (2000 und 2009)

Quelle: Statistisches Bundesamt (2010): Datenbasis: Gesundheitspersonalrechnung (eigene Berechnungen).

86. Insgesamt hat sich die pflegerische Versorgung in den letzten Jahren als „Wachstumsmarkt“ mit deutlichem Beschäftigungsanstieg erwiesen. 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. So besteht nach einer Umfrage unter Einrichtungen der Caritas in 78,9 % der Krankenhäuser, 76,8 % der Sozialstationen und 63,6 % der Einrichtungen der stationären Altenpflege ein spürbarer Fachkräftemangel (IWD 2011). Auch Analysen der Bundesagentur für Arbeit verweisen auf Fachkräftengpässe in der Pflege (BA 2011c). Rechnet man die zahlreichen nicht erfassten Kräfte in der pflegerischen Betreuung hinzu (Stichwort „Osteuropäische Haushaltshilfen“), wird deutlich, wie groß der reale Bedarf ist.

87. Zusätzlich zum steigenden Bedarf an Fachkräften hat sich mit dem demografischen Wandel auch die Qualität des Bedarfs geändert, so dass auch die Qualifikation des Personals veränderungsbedürftig ist. Dass zwischen einer angemessenen Personalausstattung sowie Qualifikation der Mitarbeiter und einer guten Ergebnisqualität ein enger Zusammenhang besteht, ist international inzwischen vielfach belegt (Becker/Beck 2010; Needleman et al. 2011; Wallace et al. 2009; Ellenbecker 2010) und wird auch durch hiesige, bislang deskriptive Forschungsergebnisse bestätigt (Isfort/Weidner 2007; Isfort et al. 2010; Sermeus et al. 2011; Wingenfeld et al. 2011). So zeigt etwa das „Pflege-Thermometer“ 2009, dass die Pflege durch die Arbeitsverdichtung und die schwierige Personalsituation im Krankenhaussektor den eigenen professionellen Anspruch nicht mehr realisieren kann. Die Folgen sind u. a. unzureichende Patientensicherheit und Ergebnisqualität, ebenso ein Attraktivitätsverlust des Berufs (Isfort et al. 2011).

88. 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 (Twenhöfel 2011). In der ambulanten und stationären Langzeitversorgung werden zudem vermehrt klinische Spezialkompetenzen benötigt. Generell ist in der Pflege inzwischen der Bedarf an spezieller 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 steigt daher die Dissonanz zwischen erworbenen Qualifikationen und realen Anforderungen im Pflegealltag, und damit einhergehend auch die Unzufriedenheit mit den bestehenden Arbeitsbedingungen, die sich aus Sicht der Pflege deutlich verschlechtert haben (Joost et al. 2009; DAK/BGW 2005). Gesundheitsprobleme, Burn-Out und Attraktivitätsverlust der Pflegeberufe sind die Folge.⁶²

Hinzu kommt, dass auch in der Pflege eine veränderte Einstellung in der persönlichen Bedeutungszumessung von beruflichen Anforderungen gegenüber Freizeit und Familienfreundlichkeit der Lebensgestaltung zu beobachten ist (Levenson et al. 2010; Buxel 2009; Joost et al. 2009).

89. Zusammengefasst: Kann der mit Voranschreiten des demografischen und epidemiologischen Wandels zu erwartende Bedarf an Pflege nicht mit ausreichendem und adäquat qualifiziertem Personal begegnet werden, ist eine Verschlechterung der Qualität und eine Einschränkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen in Deutschland vorprogrammiert.

3.2.3 Projektionen der Fachkräfteentwicklung im Gesundheitswesen

90. Zur zukünftigen Entwicklung des Personals im Gesundheitswesen liegen verschiedene Projektionen vor, die sich aufgrund differierender Prognoseparameter nur bedingt vergleichen lassen. Im Folgenden wird die Fachkräfteentwicklung für die Ärzte und die Pflegenden deshalb getrennt betrachtet.

3.2.3.1 Ärzte

91. Zur zukünftigen Entwicklung der unter bestimmten Bedingungen benötigten bzw. fehlenden Ärzte liegen aktuell vier Studien vor (Wille/Erdmann 2011; Blum/Löffert 2010; Kopetsch 2010; Ostwald et al. 2010), die jeweils spezifischen Prognosemodellen folgen, unterschiedliche Parameter berücksichtigen und uneinheitliche Stichjahre aufweisen (vgl. Tabelle 3).

⁶² Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen leiden Pflegenden überdurchschnittlich häufig sowohl unter Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule als auch unter psychosomatischen Beschwerden. Auch der Krankenstand ist überdurchschnittlich hoch. Der Gedanke an eine Aufgabe des Berufs ist bei Pflegekräften im Krankenhaus recht weit verbreitet (DAK/BGW 2003, 2005, 2006; Hasselhorn et al. 2005; Kleina et al. 2012). Weitere Studien zeigen, dass Pflegehelfer im Vergleich zu den Fachkräften mit dreijähriger Ausbildung eine höhere Berufsaufgabewahrscheinlichkeit aufweisen (Braun/Müller 2005; Afentakis/Maier 2010), eine gute Ausbildung und professionelle Autonomie hingegen die Arbeitszufriedenheit in der Pflege steigern (Körner/ Busse 2001; Frerichs et al. 2004).

Jahr	Wille/Erdmann (2011)*	Blum/Löffert (2010)**	Kopetsch (2010)***	Ostwald et al. (2010)****
2015	32 512	n. a.	27 780 (35 994)	n. a.
2020	60 076	(108 260)	51 774 (71 625)	59 300 (80 600)
2030	117 098	n. a.	n. a.	111 800 (171 700)

Tabelle 3: Projektionsergebnisse zum Ersatzbedarf für die vertragsärztliche Versorgung sowie für den ambulanten und stationären insgesamt (in Klammern)

* („Brutto“-)Ersatzbedarf für die vertragsärztliche Versorgung („Kopfzahlen“); der („Brutto“-)Ersatzbedarf gibt die Summe der aus Altersgründen ausscheidenden Ärzte an.

** Prognose für den ambulanten und stationären Sektor insgesamt bis 2019 (Status-quo-Szenario); „Stichtagsprognose“.

*** Prognose für den ambulanten und stationären Sektor insgesamt („Kopfzahlen“).

**** Prognose für den ambulanten und stationären Sektor (nur Krankenhaus) insgesamt (VZÄ).

Quelle: Wille/Erdmann 2011; Kopetsch 2010; Blum/Löffert 2010; Ostwald et al. 2010

In der Studie von Wille/Erdmann (2011) werden sowohl regional differenzierte Ergebnisse zur ambulanten fachärztlichen Versorgung wie auch Vergleichszahlen zur vertragsärztlichen Versorgung insgesamt vorgestellt (die Gesamtangaben werden für den Vergleich der Projektionsergebnisse verwendet).⁶³ Zunächst stellen die Autoren fest, dass die demografische Entwicklung gegenläufige Effekte auf die künftige Nachfrage nach ambulanter ärztlicher Versorgung hat, denn der zu erwartende Rückgang der Bevölkerung führe zu einer Abnahme, die demografische Alterung hingegen zu einer Zunahme des Behandlungsbedarfs. Die Prognose des Bedarfs basiert auf einer Verknüpfung der dokumentierten alters- und geschlechtsspezifischen Kontaktraten der jeweiligen Arztgruppen und der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung. Zudem wird aus der Altersstruktur der heute praktizierenden Ärzte der („Brutto“-)Ersatzbedarf an Ärzten bis zum Jahre 2030 abgeleitet: So werden in Deutschland bis zum Jahr 2015 23,7 %, bis 2020 43,8 %, bis 2025 65,6 % und bis 2030 sogar 85,4 % der heute praktizierenden Vertragsärzte/-psychotherapeuten das Alter von 65 Jahren erreicht haben. Differenziert nach Arztgruppen besteht bei Hausärzten, Neurologen, Psychiatern und Psychotherapeuten sowie ab 2020 auch bei Chirurgen ein überdurchschnittlich hoher Ersatzbedarf. Eine Prognose bezüglich der Zahl fehlender Vertragsärzte 2020 bzw. 2030 wird nicht abgegeben.

92. In der Studie von Blum/Löffert (2010) wird neben dem Ersatzbedarf aus Altersgründen (bis 2019 rund 108 000) als weiterer Einflussfaktor für die Entwicklung der Arztzahlen bis 2019⁶⁴ ein „Mehrbedarf“ an Ärzten erwartet, der sich aus den aktuell unbesetzten Arztstellen, den demografiebedingten Fallzahlsteigerungen und einer angenommenen Zunahme von Teilzeitstellen ergibt. Der „Mehrbedarf“ an Ärzten bis 2019 liegt bei knapp 31 000. Schon heute liegt der „Sofortbedarf“ bei ca. 6 000 fehlenden Krankenhausärzten (Beschäftigte oder „Köpfe“, das entspricht ca. 5 500 Vollzeitäquivalenten (VZÄ)) und es sind etwa 3 600 Vertragsarztsitze vakant. Blum und Löffert (2010) erwarten im „Status-Quo-Szenario“ bis 2019 ca. 102 000 Neuzugänge. Zur Bedarfsdeckung

63 Bei niedergelassenen Ärzten lassen sich, anders als im Krankenhausbereich, keine gesicherten Vollzeitäquivalente ermitteln (Wille/Erdmann 2011). Veränderungen der tatsächlichen Arbeitszeiten finden hier daher keine Berücksichtigung.

64 Hierbei handelt es sich um eine so genannte „Stichtagsprognose“; differenzierte Ergebnisse für einzelne Jahre bzw. über 2019 hinaus liegen nicht vor.

werden jedoch bis zum Jahr 2019 insgesamt 139 000 Ärzten benötigt; so ergibt sich ein prognostizierter Mangel von ca. 37 000 Ärzten.

93. Aufgrund der Altersstruktur der heute tätigen Ärzte quantifiziert Kopetsch (2010) allein den „Ersatzbedarf“ an Ärzten im deutschen Gesundheitswesen bis zum Jahr 2015 bzw. 2020 mit 8 214 bzw. 19 851 Krankenhausärzten und 12 868 bzw. 23 768 Hausärzten. Bei den Fachärzten liegen die Zahlen bei 14 912 bis 2015 und bei 28 006 bis 2020. Insgesamt stellt Kopetsch einen „Ersatzbedarf“ von annähernd 36 000 Ärzten bis zum Jahr 2015 und rund 71 600 Ärzten bis zum Jahr 2020 fest. Dieser Bedarf erstreckt sich nicht gleichförmig über alle Fachgebiete, betroffen sind vor allem die hausärztliche, aber auch die augen-, nerven-, frauen- und hautärztliche Versorgung. Unter Verwendung weiterer Parameter wie dem Verlust der Medizinstudenten im und nach dem Studium sowie spätere Abwanderung, der Feminisierung der Medizin und reduzierter Arbeitszeit wird von einem deutlichen Mehrbedarf an Ärzten ausgegangen. Eine Quantifizierung erfolgt jedoch nicht.

94. Die Ergebnisse der Projektionen des WifOR-Instituts weisen bis zum Jahr 2030 einen sich stark erhöhenden „Ersatzbedarf“ aus, insbesondere auch, weil hier Vollzeitäquivalente prognostiziert werden (Ostwald et al. 2010). Unter der Annahme einer Rente mit 65 Jahren werden bis 2020 im ambulanten Sektor 59 300 Ärzte und 111 800 Ärzte bis 2030 in Rente gehen. Im Krankenhaus sind es 21 300 bis 2020 und 59 900 Ärzte bis 2030. Hoher „Ersatzbedarf“ besteht demnach vor allem bei den Allgemeinärzten, bei Kinderärzten und Internisten im ambulanten Sektor. Nach den Berechnungen fehlen 56 000 bis 2020 und 165 000 Vollzeitkräfte bis 2030.

95. Die Studien deuten insgesamt auf einen spätestens ab 2020 zunehmenden Mangel an Ärzten hin (Sieglén 2011). 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 die folgenden weiteren Einflussfaktoren der künftigen Entwicklung nicht berücksichtigt:

- die Effekte neuer, effizienterer Versorgungsstrukturen und einer veränderten Arbeitsteilung,⁶⁵
- der Abbau von Doppelstrukturen im ambulanten und stationären Sektor und die Reduktion der Bettenzahl in stationären Einrichtungen,
- ein wirksames Gegensteuern bei regionalen und fachgruppenspezifischen Fehlverteilungen,
- eine effizientere Gestaltung der Aus- und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses,
- die Ausschöpfung des Potenzials älterer Beschäftigter sowie
- der Ausbau elektronisch und netzgestützter Versorgung.

Überdies sind regionale Disparitäten anzuführen (Wille/Erdmann 2011), die für die Beurteilung der Versorgungssituation und möglicher Personalengpässe relevant sind. Bayern weist etwa einen dem Bundesdurchschnitt vergleichbaren Ersatzbedarf auf, wohingegen Baden-Württemberg bei fast allen Arztgruppen und zu allen erhobenen Zeitpunkten einen überdurchschnittlichen Ersatzbedarf hat (ebd.).⁶⁶ Auf kleinräumiger Betrachtungsebene wirken sich nachfrageseitig die demografischen

⁶⁵ Bei einem gleichermaßen zu erwartenden Fachkräftemangel in den anderen Gesundheitsberufen dürften die Potenziale von Delegation und Substitution jedoch begrenzt bleiben.

⁶⁶ Ausnahmen sind Haut- und Kinderärzte im Jahre 2025 sowie Augen-, Hals-Nasen-Ohren- und Kinderärzte im Jahre 2030.

Prognoseparameter noch stärker aus (Siewert et al. 2010) und das Angebot ist oft von den individuellen Niederlassungsentscheidungen der Ärzte bestimmt. Herausforderungen stellen sich auch an die Rekrutierung, die Qualifikation, die Verteilung, den Verbleib und die Motivation des benötigten Personals im Gesundheitswesen. Daher ist es erforderlich, die Erwartungen und das Verhalten der im Gesundheitswesen Beschäftigten bei der Fachkräftesicherung zu berücksichtigen. Hierbei erscheint besonders die Reduktion des durchschnittlichen Arbeitsvolumens eines Arztes während seines Erwerbslebens entscheidend.

96. Trotz der genannten erheblichen Limitationen der Prognosen 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.⁶⁷

3.2.3.2 Pflege

97. Zur Prognose des künftigen Fachkräftebedarfs in der Pflege liegen ebenfalls mehrere Studien vor (Afentakis/Maier 2010; Ostwald et al. 2010; Hackmann 2010; Pohl 2011a; Pohl 2011b; Pohl 2010; Hackmann/Moog 2010; Popp 2011; Enste/Pimpertz 2008; Schnabel 2007). Durchgängig zeigen sie, dass es unter Beibehaltung der heutigen Strukturen in der Pflege in Zukunft zu einem beträchtlichen Personalmangel kommen wird.

98. Afentakis/Maier (2010) haben eine Projektion des künftigen Bedarfs an Pflegekräften⁶⁸ und eine Prognose der Angebotsentwicklung für Krankenhäuser sowie ambulante und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen bis zum Jahr 2025 vorgenommen. Die Bedarfsentwicklung wird für ein „Status quo-Szenario“ und für ein Szenario „sinkende Pflegequoten“ bzw. „sinkende Behandlungsquoten“ bestimmt, wobei die Nutzungsstrukturen des Basisjahres 2005 fortgeschrieben werden. Auch die Prognose des künftigen Angebots in den Pflegeberufen wird für zwei Szenarien betrachtet. Im Modell „ohne berufliche Flexibilität“ werden ausschließlich ausgebildete Pflegekräfte berücksichtigt, im Modell „mit beruflicher Flexibilität“ werden zusätzlich un- und angelernte Pflegekräfte einbezogen. Unter Zugrundelegung der Beschäftigungsstrukturen des Jahres 2005 erfolgt eine Anpassung

⁶⁷ Insgesamt besteht ein Trend zur Arbeitszeitverkürzung (Kopetsch 2010), wobei die Arbeitszeitwünsche der Ärzte nach einer Befragung des Marburger Bundes (2011) noch keineswegs realisiert wurden (siehe auch Buxel 2009).

⁶⁸ Berufe: Gesundheits- und Krankenpfleger (einschließlich Entbindungspfleger), Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, Altenpfleger (einschließlich Altenpflegehelfer), wie in der Gesundheitspersonalrechnung ausgewiesen.

an die künftige Erwerbspersonenstruktur.⁶⁹ Nach dem Modell „ohne berufliche Flexibilität“ besteht bereits im Basisjahr 2005 ein Mangel an 39 000 Pflegekräften (VZÄ). Dieser Befund ist so zu interpretieren, dass bereits 2005 der Bedarf nicht allein über das Angebot an ausgebildeten Pflegekräften⁷⁰ gedeckt werden konnte, und diese weiterhin bestehende Bedarfsücke de facto durch un- und angelernte Kräfte kompensiert wird. Allerdings kommt es zu einer wachsenden Lücke zwischen Bedarf und Angebot an Pflegekräften. Bis zum Jahr 2025 werden dann im Status-quo-Szenario 193 000 und bei sinkenden Behandlungsquoten immer noch 135 000 Vollzeitbeschäftigte in der Pflege fehlen. Nach dem Szenario „mit beruflicher Flexibilität“ ist der Mangel an Pflegekräften ab dem Jahr 2018/2021 zu spüren und wächst dann rasant an (vgl. auch Tabelle 4).

99. Die bereits für den Arztbereich zitierte Studie von Ostwald et al. (2010) bezieht sich bei den Pflegeberufen ausschließlich auf Gesundheits- und Krankenpflege(-helfer)⁷¹; Altenpflegekräfte sind nicht eingeschlossen. Die Prognosen erfolgen bis 2030. Bei der Bedarfsprognose finden der „morbiditätsbedingte Ergänzungsbedarf“⁷² infolge der Alterung der Bevölkerung und der demografisch bedingte „Ersatzbedarf“ durch Verrentungen in den Pflegeberufen bis 2030 Eingang. Bei der Berechnung des künftigen Fachkräfteangebots wird die Entwicklung der Ausbildungsabsolventen der vergangenen Jahre fortgeschrieben, Arbeitslose als Pool berücksichtigt, und es erfolgt eine Anpassung gemäß der künftigen Erwerbspersonenstruktur. Dieser Studie zufolge besteht bereits im Jahr 2020 ein gravierender Mangel an Pflegekräften. Im Jahr 2030 wächst dieser auf 477 734 Pflegevollzeitstellen an.

100. Die Prognose von Hackmann (2010) reicht bis zum Jahr 2050. Er betrachtet dabei nach eigenen Angaben „Altenpflegekräfte“. Der Begriff ist unscharf definiert, gemeint sind offenbar Arbeitskräfte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, die primär pflegerische Tätigkeiten übernehmen. Ausgehend von einem Anstieg der professionell zu versorgenden Pflegefälle um ca. 170 % bis 2050 (wie bei Hackmann/Moog (2010) berechnet), würde der Bedarf an „Altenpflegekräften“ von 316 000 (VZÄ) im Basisjahr 2007 auf 850 000 im Jahr 2050 ansteigen.⁷³ Allerdings wird entsprechend der Modellberechnungen im Jahr 2050 nur ein Angebot von 420 000 Altenpflegekräften (VZÄ) realisiert sein.

101. Die wesentlichen Ergebnisse der drei Studien sind in Tabelle 4 dargestellt. Trotz eingeschränkter Vergleichbarkeit der Studien fallen größere Unterschiede zwischen den Berechnungen von Afentakis/Maier (2010) und denen von Ostwald et al. (2010) auf, was das Ausmaß des zu erwartenden Personalmangels in der Pflege betrifft. Das Ergebnis von Ostwald et al. (2010) bezieht sich ausschließlich auf Krankenpflege(hilfe-)kräfte, und ist im Vergleich zum Befund, den Afentakis/Maier (2010) für Kranken- und Altenpflege(hilfe-)kräfte zusammen ausgemacht haben, auffallend hoch. Die Berechnungsmethodik von Ostwald et al. (2010) kann anhand der publizierten Informationen nur ausschnittsweise und keinesfalls zufriedenstellend nachvollzogen werden. Da Afentakis/Maier (2010) sowohl bei der Bedarfs- wie auch der Angebotsprojektion bislang erprob-

69 Die Angebotsentwicklung wurde auf Basis des BIBB-DEMOS-Modells der Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforchung mbH geschätzt (Afentakis/Maier 2010; ausführlich: Helmrich/Zika 2010).

70 Dazu zählen hier auch die Helferberufe in der Pflege.

71 Gemäß Gesundheitspersonalrechnung, einschließlich Entbindungspfleger.

72 Wird nicht näher spezifiziert.

73 Unter der Annahme, dass sich die Zunahme an Altenpflegekräften gemäß der Zunahme an Pflegefällen entwickelt.

tere Modelle einsetzen (weiterführend: Statistische Ämter 2010; Helmrach/Zika 2010) sind ihre Ergebnisse nach dem Stand des gegenwärtigen Wissens als Orientierungsgröße vorzuziehen. Danach werden 112 000 Pflegevollkräfte im Jahr 2025 fehlen.

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)
		Gesundheits- und Krankenpflegehelfer	–	k.A.	393 100 (2030)
					36 400 (2020)
Hackmann (2010)	ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen	„Altenpflegekräfte“	–	SQ	84 634 (2030)
					430 000 (2050)

Tabelle 4: 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 (informelle Pflege) auftreten. In verschiedenen Studien wird diskutiert, dass die informelle Pflege aufgrund demografischer, sozioökonomischer und kultureller Veränderungen künftig abnehmen wird. Ein sinkendes familiäres Pflegepotenzial ist beispielsweise aufgrund der zunehmenden Erwerbsbeteiligung von Frauen, der gestiegenen Mobilität und räumlichen Distanz zwischen den Generationen sowie der sich schon heute abzeichnenden wachsenden Präferenz, professionelle Dienste einzubinden, zu erwarten (Pohl 2011a; Rothgang et al. 2009). Andererseits zeigt sich, dass durch Hinzunahme von ambulanten Diensten häusliche Pflegearrangements mit Beteiligung von Familienangehörigen stabilisiert werden können (van Oorschoot/Arts 2005). Da die Betreuungsrelation in der stationären Pflege doppelt so hoch wie in der ambulanten Pflege ist⁷⁴, wirkt sich die Entscheidung zwischen professioneller ambulanter und stationärer Pflege erheblich auf den tatsächlichen Bedarf an Fachkräften aus.

In verschiedenen Studien wurden diese Auswirkungen einer veränderten Inanspruchnahme der Leistungen Pflegegeld, ambulante sowie stationäre Pflegeleistungen quantifiziert. Tabelle 4 zeigt eine

74 Die durchschnittliche Betreuungsrelation (VZÄ pro Pflegebedürftigen) liegt stationär bei 0,6 gegenüber 0,3 im ambulanten Bereich (Pohl 2011a).

vergleichende Übersicht der Studienergebnisse zur Entwicklung des Gesamtbedarfs an Beschäftigten in SGB XI-Einrichtungen nach unterschiedlichen Modellannahmen und -varianten. So zeigen die Berechnungen von Pohl (2011a): verbliebe die absolute Anzahl der Pflegegeldempfänger bis zum Jahr 2030 auf dem Stand des Basisjahrs 2007, müssten nach dem Status quo-Szenario noch einmal – zusätzlich zum ohnehin gravierenden Mehrbedarf bei Annahme einer gleichförmigen Weiterentwicklung der Inanspruchnahme-Relation von Pflegeleistungen – insgesamt 140 000 Vollzeitstellen in SGB XI-Einrichtungen besetzt werden (siehe Tabelle 5). Im Modell von Schnabel (2007) beträgt der durch einen „Heimsog“ zusätzlich ausgelöste Mehrbedarf 450 000 Vollzeitstellen bis zum Jahr 2050. Den in Tabelle 5 dargestellten Studien ist gemein, dass sie den Gesamtbedarf an Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen beziffern.

	Basis- annahme	zusätzliche Annahme	Basisjahr	2010	2020	2030	2040	2050
Pohl (2011a)	SQ*	Fortschreibung	576 000 (2007)	617 000	769 000	907 000	–	–
	MK**	Inanspruchnahme- relation***		607 000	714 000	796 000	–	–
	SQ*	Pflegegeld- empfänger:		617 000	846 000	1 047 000	–	–
	MK**	Niveau von 2010		607 000	770 000	888 000	–	–
Hackmann/ Moog (2010)****	SQ*, sinkendes informelles Pflege- potenzial****	Variante A amb:stat = 1:1,5	543 351 (2005)	605 252	744 759	904 525	1 193 671	1 528.898
		Variante B amb:stat = 1:1		596 531	716 130	847 992	1 119 066	1 433 341
		Variante C amb:stat = 1:2,3		613 972	773 389	961 058	1 268 275	1 624 454
Enste / Pimpertz (2008)	SQ*	–	549 282 (2005)	670 716	899 499	1 118 880	1 277 640	1 549 800
Popp (2011)*****	SQ*	Ober- grenze*****	576 000 (2007)	608 017	770 319	915 757	1 065 342	1 284 141
		Unter- grenze*****		504 396	638 715	758 545	882 768	1 062 534
	MK**	Obergrenze		598 191	716 970	805 884	881 322	1 002 340
		Untergrenze		496 276	594 657	667 913	730 869	830 437
Schnabel (2007)	ohne Heimsog	–	545 000 (2005)	–	–	–	–	1 800 000
	mit Heimsog	–		–	–	–	–	1 350 000

Tabelle 5: Gesamtbedarf an Beschäftigten (VZÄ) in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (nach SGB XI)

- * Status-quo-Prognose.
- ** Prognose bei Annahme der Morbiditätskompression.
- *** Nach SG 2009.
- **** Angehörigenbeteiligung gemäß Fortschreibung der Struktur in der „MuGIII-Studie“ (Schneekloth/Wahl 2005).
- ***** Die Autoren haben dem SVR Originalzahlen der entsprechenden Publikation zur Verfügung gestellt.
- ***** Für den stationären Bereich basiert die Prognose auf den Personalrichtwerten Ober- bzw. Untergrenze aus Baden-Württemberg. Für den ambulanten Bereich erfolgte die Berechnung der Ober- und Untergrenze auf Grundlage der Betreuungsverhältnisse der Jahre 1999 bzw. 2007 in Kombination mit den Verhältnissen der Personalrichtwerte des stationären Sektors aus Baden-Württemberg.

Quelle: Pohl (2011a); Hackmann/Moog (2010); Enste/Pimpertz (2008); Popp (2011); Schnabel (2007). Eigene Darstellung.

102. Wie in der ärztlichen Versorgung sind 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 (Pohl 2010; 2011b).⁷⁵ Obschon die oben dargestellten längerfristigen Prognosen es ermöglichen, allgemeine Entwicklungstendenzen abzubilden, sind daher ergänzende regionale Bestandsaufnahmen und Studien, in denen kurzfristigere Zeithorizonte zugrund gelegt werden, erforderlich. Sie sind wichtige Instrumente für die Versorgungsplanung. Als Beispiele guter Praxis sei hier auf den Hessischen Pflegemonitor (www.hessischer-pflegemonitor.de) und die „Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen“ (MAGS NRW 2010) verwiesen. Diese verdeutlichen außerdem, dass die dringend benötigten, aussagekräftigeren Daten zur Fachkräfteentwicklung nur durch zusätzliche Datenerhebungen gewonnen werden können.

103. Die Limitationen der vorgestellten Studien zum künftigen Personalbedarf bzw. -mangel in der Pflege sind zahlreich. So sind Krankenhausdiagnosen, wie sie beispielsweise Afentakis/Maier (2010) verwenden, 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.

Auch die Bestimmung der künftigen Zahl an Pflegekräften ist in den Studien mit Unsicherheiten behaftet. Eine zentrale Frage wird sein, ob aktuell bestehende Beschäftigungsstrukturen in Zukunft fortgeschrieben werden (können), ob sich Beschäftigungstrends der letzten Jahre fortsetzen oder neue, gegenläufige Entwicklungen entstehen werden. Für die Pflege besonders relevant sind die künftige Entwicklung der Teilzeitquote, der Berufsverweildauer und der Altersstruktur der Beschäftigten (ansatzweise werden diese Aspekte bei Afentakis/Maier 2010 und bei Hackmann 2010 aufgegriffen). Auch hat die Alterung der Bevölkerung Auswirkungen auf die Gesundheitsberufe. Lag der Anteil der 50 Jahre und älteren unter den Beschäftigten in Pflegeberufen im Jahr 2000 noch bei 16,9 %, ist er im Jahr 2009 bereits auf knapp 25,5 % angestiegen.⁷⁶

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 Fachkräften 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.⁷⁷

75 Vgl. auch die bundeslandbezogenen Analysen auf www.pwc.de.

76 Demgegenüber ist der Anteil der unter 35-Jährigen von rund 38,3 % im Jahr 2000 auf knapp 31,1 % im Jahr 2009 gesunken (GBE Bund Online, Datenbasis Gesundheitspersonalrechnung, eigene Berechnungen).

77 Es ist daher zu begrüßen, dass die neue „Klassifikation der Berufe 2010“ neben der Berufsfachlichkeit auch das Anforderungsniveau ausweist, und damit Qualifikationsniveaus in den einzelnen Gesundheitsberufen künftig besser abbildet (BA 2011 a, b; Wiemer et al. 2011). Simon (2012) schlägt zudem vor, bei der Darstellung der Fachkräfteentwicklung auf die differenzierteren Daten der amtlichen Primärstatistiken, die Krankenhausstatistik, die Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und die Pflegestatistik zurückzugreifen.

104. Die angesprochenen Unterschiede, Unsicherheiten und Begrenzungen der vorgestellten 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 und Maier (2010) voraussichtlich 112 000 in der Pflege benötigte Vollzeitstellen nicht besetzt werden können.

3.2.4 Handlungsansätze zur Sicherung der für einen Qualitätswettbewerb notwendigen Fachkräfte

105. 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).⁷⁸ Abgesehen davon, dass es in Deutschland bislang wenige entsprechende Berufsbilder bzw. Qualifikationsmöglichkeiten gibt, dürfte eine solche Delegation, schon aufgrund des sich auch in diesen 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 nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe beinhaltet.⁷⁹ Dies könnte zu einer Entlastung der Ärzte und einer schnelleren Erledigung beitragen. Auch im ambulanten Bereich sind neue Aufgabenteilungen denkbar (siehe SG 2009): das Modell der „Tandempraxen“, in denen Ärzte und Pflegende gleichberechtigt zusammenarbeiten, stellt hier eine interessante Option dar (Herber et al. 2008).

106. 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, die den realen Arbeitszeiten entspricht und Schichtdienst ermöglicht, sind verbesserte Wiedereinstiegsmöglichkeiten nach einer Erziehungs- oder Pflegepause anzuführen,⁸⁰ die auch Vorbereitungskurse und Supervision beinhalten, ebenso innovative Modelle einer familienfreundlichen Flexibilisierung von Arbeitszeit und Arbeitsorganisation (späterer Arbeits-

⁷⁸ Diese Berufsbilder lehnen sich an das Konzept der Midlevel Providers an (Yarnall et al. 2009): diese absolvieren eine akademische Ausbildung auf Bachelorlevel und können (unter Anleitung und Supervision von Ärzten) vergleichsweise selbständig praktizieren; eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal in den jeweiligen Fachgebieten ist damit möglich (Blum/Grohmann 2009; Poetzsch 2008).

⁷⁹ So ist beispielsweise ein qualifizierter Aufgabenbereich vorstellbar, in dem eigenverantwortlich Gefäßzugänge wie Braunülen und Katheter gelegt werden sowie auch die Patienteninformation und die Überwachung der Gefäßzugänge erfolgt.

⁸⁰ Hier sei auch auf die im GKV-Versorgungsstrukturgesetz angesprochenen „Entlastungsassistenten“ für die Erziehung von Kindern (bis zu 36 Monate) sowie für die Pflege von Angehörigen (bis zur 6 Monate) verwiesen; die KVen erhalten die Möglichkeit, den 36- bzw. 6-Monatszeitraum zu verlängern. Zudem können Ärztinnen nach Geburt eines Kindes 12 statt 6 Monate eine Vertretung engagieren. Ob diese Instrumente in relevantem Umfang greifen werden, kann allerdings bezweifelt werden.

beginn, um Kinder zur Schule bzw. zum Kindergarten zu bringen, Abend- und Samstagsprechstunden in MVZ, kleinere Operationen und apparative Leistungen in Teilzeit, Jobsharing, Heimarbeitsplätze für administrative Aufgaben⁸¹ etc.). Zu erwähnen ist insbesondere der Ausbau von Teilzeitarbeit (auch für Männer), die allerdings eine Einstellungsänderung der Führungsebene voraussetzt. Ebenso sind „dual career“-Modelle erforderlich⁸², 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.⁸³ Auch in der ambulanten Versorgung sind neue Arbeitszeitmodelle gefordert (Jacobs/Kip 2009; Kopetsch 2003). 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.

107. Zugleich scheinen Maßnahmen erforderlich, um das Problem der fehlenden Primärärzte in ländlichen Gebieten anzugehen (SG 2009, Ziffern 685, 714 ff.), z. B. die Erhöhung der Attraktivität des Berufsbildes des Hausarztes durch frühzeitigen Praxiskontakt im Studium (akademische Etablierung der Allgemeinmedizin als selbständige Einrichtungen an allen 36 Medizinischen Fakultäten) und eine bessere Darstellung und mehr Raum für das Fach Allgemeinmedizin im Studium (insbesondere Ausbau von Blockpraktika und Anteilen des Praktischen Jahres in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen). Auch an Stipendien für eine spätere Arbeit in unterversorgten Gebieten muss gedacht werden. Darüber hinaus sind weitere Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten zu empfehlen, wie Arbeitsangebote auch für den Lebenspartner und Schul- bzw. Betreuungsangebote für die Kinder (Günther et al. 2010). Im Versorgungsstrukturgesetz wurden bereits Anreize integriert.⁸⁴ Es wird abzuwarten sein, welche Erfolge sie haben werden. Die Bedeutung von monetären Anreizen bei der Wahl des Niederlassungsortes wird erheblich überschätzt (Heider et al. 2011; Roick et al. 2012). Unter den niederlassungsrelevanten Faktoren sind gute Rahmenbedingungen für die Familie sowie das Ausmaß der beruflichen Verpflichtungen (z. B. Bereitschaftsdienst) am bedeutendsten (Günther et al. 2010; SG 2009, Ziffern 714 ff.).

108. Besserer Einsatz der in der Patientenversorgung tätigen Ärzte: Die sektorale Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bindet oftmals ärztliche Kapazität. Eine bessere

81 Nach Ermöglichung des externen Zugriffs auf das Krankenhausinformationssystem können von zu Hause Laborwerte beurteilt, Röntgenbilder befundet und Arztbriefe geschrieben werden.

82 Als „dual career couple“ wird ein Paar mit oder ohne Kinder bezeichnet, bei dem eine Aufstiegs- oder Karriereorientierung beider Partner besteht und das durch die erschwerte Koordination beider Karrieren mit besonderen Herausforderungen konfrontiert ist.

83 Formal lässt sich zwar die gesetzlich mögliche Arbeitszeit erhöhen, jedoch geht dies in die falsche Richtung, da die Arbeitszufriedenheit nicht mitbedacht wird. Daher erscheint der Vorschlag, die EU-Arbeitszeitrichtlinien kurzfristig zu ändern und den ärztlichen Bereitschaftsdienst in den Kliniken nach aktiven und inaktiven Zeiten zu differenzieren, wenig erfolgversprechend.

84 So sind die Herausnahme von Leistungen aus der Mengenbegrenzung in strukturschwachen Gebieten und die Möglichkeit von Zuschlägen für Leistungen förderungswürdiger Leistungserbringer, die Einrichtung von Strukturfonds durch die KVen, um gezielt Niederlassungen zu fördern, die Aufhebung der Residenzpflicht, die Unterstützung mobiler Versorgungskonzepte u. a. zu nennen.

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.⁸⁵ In Zukunft ist hier mit einer Zunahme des Engagements der Krankenhäuser und der Etablierung eines Mixes von stationärer und ambulanter Tätigkeit zu rechnen (siehe Kapitel 6).

109. 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. 4 Satz 8 SGB V).⁸⁶ 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.

Mögliche Schritte zur Reduktion von Überversorgung wären: 1. die KV „kann“ freiwerdende Arztsitze in überversorgten Gebieten aufkaufen, 2. die KV „muss“ Arztsitze in überversorgten Gebieten aufkaufen, 3. die GKV-Verträge werden in diesen Gebieten nur noch zeitlich befristet vergeben, 4. in den überversorgten Gebieten wird der Kollektivvertrag abgeschafft, nur noch Selektivverträge sind möglich. Der Rat empfiehlt zunächst die Möglichkeit des Aufkaufens, würde aber, wenn dies nicht zu einer Reduktion der Überversorgung ausreicht, auch dafür plädieren, die „Kann“- in eine „Muss“-Regelung zu überführen.

110. Steigerung der Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit in der Patientenversorgung: Unter diesem für eine nachhaltige Sicherung der klinisch tätigen Ärzte überaus wichtigen Gesichtspunkt werden derzeit zahlreiche Maßnahmen diskutiert – so beispielsweise eine kombinierte, abwechslungsreiche Tätigkeit im stationären und ambulanten Bereich (z. B. Stationsoberarzt und Facharzt im MVZ mit jeweils 20 Wochenstunden) und die Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit, mit dem Ziel, die im gesamten Berufsleben geleistete Arbeitszeit in der Patientenbetreuung zu erhöhen. Hierunter fällt auch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Im stationären Bereich könnten z. B. Partizipationsmöglichkeiten ausgebaut und 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 (shared leadership), die Arbeitszufriedenheit gesteigert werden. Dazu wäre auch ein Etat für Coaching und die Aus- und Fortbildung von Führungskräften sinnvoll.

85 Beispiele für bereits existierende Verzahnung sind das Belegarztsystem, Konsiliarärzte, die Ermächtigung (eher ein Auslaufmodell durch die direkte Leistungserbringung, die neuen Chefarztverträge mit Abführung der Vergütung ans Krankenhaus und die restriktive Behandlung durch die KVen), die MVZ sowie ambulante Leistungen am Krankenhaus nach § 116b SGB V und die integrierte Versorgung nach § 140a SGB V.

86 Nach einem Gutachten von Prognos ließen sich unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen der Bedarfsplanung (Versorgungsgrad von 110 %) allein bei Aufkauf von denjenigen Praxen, deren Inhaber in den Ruhestand treten, 12 000 Arztsitze abbauen (Wölbing/Feuerstein 2011), ohne dass damit die Versorgungsqualität im Großen und Ganzen beeinträchtigt würde. Dies wird jedoch von der KBV heftig bestritten (KBV 2011), die eine Verschärfung des Ärztemangels befürchtet, da solche Praxen ggf. auch Patienten aus angrenzenden KV-Gebieten mitversorgen.

111. Die Förderung einer längeren Ausübung der kurativen Praxis von (älteren) Ärzten ist ebenso bedeutend. Allerdings erfordert dies eine andere Arbeitsorganisation und -gestaltung: älteren Ärzten sollten mehr übergeordnete Funktionen und weniger fremdbestimmte Basisarbeit zugewiesen werden. Auch mehr Ausgleichstage (ggf. über zuvor angelegte Lebensarbeitszeitkonten), die Reduktion von Nacht- und Wochenendarbeit, kontinuierliche Fortbildung, Weiterqualifikation und Gesundheitsförderung könnten die Beschäftigung älterer Ärzte erleichtern.

Bei den ambulant tätigen Ärzten könnten neue Bereitschaftsdienstmodelle die Arbeitszufriedenheit erhöhen: exemplarisch sei das Modell zur Entlastung der Diensthabenden in Mittelhessen genannt (Beteiligte sind niedergelassene Ärzte, die KV Hessen und die Johanniter-Unfall-Hilfe) (Hillienhof 2011). Hier wird der diensthabende Arzt bei sämtlichen Anrufen durch geschultes Personal und zusätzlich durch einen ausgebildeten Assistenten der Johanniter-Unfall-Hilfe mit Fahrzeug unterstützt, der auch organisatorische Aufgaben übernimmt und bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen behilflich ist. Eine weitere Möglichkeit ist die Einrichtung von Notdienstzentralen zur Reduktion der Praxisdienste.

112. Erforderlich ist nicht zuletzt die Optimierung der ärztlichen Weiterbildung (für die Allgemeinmedizin auch in Form von regionalen Weiterbildungsverbünden aus Kliniken und Praxen; SG 2009, Ziffer 719) mit attraktiven Rahmenbedingungen, individuellem Mentoring, klaren Weiterbildungszielen und systematischer Qualitätsförderung (Tooke 2008). Wenn die nachwachsenden Arztgenerationen bei verantwortlicher Tätigkeit sich selbst überlassen sind und im Zielkonflikt zwischen den Ansprüchen der Patienten und Angehörigen sowie den ökonomischen Vorgaben „zerrieben“ werden, wenn Zeitmangel, begrenzte Ressourcen und eine überbordende Bürokratie bestehen, leidet nicht nur die Arbeitszufriedenheit, sondern werden verstärkt berufliche Alternativen in anderen Tätigkeitsfeldern gesucht, oder die Berufsausübung im Ausland vorgezogen.

113. Zur Steigerung der Zahl in der Patientenversorgung tätiger Ärzte wurden mehrere Vorschläge vorgelegt u. a. die vermehrte Anwerbung ausländischer Ärzte.⁸⁷ 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 den konservativen Fächern (z. B. Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie) bemerkbar machen. Diese Ärzte benötigen eine lange Einarbeitungszeit, die erhebliche Kapazitäten bindet. Die gegenwärtig diskutierte Eingliederung von arbeitslosen Ärzten verspricht wenig Aussicht auf Erfolg, da sich die Zahl der arbeitslos gemeldeten Ärzte seit 1997 um mehr als 70 % reduziert hat. Im Jahr 2009 lag sie nur noch bei 2 649 Ärzten.

Um dem ab 2020 prognostizierten Ärztemangel zu begegnen, ist zudem verschiedentlich eine Erhöhung der Studienplatzzahlen für Medizin diskutiert worden. Im SG 2009 (Ziffer 694) wurde festgestellt, dass die Zahl der Absolventen im Fach Humanmedizin infolge einer Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte in den 1990er-Jahren von ca. 11 500 in 1993 auf nur noch rund 9 570 Absolventen in 2007 gesunken und bis 2010 dann wieder auf ca. 10 000 gestiegen ist (BMG 2011a). In den vergangenen drei Studienjahren ist nach Angaben der Stiftung für Hochschulzulassung ein leichter Anstieg bei den Studienanfängerzahlen in Humanmedizin zu beobach-

87 Für reglementierte Berufe wie den Arztberuf gibt es für die Anerkennung bereits weitgehende Vorgaben des Europarechts (insb. EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG). Durch das so genannte Anerkennungs-gesetz wurden mit dem Inkrafttreten am 1. April 2012 die bereits bestehenden Regelungen zur Umsetzung der Richtlinie für Menschen bzw. Qualifikationen aus Ländern außerhalb der EU (Drittstaaten) geöffnet.

ten (um knapp 3 %). 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.⁸⁸ 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 (siehe Tabelle 6).

114. Darüber hinaus ist auch zu überlegen, ob über eine veränderte Auswahl der Studienplatzbewerber die Zahl der approbierten Ärzte, die nie in der kurativen Medizin arbeiten, reduziert werden kann.⁸⁹ Diese Maßnahmen könnten jedoch nur mittelfristig wirksam werden: Im hausärztlichen Bereich wären z. B. mindestens 13 Jahre Vorlauf erforderlich (2 Jahre Latenz bis zur Umsetzung, 6 Jahre Studium, mindestens 5 Jahre Weiterbildung).

Verstärkung	Verminderung
Steigerung des Versorgungsbedarfs infolge des demografischen Wandels	Bevölkerungsrückgang
- Steigendes Durchschnittsalter der Ärzte - Im OECD-Vergleich liegt Deutschland in Bezug auf die Arztdichte nur im Mittelfeld	Zunehmende Zahl an Ärzten
Emigration	Integration und qualifizierte Zuwanderung
- Zunahme administrativer Aufgaben - Fehlende Möglichkeit zur Delegation von Aufgaben aufgrund des Fachkräftemangels in den anderen Gesundheitsberufen	- Neue Arbeitsverteilung, Delegation - Entlastung von Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben - Nutzung von Informationssystemen
- Abnahme der Zahl beziehungsweise des Arbeitsvolumens erwerbstätiger Ärzte - längere familienbedingte Erwerbsunterbrechung - Zunahme der Teilzeitarbeit - Steigendes Durchschnittsalter der Ärzte - Präferenz für Arbeitszeitreduktion („Freizeit vor Bezahlung“) - EU-Arbeitszeitrichtlinien in Kliniken - Systematische Arbeitszeiterfassung	- Erhöhung der Zahl beziehungsweise des Arbeitsvolumens erwerbstätiger Ärzte - 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
	- Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung - Veränderung der Versorgungsstrukturen, z. B. bessere Verzahnung stationär/ambulant, Abbau von Doppelstrukturen - Reduktion von Krankenhausbetten - Reduktion von Fehlverteilungen

Tabelle 6: Einflussfaktoren auf einen zukünftigen Ärztemangel

88 Die Gesamtzahl aller Studierenden im Fach Humanmedizin lag im Studienjahr 2009/10 bei knapp 80 000; seit dem Studienjahr 1999/2000 ist diese etwa konstant (BMG 2011a).

89 Etwa über standardisierte Interviews, die es erlauben, neben fachlichen Kompetenzen und kommunikativen Fähigkeiten auch Informationen zur Motivation der Studienplatzbewerber zu erhalten (Prideaux et al. 2011; Hampe/Hissbach 2010; Hampe et al. 2009; Eva et al. 2009; Salvatori 2001); auch ein längeres Praktikum vor der Bewerbung könnte sinnvoll sein.

115. Für den *pflegerischen Bereich* bestehen folgende Handlungsoptionen:

Angesichts der beschriebenen Entwicklung besteht eine der vordringlichen Aufgaben darin, die Zahl an Fachkräften in der Pflege zu erhöhen und dazu eine entsprechende Erweiterung der Ausbildungskapazitäten einzuleiten. 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 (Robert Bosch Stiftung 2001; DGP 2006; Twenhöfel 2011). 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 (RWI 2011; Ernst & Young 2011), denn die Profilierung der Versorgungseinrichtungen ist ohne entsprechend qualifiziertes Personal nicht realisierbar.

116. Notwendig ist daher, die Ausbildungssituation anzugehen (Kälble 2008) und dafür Sorge zu tragen, dass die Pflege in der Praxis künftig zu einem evidenzbasierten Handeln gelangen kann. Hierfür 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 (Schaeffer/Wingenfeld 2011; Imhof et al. 2008; BBT 2010), und halten in Deutschland erst jetzt, noch mit Modellstatus versehen, Einkehr in die Hochschullandschaft. Der Rat empfiehlt (wie bereits im GA 2007, Ziffer 82 und 2000/2001, II, Ziffer 96 ff.), diese Entwicklung aktiv zu fördern (siehe auch Wissenschaftsrat 2011⁹⁰; Gesundheitsforschungsrat 2010, 2011; Behrens et al. 2012; Adler/von dem Knesebeck 2010; Landtag NRW 2005).

Zugleich sind künftig größere Anstrengungen notwendig, um eine bundesweit einheitlichere und international anschlussfähigere Studiengangstruktur herzustellen. Derzeit existiert eine große Varianz an Studiengangskonzepten, weil jede Hochschule das Modell realisiert, welches sie für attraktiv hält – eine Praxis, die für eine produktive Entwicklung des Fachkräftepotenzials verbesserungswürdig erscheint. Erforderlich ist es außerdem, die sich anschließende Studiengangsebene in den Blick zu nehmen und verstärkt Masterstudiengänge einzurichten, die für qualifizierte Funktionen und Rollen in der Pflege qualifizieren (Advanced Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist) (Schober/Affara 2008; Hamric et al. 2008). 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.) (Ewers 2010; Müller-Mundt/Schaeffer 2011; Herber et al. 2008; GA 2007, Ziffer 13; Kuhlmeier et al. 2011).

117. 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

90 Der Wissenschaftsrat hat in sein Arbeitsprogramm vom 08. Juli 2011 hochschulische Qualifikationen für das Gesundheitswesen aufgenommen, vgl. Wissenschaftsrat (2011); der Gesundheitsforschungsrat ruft die Universitäten, und hier insbesondere auch die Medizinischen Fakultäten auf, mehr universitäre Standorte für Masterstudiengänge, für Promotionsmöglichkeiten und für eine kontinuierlich leistungsfähige Forschung in den Gesundheitsfachberufen zu schaffen; vgl. Gesundheitsforschungsrat (2011).

umgesetzt werden. Nicht weniger wichtig ist die weitere Qualifizierung der so genannten 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.

118. Erforderlich ist es 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.

119. Darüber hinaus ist es notwendig, die Arbeitsbedingungen in der Pflege auf den Prüfstand zu stellen und zu verbessern sowie 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. Gleichwohl sind solche Konzepte nur dann erfolgreich, wenn, diesen umfangreicheren Aufgaben entsprechend, eine niedrigere Arbeitslast (Fallzahlen/case load) – etwa wie in den USA – realisiert werden kann.

Doch auch in anderer Hinsicht sind die Arbeitsbedingungen in der Pflege veränderungsbedürftig. Wie bereits dargestellt, 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 (DAK/BGW 2003, 2005, 2006; Hasselhorn et al. 2005). 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 begründet (Kessler 2008; Embriaco et al. 2007; Poncet et al. 2007; Gostomzyk/Enke 2007; Ernst & Young 2011).

120. 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, es wird schwierig sein, die Pflege aus der ihr attestierten „Gratifikationskrise“⁹¹ (Siegrist 1996, 2002) herauszuführen. 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

91 Wörtlich „Belohnungskrise“, d. h. Anforderungen, Verpflichtungen und Belastungen sind weitaus höher als die „Belohnung“, etwa durch angemessene Bezahlung, Wertschätzung usw.

Jahre allein nicht ausreichend, vielmehr sind die zugrundeliegenden Probleme anzugehen, um die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen.⁹²

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

122. Angesichts der gesundheitlichen Belastungen ist darüber hinaus eine – umfassend verstandene – Gesundheitsförderung der Mitarbeiter geboten. Eine Vielzahl von erprobten Modellen und Projekten kann hier als Anregung dienen (INQUA 2007). Speziell die sich in den kommenden Jahren ergebende Zunahme des Anteils an älteren Beschäftigten, wie sie sich bereits heute in der Altenpflege abzeichnet, bedarf größerer Beachtung und erfordert intensivere Anstrengungen zur Schaffung altersgerechter Arbeitsbedingungen.

123. 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 (Deutscher Bundestag 2011a, b). 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 (Evers et al. 2010; INQUA-Pflege 2008).

124. 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. So wird nicht ausreichend zwischen den verschiedenen Pflegeberufen und Qualifikationsstufen in der Pflege unterschieden und nicht hinreichend berücksichtigt, dass der demografische Wandel, und mit ihm der Bedarf an Pflegekräften, regional sehr unterschiedlich ausfällt.

3.2.5 Fazit und Empfehlungen

125. 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. Mit Blick auf die in der Patientenversorgung tätigen Ärzte sind zum einen Maßnahmen umzusetzen, die ihnen die Konzentration auf kurative Tätigkeiten erlauben, etwa durch neue Modelle und Konzepte der Arbeitsorganisation sowie eine Reduktion bzw. Aufhebung sektoraler Trennung, welche zu einer

92 Die Ausdifferenzierung neuer Berufe, die veränderte Muster der Arbeitsteilung und des Aufgabenzuschnitts im Versorgungsgeschehen ermöglichen, z. B. „Advanced Nurse Practitioner“ oder „Clinical Nurse Specialists“, dürften ebenfalls dazu beitragen, die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen. Ähnliches gilt für die Forderung der Akademisierung.

Bindung ärztlicher Kapazitäten führt. Zum anderen müssen die konkreten Arbeitsbedingungen verbessert werden, z. B. durch eine Optimierung der Weiterbildung, die Etablierung „flacher“ Hierarchien und durch die Möglichkeit, die ärztliche Tätigkeit auch bis zur Altersgrenze abwechslungsreich zu gestalten. Aufgrund der deutlich abnehmenden Lebensarbeitszeit bei Ärzten in der kurativen Medizin und der bestehenden Unsicherheit bezüglich des Erfolges von Maßnahmen zur Prozessoptimierung und Versorgungssteuerung, mit denen eine Erhöhung des Arbeitsvolumens kurativ tätiger Ärzte erreicht werden soll, empfiehlt der Rat, auch die Studienplatzkapazitäten unter Berücksichtigung der Effizienzreserven an die Veränderungen des Bedarfs anzupassen. Erforderliche Maßnahmen in der Pflege sind, ähnlich wie bei den Ärzten, auf die Bereiche Erweiterung der Ausbildungskapazitäten auf beruflicher und akademischer Ebene, Arbeitsbedingungen und -klima, Wertschätzung sowie vor allem auf die Schaffung einer angemessenen Personalausstattung (quantitativ und qualitativ) zu richten, um Zeitdruck und Arbeitsverdichtung, Über- und Unterforderung abzubauen. Für beide Bereiche gilt, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Familie verbessert werden sollte. Nicht zuletzt ist aus Sicht des Rates – 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, um frühzeitig Mangel- oder auch Überversorgungstendenzen feststellen und entsprechend reagieren zu können.

3.3 Stärkung der Nutzerkompetenz als Voraussetzung eines ziel-führenden Wettbewerbs

126. Der Sachverständigenrat hat sich bereits in den Gutachten 2000/2001 (GA 2000/2001, I, Kapitel 3) und 2003 (GA 2003, Kapitel 3) ausführlich mit den Möglichkeiten der Verbesserung von Patienten- und Nutzerorientierung⁹³ 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 Empowerment setzen (GA 2003, Ziffer 274ff.).

127. Parallel kommt der Nutzerkompetenz auch unter Wettbewerbsgesichtspunkten eine wichtige Rolle zu. Damit das Instrument Wettbewerb die erwünschten Wirkungen erzielen kann, müssen eine Reihe von Bedingungen erfüllt sein, zu denen insbesondere eine hinreichende Markttransparenz zählt (siehe hierzu auch Unterkapitel 2.5). Wesentliche Merkmale einer Transparenz des Marktes sind das Vorliegen eines ausreichenden Informationsniveaus der Marktteilnehmer, die Messbarkeit von Qualität sowie die Existenz eines funktionsfähigen Preissystems. Diese Anforderungen sind im Gesundheitswesen bislang nur lückenhaft erfüllt.

Beim Versuch der Weiterentwicklung von Transparenz und Wettbewerb sind daher einige Besonderheiten des Gesundheitsmarktes zu beachten, die dazu führen, dass einfache Marktzusammenhänge, wie das Zusammenspiel von Nachfrage und Angebot, im Gesundheitswesen nicht wie in anderen Wirtschaftsbereichen wirken können. Im hier diskutierten Themenfeld ist vor allem festzustellen, dass Informationsasymmetrien verschiedenster Ausprägungen zwischen Kranken-

93 Der Begriff „Nutzer“ verweist neutral auf die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens. Auf die durchaus unterschiedlichen Bedarfslagen und Rollenanforderungen verschiedener Nutzergruppen wird im Folgenden eingegangen.

versicherungen, Versicherten und Leistungserbringern bestehen. Hieraus folgen vielfache Ineffizienzen, die auch als „Moral-Hazard“-Phänomene bezeichnet werden (Toepffer 1997). Diese Informationsasymmetrien sollen mit Fokus auf die Leistungsmärkte im folgenden Abschnitt diskutiert werden.

3.3.1 Informationsasymmetrien auf Leistungsmärkten

128. Die ungleiche Verteilung von Informationen zwischen Leistungserbringern und Patienten führt aufseiten der Patienten zu Unsicherheiten und verringert ihre Mitbestimmungsmöglichkeiten im Behandlungsprozess. Dabei fällt es den Patienten umso schwerer, die Leistung zu bewerten, je größer ihre Unsicherheiten und Informationsdefizite sind. Einschränkungen der eigenen Informationskompetenz und Urteilsfähigkeit ergeben sich beim Patienten nicht nur aus dem fehlenden Fachwissen, sondern teilweise auch aufgrund der speziellen Notsituation, in der er sich wegen seiner Erkrankung befindet. Die Fähigkeit zu einer rationalen (d. h. individuell nutzenmaximierenden) Nachfrageentscheidung nimmt von sich wiederholenden leichten Behandlungen über seltene lebensbedrohende Erkrankungen und Notfälle bis hin zu einem Zustand der Bewusstlosigkeit ab (Breyer et al. 2005) und wird durch Ängste, Unsicherheit und den Wunsch nach Fürsorge umso mehr überlagert, je weiter sich der Nutzer auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit in Richtung Krankheit bewegt. Diese Regel gilt vor allem bei für den Patienten neu diagnostizierten Leiden sowie Akuterkrankungen. Bei chronischen Leiden kann nach und nach gewonnene Erfahrung dessen Position hingegen verbessern („patients as experts“). Dies verdeutlicht auch die Bedeutung einer Ausrichtung nutzerspezifischer Informationen an unterschiedlichen Phasen des Krankheitsverlaufs.

Ein weiteres Merkmal der Asymmetrie zeigt sich in der fehlenden Vergleichbarkeit. Viele medizinische Leistungen werden von den Nutzern nur selten und unregelmäßig in Anspruch genommen, sodass es ihnen oftmals an individuellen Vergleichsmöglichkeiten fehlt. Deshalb ist es sinnvoll, Informationen zu den verfügbaren Behandlungsoptionen zentral im Sinne eines Kollektivgutes für die Nutzer vorzuhalten. Auf dieser Basis kann der Nutzer anschließend eine informiertere Entscheidung treffen oder – auf eigenen Wunsch – diese Entscheidung einem von ihm bestimmten Agenten überlassen. In Fällen einer regelmäßigen Behandlungsnotwendigkeit (z. B. chronische Erkrankungen wie Diabetes Typ 1 etc.) kann der Nutzer selbst nach und nach zum Experten reifen.⁹⁴ In Fällen unregelmäßiger, seltener Behandlungen kann er dagegen auf die kollektiv vorgehaltene Information zurückgreifen.

129. Da der Patient die Notwendigkeit und Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen in der Regel nicht objektiv einschätzen oder miteinander vergleichen kann und zudem der Preis der Leistung für seine Entscheidungen bei Vollversicherung keine Bedeutung hat (Binder 1999) besteht die Gefahr einer so genannten angebotsinduzierten Nachfrage: Der Leistungserbringer könnte seinen Informationsvorsprung gegenüber dem Patienten nutzen, um die Inanspruchnahme über das eigentlich medizinisch notwendige Maß hinaus zu steigern. Er fungiert nicht nur als Anbieter von Leistungen, sondern auch als Berater darüber, welche Leistungen nachgefragt werden sollten. Kritisch ist dies dann, wenn der Leistungserbringer den ihm überlassenen Entscheidungsspielraum

⁹⁴ Dies gilt zumindest für gut geschulte und aktive chronisch Kranke, die bspw. in Selbsthilfegruppen eine eigene Expertise erwerben und diese ggf. auch weitergeben.

nicht im Sinne eines perfekten Sachwalters nutzt, sondern eigene Interessen einfließen lässt (Breyer et al. 2005). Üblicherweise sind die Ziele des Anbieters dabei nicht identisch mit denen der Versicherten bzw. der Versichertengemeinschaft. So versucht der Leistungserbringer tendenziell eigene Kapazitäten auszulasten sowie Einnahmen zu generieren. Zudem steigert er durch die intensive Behandlung der Patienten möglicherweise seine Attraktivität bei diesen und hat nicht zuletzt aus Gründen rechtlicher Absicherung einen Anreiz, „alles“ für den Patienten getan zu haben. Auch für die Patienten bestehen derzeit keine allzu großen Anreize, an dieser Situation etwas zu verändern. Sie erhalten durch den umfassenden Versicherungsschutz die Mehrzahl der Gesundheitsleistungen ohne merkliche eigene Ausgaben, d. h. zu Grenzkosten von nahezu Null. Die Kostenseite ist für den Nutzer kaum relevant⁹⁵ – er wird in erster Linie den Zusatznutzen gegenüber anderen Behandlungen abwägen (Breyer et al. 2005; Steinmann/Telser 2005).

130. Die Unvollständigkeit von Information kann sich auf verschiedene Aspekte beziehen. In der Regel sind dabei vor allem Informationen über Qualitätsmerkmale unvollständig. Dies gilt insbesondere, da die Qualität ein komplexes Konstrukt ist und bei verschiedenen Beteiligten zu unterschiedlichen Interpretationen führen kann. Nelson (1970) klassifiziert die Leistungen gemäß der mit ihnen verbundenen Qualitätsunsicherheit in Such- und Erfahrungsgüter. Die Leistungsfähigkeit eines Suchgutes lässt sich dabei durch eine aktive Informationssuche bereits vor dem Kauf recht gut beurteilen. Demgegenüber ist dies bei Erfahrungsgütern erst nach oder frühestens während einer Inanspruchnahme möglich. Darby und Karni (1973) erweitern diese Einteilung um die so genannten Vertrauensgüter, deren Qualität der Nachfrager selbst nach Inanspruchnahme nicht vollends beurteilen kann. Das Unvermögen des Nutzers zur Bewertung basiert auf fehlenden Kenntnissen oder zu hohen (zeitlichen oder materiellen) Kosten der Beurteilung. Vertrauensleistungen ist zu Eigen, dass die Wiederholungsfrequenz oftmals sehr niedrig ist oder sich die Leistungseigenschaften erst nach sehr langem oder nicht eindeutig vorhersehbarem Zeitraum herausstellen. Leistungen lassen sich jedoch nicht immer eindeutig in eine dieser Kategorien einordnen, sie können gleichzeitig verschiedene Eigenschaften aufweisen (Simon 2010; Bürger 2003).

Der Nachfrager kann Leistungen mit einem hohen Anteil von Eigenschaften eines Suchgutes in der Regel gut einschätzen, sodass die wahrgenommene Unsicherheit hier als gering einzustufen ist. Mit steigendem Anteil von Erfahrungs- oder Vertrauenskomponenten nehmen jedoch die individuellen Informationsdefizite und damit auch die wahrgenommene Unsicherheit sowie die Möglichkeit getäuscht zu werden zu. In gleichem Maße steigt hier die Notwendigkeit einer Unterstützung des Nutzers durch Agenten.

131. Gesundheitsleistungen sind in hohem Maße Erfahrungs- und Vertrauensleistungen, die vor der Inanspruchnahme kaum beurteilt werden können. Die Einordnung ist in der Regel komplex: Verschiedene Bestandteile einer Leistung weisen Such-, Erfahrungs- oder auch Vertrauensgutcharakter auf. So können bspw. Krankenhausleistungen vom Patienten nur eingeschränkt bewertet werden. Zwar sind Informationen über Behandlungsschwerpunkte, technische Ausstattungen, Kooperationen mit anderen Einrichtungen oder Komfortaspekte als allgemein zugängliche und verständliche Merkmale den Sucheigenschaften zuzurechnen, jedoch überwiegen die Erfahrungs- und Vertrauensguteigenschaften, sodass der Nutzer die

⁹⁵ Neben kleineren Zuzahlungen sind lediglich Opportunitätskosten, bspw. in Form von Zeit- und Wegekosten, vom Versicherten zu tragen.

Krankenhausleistung auch nach der Leistungsanspruchnahme nicht vollumfänglich und zweifellos beurteilen kann: Die Qualität von Diagnostik und Therapie oder die Freundlichkeit und Beratungsleistung des Personals lassen sich nicht vor einer Behandlung oder zum Teil gar nicht mit letzter Sicherheit vom Patienten selbst bewerten. Die Beurteilung des Krankenhauses folgt von Patientenseite deshalb anderen Relevanzkriterien, bspw. durch Suche nach Ersatzindikatoren, verständlichen Signalen (wie einer Marke oder Zertifizierung) als Qualitätssiegel und auch durch den Austausch mit Bekannten oder Familie. Fraglich ist an dieser Stelle jedoch, ob und inwieweit diese Informationen vom Nutzer generell vorgezogen werden oder nicht nur als Ausweichstrategie mangels allgemeinverständlicher objektiver Kriterien genutzt werden (Simon 2010). Neuere Studien zeigen an dieser Stelle, dass zumindest die Qualitätsberichte von Krankenhäusern in ihrer derzeitigen Form (mehr hierzu in Kapitel 5) kein bedeutsames Entscheidungskriterium im Auswahlprozess des Patienten darstellen (de Crupé/Geraedts 2011).

132. Zusammenfassend ist das Vorliegen eines ausreichenden Informationsniveaus des Nutzers eine Voraussetzung für das Funktionieren wettbewerblicher Strukturen: Alternativen müssen erstens bekannt sein und zweitens vom Nutzer bewertet werden, um eine fundierte Entscheidung treffen zu können.⁹⁶ Hierbei ist es nicht immer erforderlich, dass der Nutzer diesen Bewertungsprozess selbst vornimmt, er kann sich auch der Unterstützung eines Sachkundigen bedienen (z. B. eines niedergelassenen Arztes bei der Wahl des Krankenhauses – soweit der Nutzer zur Einschätzung kommt, dass der Arzt die Empfehlung unter Berücksichtigung von dessen Interessen gibt).

Für eine Reduktion von Informationsasymmetrien müssen viele Marktakteure gleichzeitig und auf mehreren Ebenen wirken. Sowohl dem Staat als Aufsichtsinstanz als auch den Leistungserbringern, Krankenkassen und weiteren Akteuren als Informationsagenten sowie dem einzelnen Nutzer kommen hierbei Aufgaben zu. Auf übergeordneter Ebene ist es die Aufgabe hoheitlicher Instanzen, gesetzliche Mindeststandards zu definieren, auf die sich jeder Nutzer ohne eigene Recherchen verlassen kann. Auf der untergeordneten Ebene kommen, abhängig vom Krankheitsbild und den zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen, in unterschiedlichen Situationen auch unterschiedliche Lösungen in Betracht.

Im Falle häufig genutzter, planbarer, wenig komplexer Gesundheitsleistungen mit teils hohen finanziellen Eigenanteilen des Nutzers (z. B. Zahnersatz, OTC-Medikamente, Betreuung/Hilfe im Haushalt etc.) kann dieser selbst zum Aufbau von Beurteilungskompetenz in der Lage sein. Diese Leistungen sind in der Regel durch einen hohen Anteil von Suchguteigenschaften gekennzeichnet, sodass der Nutzer auf Basis eigener Anstrengungen einen ausreichenden Informationsstand für eine fundierte Entscheidung erlangen und so zum Experten für diese Leistungen werden kann. Dagegen kommt insbesondere im Fall von nur selten nachgefragten, komplexen Leistungen mit einem hohen Anteil von Erfahrungs- oder Vertrauensguteigenschaften die Nutzung von Informationsintermediären (z. B. von unabhängigen Patientenberatungsstellen, aber auch von zuweisenden/verschreibenden Leistungserbringern) in Frage, um Versicherte und Patienten bei ihren Entscheidungen und ihrer Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Problematisch hieran ist jedoch, dass auch die Qualität des gewählten Agenten für den Nutzer oftmals kaum beurteilbar ist – zwischen den Akteuren bestehen Informationsasymmetrien, welche der Agent potenziell zu seinem Vorteil nutzen kann.

⁹⁶ Anzumerken ist hier, dass aus theoretischer Sicht für einen funktionierenden Wettbewerb nicht sämtliche potenzielle Nutzer vollständige Markttransparenz erlangen müssen. Schon ein geringerer Anteil an informierten Marktteilnehmern kann in der Lage sein, den Wettbewerb ausreichend zu intensivieren.

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 (Kostenträger, Leistungsanbieter) eröffneten Wahlmöglichkeiten ausschöpfen zu können, so sprechen aus gesamtgesellschaftlicher Sicht weitere Gründe dafür, dem Thema Patienten- und Nutzerinformation/-kompetenz Beachtung zu schenken.

3.3.2 Wachsende Bedeutung der Patienten-/Nutzerinformation und -beratung

133. Anzuführen ist allem anderen voran die demografische und epidemiologische Transition: die Verlängerung der Lebenserwartung und die Zunahme des Anteils alter Menschen an der Bevölkerung sowie die zunehmende Bedeutung chronisch-degenerativer Erkrankungen. Vor allem die im höheren Alter steigende Wahrscheinlichkeit von Gesundheits- und Funktionseinbußen, von (mehrfacher) chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit geht für die Betroffenen und ihre Angehörigen mit zahlreichen Herausforderungen und Fragen einher, für deren Bewältigung es der Information bedarf. Auch wenn sich chronische Erkrankungen in allen Lebensphasen zeigen, sind mit altersbedingten Mehrfacherkrankungen besondere Bewältigungsanforderungen verbunden. Dies zeigt sich nicht zuletzt daran, dass alte Menschen bzw. ihre Angehörigen schon heute eine der Hauptnutzergruppen der Patienteninformation/-beratung ausmachen.⁹⁷

Ähnliches gilt auch für die Folgen chronischer Krankheiten, die das Krankheitsspektrum dominieren. Fast immer sind sie neben körperlichen Beeinträchtigungen mit psychischen, sozialen und auch mit ökonomischen Konsequenzen verbunden, die im Wechselspiel mit physiologischen Einschränkungen stehen (Kuhlmey/Schaeffer 2008). Aufgrund dieser Komplexität werden multiprofessionelle und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte benötigt, die aus einem Kontinuum von aufeinander abgestimmten Hilfen bestehen – eine seit mehr als 20 Jahren erhobene Forderung (WHO 1981, 1986). Auch für die Erkrankten wirft die Komplexität zahlreiche Bewältigungsanforderungen auf, die ebenfalls mit einem Bedarf an Information, Wissen und an edukativer Unterstützung einhergehen (Charmaz 2000; Coulter/Fitzpatrick 2000; Müller-Mundt 2011; Müller-Mundt/Schaeffer 2011; Petermann 1998). Hinzu kommt, dass sich Gestalt und Verlauf chronischer Krankheit in Folge des medizinisch-technischen Fortschritts und der Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention stark verändert haben. So haben sich beispielsweise die Verlaufsduern bei vielen chronischen Krankheiten verlängert (SG 2009, Kapitel 4). Für die Erkrankten ist diese Entwicklung einerseits mit einem Gewinn an Lebenszeit verbunden. Andererseits müssen sie auch lange Zeit mit chronischer Krankheit leben und sind gezwungen, zu lernen, ihr weiteres Leben auf die Erkrankung auszurichten und sich mit bedingter Gesundheit zu arrangieren. Das ist, wie die Literatur zeigt (Bury 2009; Schaeffer 2009), keine leichte Aufgabe, die umso besser gelingt, je höher die Gesundheitskompetenz der Erkrankten ist (Lorig/Holman 2003; Lorig/Haslbeck 2011; Klug Redman 2008; Kickbusch et al. 2005; Coulter/Ellins 2007).

134. Hinzu kommt, dass sich das Verständnis der Patientenrolle deutlich gewandelt hat (Dierks/Schwartz 2000; GA 2003; Schaeffer 2004), wie allein die in den letzten Jahren geführte Begriffsdebatte zeigt. Patienten gelten nicht mehr nur als passive Leistungsempfänger oder als

⁹⁷ Eine Befragung der Nutzer der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) zeigt, dass jeder zweite Ratsuchende zwischen 50 und 69 Jahren alt ist (Anteil an der deutschen Gesamtbevölkerung rund 30 %). Ein weiteres Fünftel ist älter als 70 Jahre (Prognos 2011a).

„Laien“, die „zur Beurteilung professioneller Arbeit kaum in der Lage“ sind (Rüschemeyer 1972: 168) und deren Vorstellungen für irrelevant erachtet werden, 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. Deshalb wurde der Patientenbegriff zunehmend durch Begriffe wie „Kunde“, „Konsument“, „Klient“, „Versicherter“, „Verbraucher“, „Bürger“ oder aber den sich zunehmend durchsetzenden Begriff „Nutzer“ ersetzt. Diese Termini spiegeln die unterschiedlichen Zugangswege und Rollenanforderungen der Nutzer des Gesundheitswesens wider und unterstreichen zudem ihren aktiven Part. Im Kern unterliegt diesen Umbenennungsversuchen die Intention, dem herkömmlichen, stark durch Akutkrankheiten geprägten und paternalistischen Verständnis der Patientenrolle mit Modellen entgegen zu treten, die auf Selbstbestimmung des Patienten setzen und durch Partnerschaft und verantwortlich-konstruktive Mitwirkung geprägt sind. Die Begriffsdebatte vernachlässigt jedoch den Aspekt, dass die meisten Veränderungen der Situation und Rolle der Patienten nicht losgelöst vom Wandel des Krankheitspanoramas betrachtet werden können, der Auslöser dieser Veränderungen ist (Boyer/Lutfey 2010; Schaeffer 2009). Vor allem die heute das Morbiditäts- und Mortalitätsspektrum dominierenden chronischen Krankheiten weisen zahlreiche Unterschiede zu Akutkrankheiten auf und haben auch die Kranken- und Patientenrolle verändert (ebenda).

So sind chronische Krankheiten nicht vorübergehend, und das gilt auch für die Patientenrolle. Auch sie ist bei chronischer Krankheit nicht mehr zeitlich befristet, sondern dauerhaft. Sie ist zugleich anspruchsvoller geworden. Denn aufgrund der für chronische Krankheiten typischen Eigen-dynamik – dem unkalkulierbaren Wechsel von Phasen der Krise, der Restabilisierung, relativer Stabilität, erneuter Destabilisierung bis hin zur Krise etc. – sind die Bewältigungsanforderungen nicht immer gleichförmig, sondern stellen sich von Phase zu Phase im Krankheitsverlauf anders dar (Kuhlmei 2009). Den Erkrankten werden daher immer wieder neue Bewältigungs- und Anpassungsanstrengungen abverlangt, ebenso ein hohes Maß an Geduld und Engagement. Wie weitreichend dies ist, drückt die Metapher vom „arbeitenden Patienten“⁹⁸ (Rieder/Giesing 2011: 17) aus. Die Patientenrolle hat damit einhergehend – wie angedeutet – ihren rein passiven Charakter verloren und zahlreiche aktive Elemente erhalten (Boyer/Lutfey 2010; Schaeffer 2009). Beschränkte sich der Beitrag der Erkrankten bei der herkömmlichen Patientenrolle darauf, eine geeignete Behandlungsinstanz zu suchen und temporär befristet an der Therapie und Genesung mitzuwirken, indem die Hinweise der Ärzte befolgt werden, so wird chronisch Erkrankten weitaus mehr und anderes abgefordert. Denn aufgrund der Irreversibilität chronischer Krankheiten geht es nicht um Heilung, sondern langfristiges Management eines Zustands (Gerlach et al. 2011). Dabei kommt den Erkrankten ein entscheidender Part zu: Selbstbeobachtung und -monitoring von Symptomen, Selbststeuerung und Selbstmanagement durch das Auf und Ab chronischer Krankheit sind konstante Herausforderungen der Erkrankten. Information, Beratung und Patientenedukation/-bildung mit dem Ziel der Wissensvermittlung und Kompetenzsteigerung, der Verbesserung von Health Literacy/Gesundheitswissen⁹⁹, aber auch der Selbstmanagementfähigkeit haben damit

98 Gemeint ist, dass der Patient nicht mehr allein Befolger ärztlicher Ratschläge oder Ko-Produzent seiner Gesundheit ist, sondern seine Arbeitskraft systematisch vom Versorgungswesen benötigt und „vernutzt“ wird (Rieder/Giesing 2011).

99 Der Begriff Health Literacy wurde zunächst als Gesundheits-Alphabetisierung übersetzt und umfasste Grundfertigkeiten wie Lesen, Verarbeiten und Verstehen von gesundheitlichen Informationen. In der Folge wurde er um die Komponente eines aktiven und konstruktiven Umgangs mit Informationen erweitert. Im Deutschen wurde dieser umfassendere Begriff mit Gesundheitskompetenz umschrieben. Trotz der unterschiedlichen

einhergehend in allen Phasen chronischer Krankheit enorm an Bedeutung gewonnen – eine Entwicklung, die in ihrer Tragweite im Gesundheitswesen noch nicht hinreichend erkannt und beantwortet ist.

135. Der Bedarf an Information und Wissen ist außerdem durch die Ausdifferenzierung des Gesundheitswesens und die im Zuge dessen entstandene Instanzenvielfalt, Fragmentierung und Desintegration gestiegen.¹⁰⁰ Sie erschwert es Nutzern, sich durch das Versorgungssystem zu bewegen und gezielten Zugang zu den für sie richtigen und geeigneten Versorgungsangeboten zu finden. Als Folge suchen sie lange Zeit ergebnislos und laufen dabei unterschiedlichste Stellen an, ohne dort eine angemessene Antwort für ihre Probleme zu finden, wie Studien zur Versorgungsnutzung zeigen (Schaeffer/Moers 2011; SG 2009; Schulte et al. 2010; Schaeffer 2004). Das gilt vor allem für ressourcenschwache Patientengruppen.

136. Auch durch den technologischen Wandel und den Zuwachs neuer Kommunikationsmedien ergeben sich weitreichende Veränderungen: Vor allem durch die dynamische Entwicklung des Internets sind gesundheits- und krankheitsrelevante Informationen in großer Zahl zugänglich, die zur teilweisen, nicht selten auch nur vermeintlichen Einebnung bestehender Informationsasymmetrien und -defizite beitragen können. Außerdem bietet das Internet vielfältige neue Möglichkeiten des Erfahrungsaustauschs und der peer-to-peer- bzw. Selbstmanagementunterstützung. So bemerkenswert dies ist, zeigt sich als negative Begleiterscheinung dieser Entwicklung, dass die Menge und Vielfalt der Informationen viele Nutzer überfordert. Vielen fehlt es zudem an Informations- und Medienkompetenz, d. h. der Fähigkeit mit den unterschiedlichen Medien- und Informationssystemen umzugehen, relevante Informationskanäle auszuwählen und kompetent zu nutzen und die vielfach noch unzureichende Qualität erhaltener Information einzuschätzen. Dies zeigt, dass die neuen technologischen Optionen sowohl mit neuen Aufgaben für die Patienten wie auch für die Patienten-/Nutzerinformation und -beratung einhergehen. Diese sind inzwischen gefordert, neben reiner Informations- und Wissensvermittlung auch Medien- und Informationskompetenzen zu vermitteln, d. h. bei dem Umgang mit Medien und der Informationsrecherche, -auswahl und der Qualitätsbewertung von Gesundheitsinformation zu unterstützen sowie Patienten behilflich zu sein, erhaltene (und oft widersprüchliche) Information zu verstehen und nutzbar zu machen.

137. Schließlich ist anzuführen, dass Patienten bzw. Nutzern vermehrt die Rolle als dritte Kraft neben den Kostenträgern und Leistungsanbietern oder als „Machtfaktor“ zugeschrieben wird, der zur Veränderung der unzureichenden Patienten-/Nutzerorientierung im Gesundheitswesen und auch zur Qualitätsverbesserung sowie zur Gestaltung der Versorgung (GA 2000/2001, 2003; RKI 2006; Prognos 2011b) beitragen soll. Die aktive Beteiligung und Stärkung der Position (und der Rechte) von Patienten und Nutzern (Bauer et al. 2005; Hart 2011) bedingt auch aufseiten der

Schwerpunktsetzung bei der Konzeptionalisierung des Begriffs der Gesundheitskompetenz lassen sich Kernelemente erkennen, die von der Mehrheit der gängigen Definitionsansätze und Modelle übereinstimmend als zentral erachtet werden: grundlegende Fertigkeiten wie Lesen, Textverständnis und Rechnen sowie einschlägiges Wissen, aber auch komplexere Fähigkeiten wie die Wissensorganisation, die Fähigkeit zur Bewertung und zur Entscheidungsfindung (Soellner et al. 2009; Sørensen et al. 2012).

100 Probleme der (Versorgungs-)Nutzung haben sich mit dem Anstieg an Wahlmöglichkeiten, der Einführung neuer Versorgungs-/Tarifmodelle und anderer Versorgungsinnovationen verschärft und der Bedarf an gezielten Informationen, um individuell die Vor- und Nachteile bei der Auswahl von Versorgungsleistungen abschätzen zu können, ist damit einhergehend gestiegen.

Patienten ein Umdenken und setzt zudem Unterstützung durch unabhängige Informationen und Kompetenzvermittlung voraus (Kickbusch/Marstedt 2008).

138. Festzuhalten ist, dass infolge der veränderten gesundheitlichen Bedarfslage der Bevölkerung und des Wandels des Gesundheitswesens hin zu mehr Markt und Wettbewerb der Bedarf an Information und Kompetenzstärkung von Patienten bzw. Nutzern deutlich gestiegen ist. In Reaktion darauf erfolgte auch in Deutschland ein bemerkenswerter Ausbau der 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 so genannten „unabhängigen“ Patienten- und Nutzerberatung. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 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 der Justiz veröffentlicht. 2005 folgte ihm die Charta der Rechte Pflegebedürftiger. 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 (beispielhaft sei die Veröffentlichung von Qualitätsberichten nach § 137a SGB V erwähnt). 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 (Beresford 2007; Ward et al. 2010; McWilliam 2009) und auch hierzulande vermehrt diskutiert wird (RKI 2006; Prognos 2011b).

Exemplarisch zeigt dies, dass die Stärkung der Patienten-/Nutzerposition und auch der Ausbau der Patientenberatung und Nutzerinformation 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 Aufgabefeld der Gesundheitsversorgung entwickelt und entsprechend institutionalisiert (Schaeffer/Schmidt-Kaehler 2012; Ewers/Schaeffer 2012).

3.3.3 Patienten-/Nutzerinformation und -beratung in Deutschland

139. Ein Teil der institutionalisierten Patienten-/Nutzerinformation und -beratung zeichnet sich durch (un-)mittelbare Beteiligung am Leistungsgeschehen aus und gilt daher als nicht frei von Partikular-/Eigeninteressen. Ein anderer Teil steht organisatorisch und finanziell nicht in direktem Zusammenhang mit dem Leistungsgeschehen und wird als „unabhängig“ und „neutral“ bezeichnet

(siehe auch § 65b SGB V). Dennoch ist eine eindeutige Zuordnung der einzelnen Angebote nicht immer möglich. Ebenso wenig lässt sich das mittlerweile recht breite Spektrum an Informations- und Beratungsangeboten quantitativ darstellen, weil nur vereinzelt empirische Daten vorliegen (Schaeffer/Dierks 2012; Dierks 2009a). Vornehmlich beziehen sich die vorliegenden Daten auf die zunächst modellhaft geförderte und daher evaluierte unabhängige Patientenberatung (Schaeffer et al. 2005; Prognos 2011b) bzw. den Modellversuch zur Vorbereitung der Einführung von Pflegestützpunkten (Michell-Auli et al. 2010). Über die anderen Bereiche der institutionalisierten Patienten-/Nutzerinformation in Deutschland existieren kaum empirische Befunde, wie der Rat bereits in früheren Gutachten (GA 2003) kritisiert hat.

Patienten-/Nutzerinformation und -beratung durch Leistungserbringer und Kostenträger

140. Nach wie vor sind Ärzte die wichtigste Informationsinstanz bei Gesundheitsproblemen. Insbesondere Hausärzte genießen bei 97 % bzw. 93 % der Bevölkerung fast uneingeschränktes Vertrauen (Marstedt/Klemperer 2009; Klemperer/Dierks 2011; Ernst & Young 2009¹⁰¹) und sind daher erste Anlaufstelle für Patienten, auch wenn es um benötigte Information geht (etwa bei der Wahl einer medikamentösen Therapie oder aber eines geeigneten Krankenhauses oder anderer Versorgungsinstanzen)¹⁰². Zugleich sind knapp zwei Drittel der Bevölkerung der Meinung, dass die Information der Ärzte verbesserungswürdig ist (Marstedt 2007), und knapp zwei Drittel hat den Eindruck, dass Ärzte Leistungen verordnen, die den Patienten keinen Nutzen bringen (Klemperer/Dierks 2011). Immer mehr Patienten wünschen sich daher eine zusätzliche Informations- und Rückversicherungsmöglichkeit (Coulter/Jenkinson 2005; Coulter/Magee 2005). Als Antwort sind von den ärztlichen Körperschaften auf Bundes- und Landesebene Patienteninformations- und -beratungsangebote etabliert worden. Neben Patientenberatungsstellen wurden bei den Landesärztekammern so genannte Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen zur Klärung angezeigter Behandlungsfehler eingerichtet. Sie werden in Konfliktsituationen zwischen Ärzten und Patienten tätig, denen Schadensersatzansprüche aufgrund des Vorwurfs ärztlicher Behandlungsfehler zugrunde liegen (Schaeffer/Dierks 2012). Auch über die Zahnärztekammern wurden inzwischen bundesweit Patientenberatungsstellen etabliert.¹⁰³ Zusätzlich wurde von der Bundeszahnärztekammer eine bundesweite Telefonhotline geschaltet (Niekusch/Wagner 2012).

141. Wichtige Anlauf- und Informationsstellen für Patienten bzw. Nutzer sind auch die Apotheken. Sie werden sowohl bei allgemeinen gesundheitsbezogenen Fragen (auch im Vorfeld von Krankheit) angelaufen als auch bei Bedarf an Information bei Krankheitssymptomen und vor allem bei Arzneimittelfragen – auch im Verlauf von (chronischer) Krankheit. Zudem steigt die Bedeutung von Beratungsangebot und -qualität durch eine zunehmende Anzahl von Medikamenten, die ohne ärztliche Verordnung im Rahmen der Selbstmedikation in der Apotheke gekauft werden (weitgehender Ausschluss der Erstattungsfähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch

101 Auf die Frage „Wem vertrauen Sie in Gesundheitsfragen?“ erhielt der Hausarzt mit 93 % die höchste Zustimmung, gefolgt vom Facharzt (89 %), Arzt an Allgemeinkrankenhäusern (78 %), Apotheker (75 %), Arzt an Uniklinik (70 %), Homöopath/Heilpraktiker (49 %) und Internetforen etc. (24 %) (Ernst & Young 2009).

102 Da die Patienteninformation und -beratung durch Ärzte als integraler Bestandteil professioneller Hilfe nicht den institutionalisierten Angeboten zuzurechnen ist, wird diese hier nicht betrachtet und nur das Angebot der verfassten Ärzteschaft dargestellt.

103 Die Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben bundesweit 36 Patientenberatungsstellen eingerichtet, die teilweise in Zusammenarbeit mit den Verbraucherzentralen oder anderen unabhängigen Beratungsstellen tätig sind.

das GMG 2004). Durch die jüngste Änderung der Apothekenbetriebsordnung wurde die Beratungspflicht der Apotheken konkretisiert. Zudem wurden in den vergangenen Jahren Modellversuche initiiert, um die Beratung und Adhärenzförderung in der Apotheke auszubauen (u. a. Einführung eines Modellvorhabens für ein Medikationsmanagement nach § 64a SGB V durch das GKV-VStG). Doch ist die Beratungsqualität, so unterstreichen vorliegende Untersuchungen, nach wie vor verbesserungsbedürftig (Stiftung Warentest 2004, 2008, 2010a; Schaeffer/Müller-Mundt 2012).¹⁰⁴

142. Schon seit den 1970er Jahren wurde auch im stationären Sektor begonnen, die Patienten-/Nutzerinformation und -beratung auszubauen. Zunächst erfolgte die Einrichtung von Sozialdiensten, denen neben der Versorgungsorganisation eine wichtige Rolle bei der Patienten-/Nutzerinformation zufällt. Internationalen Vorbildern folgend, sehen zahlreiche Länder inzwischen in ihren Landeskrankenhausgesetzen die verpflichtende Einrichtung von Patientenfürsprechern oder unabhängigen Ombuds-/Beschwerdestellen vor (z. B. Berlin, Hessen oder Nordrhein-Westfalen), die als Ansprech- und Beratungsinstanz im Fall von Problemen und Beschwerden während des Krankenhausaufenthalts zur Verfügung stehen und die Patienteninteressen gegenüber dem Krankenhaus vertreten (Schaeffer/Dierks 2012; Geiger 2005). Aufgrund der länderspezifischen Rechtsgrundlage ist die Einrichtung bundesweit jedoch bislang weder flächendeckend noch einheitlich. Nach Ergebnissen des Krankenhaus Barometers 2011 haben 54 % der Krankenhäuser die Position eines Patientenfürsprechers besetzt. In 80 % dieser Krankenhäuser sind alle Patientenfürsprecher ehrenamtlich und damit unabhängig vom Krankenhaus tätig (DKI 2011). Vereinzelt konnten sich in den letzten Jahren auch die in verschiedenen Ländern bereits existierenden Patienten-Informationszentren etablieren.¹⁰⁵ Ebenso wurden vermehrt Bildungsangebote (z. B. Vortragsreihen) durch Krankenhäuser etabliert, häufig in Kooperation mit Medizinprodukteherstellern oder pharmazeutischen Unternehmen. Über die Anzahl, Struktur, Produktneutralität und Qualität dieser Angebote stehen keine Daten zur Verfügung. Darüber hinaus wurden vereinzelt Patientenuniversitäten gegründet (z. B. Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover; GesundheitsUni des Universitätsklinikums Jena; Patientenuniversität des Klinikums Braunschweig). Ersten Evaluationsergebnissen zufolge stellen sie wichtige Instanzen der Vermittlung von Gesundheits- und Krankheitswissen und auch der Erweiterung der Gesundheits-/Nutzerkompetenz dar (Dierks 2012; Dierks 2009b; Dierks/Seidel 2009).

143. Zu den traditionsreichen Institutionen auf dem Gebiet der Beratung und Information gehört in Deutschland der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) mit den Gesundheitsbehörden aller Verwaltungsebenen. Zu seinen Aufgaben zählen u. a. die Beratung zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten, Schwangerenberatung, psychosoziale Beratung psychisch Kranker und suchtkrank Menschen etc.. Da öffentliche Gesundheit kein einheitlich geregeltes Rechtsgebiet und Verwaltungssystem ist, bestehen erhebliche Unterschiede in der Aufgabenwahrnehmung zwischen

104 Auch die pharmazeutische Industrie stellt eine nicht zu vernachlässigende Größe bei der Information zu gesundheitsbezogenen Fragen dar, wie die Diskussionen über indirekte Produktwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel, Marketing- und Sponsoringaktivitäten sowie die hohe Präsenz von Informationen in den Medien zeigt. Zwar sind nach den gesetzlichen Bestimmungen lediglich Ärzte und Apotheker dazu befugt, Informationen zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu geben, doch ist neben der direkten Werbung rezeptfreier Arzneimittel auch die allgemeine Aufklärung zu bestimmten Krankheiten, das so genannte Disease-Education-Advertisement zulässig. Hier profitiert das Unternehmen dann, wenn es ein Monopol auf das Arzneimittel hat oder eindeutiger Marktführer ist (Loss/Nagel 2009).

105 Das Netzwerk Patientenedukation verzeichnet 14 Krankenhäuser mit Patienten-Informationszentren (www.patientenedukation.de). Es ist jedoch davon auszugehen, dass darüber hinaus weitere Krankenhäuser Patienten-Informationszentren eingerichtet haben (Ose 2011).

und innerhalb der bestehenden fachlich-administrativen Ebenen (EU, Bund, Land, Kommune) (Wildner et al. 2012).¹⁰⁶ Zudem steht der ÖGD im Spannungsfeld zwischen den ihm traditionell obliegenden Kontrollfunktionen und nutzerbezogener Beratung. Das ist einer der Gründe dafür, weshalb es diesen staatlichen Einrichtungen, die aufgrund ihres Auftrags und ihrer flächen-deckenden Verankerung eigentlich über gute Voraussetzung für den Aufbau eines entsprechenden Beratungsangebots verfügen, bislang nicht gelungen ist, eine tragende Rolle auf diesem Gebiet zu übernehmen (Gostomzyk 2006).

144. Auch die Krankenkassen bieten ihren Versicherten Möglichkeiten zur Information und Beratung. Sie wird, einer eigenen Umfrage des Sachverständigenrates zufolge, von 50 % der Krankenkassen als „wichtig“ oder „äußerst wichtig“ für die Steigerung der Versorgungsqualität und die Zufriedenheit ihrer Versicherten und als wichtiges Marketinginstrument und Wettbewerbsfeld in der jeweiligen Unternehmensstrategie gesehen. Patienten-/Nutzerinformation gilt zudem als Chance, zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit zu gelangen (Wöllestein 2004). Darüber hinaus reagieren die Krankenkassen mit dem Ausbau des Informations- und Beratungsservices auf ihre Versicherten, die sich in großer Mehrheit wünschen, dass sich ihre Krankenkasse in diesem Bereich engagiert (Zok 1999; 2009), ihnen Information und Aufklärung bietet, aber auch anwaltschaftliche Funktion – etwa bei Qualitätsfragen – übernimmt. Das Interesse der Versicherten an Information und Beratung ist groß: einer Repräsentativ-Umfrage unter 3 000 GKV-Versicherten zufolge ist es rund 80 % der Versicherten wichtig, dass die Krankenkasse Beratung zur Qualität medizinischer Verfahren anbietet und 49 % erwarten, dass eine telefonische 24h-Experten-Beratung zur Verfügung gestellt wird (Zok 2009). Ein umfassendes Informationsangebot der Krankenkasse im Internet schätzen 74 % (ebd.). Neben die hier global geäußerten Informationswünsche von Versicherten sollte eine genaue Betrachtung der tatsächlichen Inanspruchnahme sowie der Entscheidungsrelevanz entsprechender Beratungsangebote für Versicherte sowie Patienten und Nutzer treten.

Auch die Beratung und Unterstützung bei vermuteten Behandlungsfehlern („Behandlungsfehlermanagement“) basierend auf einer Kann-Vorschrift des § 66 SGB V gehört zum Angebot der Krankenkassen (RKI 2006; Wöllestein 2004).¹⁰⁷ Ergänzend zu den inzwischen bei fast allen Krankenkassen etablierten Möglichkeiten der persönlichen Beratung wurden in den zurückliegenden Jahren von zahlreichen Krankenkassen Callcenter eingerichtet, in denen Versicherte kostenlos telefonische Information/Beratung erhalten können. Sie werden zum Teil von externen Dienstleistern betrieben (Hauss 2006; Wöllestein 2004). Das Angebot umfasst neben Informationen zu sozial- und versicherungsrechtlichen Fragen, Versicherungsbeiträgen und Kostenübernahmeregelungen bei bestimmten Leistungen auch Auskunft und Beratung bei Gesundheits- und Krankheitsfragen, Entscheidung über Therapiemöglichkeiten sowie bei der Suche nach geeigneten Behandlungsinstanzen und Versorgungsdiensten. Der Rat hat die Einrichtung von Callcentern bereits in seinem GA von 2003 ausdrücklich begrüßt und unterstrichen, dass sie die persönliche Beratung um einen wichtigen, künftig bedeutsamen Baustein ergänzen. Er hat aber bemängelt, dass über die Callcenter, deren Nutzer, ihre soziodemografischen Merkmale, ihre Anliegen bzw. die Be-

¹⁰⁶ Auf Bundesebene bieten beispielsweise die Internetseiten verschiedener Bundesinstitute in den Geschäftsbereichen der zuständigen Bundesministerien umfangreiche und vielfältige Informationen mit hoher Fachexpertise. Dies sind vor allem die Bundesinstitute, die dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zugeordnet sind, sowie das BMG selbst, aber auch Bundesinstitute im Geschäftsbereich anderer Ministerien (z. B. Bundesinstitut für Risikobewertung; Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit).

¹⁰⁷ Durch das Patientenrechtegesetz soll die „Kann“-Vorschrift in eine „Soll“-Vorschrift abgeändert werden.

ratungsanlässe, ihr Nutzungsverhalten und ihre Zufriedenheit bzw. die Qualität und Bedarfsgerechtigkeit dieses Informations- und Beratungsangebots keine systematischen Daten existieren und die Krankenkassen aufgefordert, diese Mangellage zu beheben (GA 2003, Ziffer 299ff.). Denn auch zu den Callcentern wie generell zur Beratung durch die Krankenkassen liegen – von Ausnahmen abgesehen – bislang nur wenige fundierte Untersuchungen vor.¹⁰⁸ Damit fehlt es nicht nur an empirischen Erkenntnissen, sondern auch an Möglichkeiten, auf empirischer Grundlage Stärken und Schwächen der verschiedenen Ansätze und Formen an Patienten-/Nutzerinformation und -beratung zu vergleichen. Der Rat hat daher bereits in früheren Gutachten gefordert, auch die nicht nach § 65b SGB V geförderten Modelle und Angebote zu evaluieren, die Evaluationsergebnisse zu veröffentlichen und zusammenzuführen, um so einen systematischen Vergleich zu ermöglichen (GA 2003, Ziffer 344ff.). Darüber hinaus hat er empfohlen, der Informations- und Beratungsforschung auch im Rahmen der Versorgungsforschung einen höheren Stellenwert zuzuweisen (GA 2003, Ziffer 347). Diese Forderung wird hier erneut bekräftigt, zumal sie bislang kaum aufgegriffen wurde.

Auch auf dem Gebiet der Qualität und Transparenz des Geschehens in den Callcentern der Krankenkassen und generell im Bereich der Patienten-/Nutzerinformation und -beratung ist seither wenig Progress erreicht worden. Neben der Sicherung verlässlicher Erreichbarkeit liegt hier jedoch nach Ansicht des Rates eine wichtige Voraussetzung für die Erfüllung des Beratungsauftrags. Dabei kommt der Beachtung nutzerorientierter Qualitätskriterien, evidenzgesicherter Empfehlungen und Ratschläge sowie der Neutralität der Beratung hohe Bedeutung zu.¹⁰⁹

Mit der Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung zeigt sich eine weitere Herausforderung: Um Versicherten eine strukturierte Übersicht zu ermöglichen, müssen Informationen über die Verträge bzw. die Modelle zur integrierten Versorgung, über Vertragsinhalte etc. durch die Krankenkassen bereit gestellt werden, damit sich die Versicherten selbst informieren oder sich durch Dritte vergleichend über die Vor- und Nachteile einzelner Versicherungs-/Versorgungsformen beraten lassen können. Doch besteht hier bislang eine Angebotslücke. Sie zu schließen ist im Interesse der Förderung eines zielführenden Wettbewerbs notwendig. Um individuell Vor- und Nachteile bei der Krankenkassen-/Tarifwahl und bei neuen Versorgungsformen abschätzen zu können, ist deshalb die verpflichtende Bereitstellung von strukturierter Information durch die Krankenkassen notwendig (vgl. Paquet 2011; vzbv 2011).

145. In der Pflege wurden in den vergangenen Jahren ebenfalls zahlreiche Anstrengungen zum Ausbau von Beratungsangeboten unternommen. Mit dem 1994 eingeführten Pflegeversicherungsgesetz erfolgte ein marktwirtschaftlich-wettbewerblicher Ausbau der pflegerischen Infrastruktur und erhielten Pflegebedürftige erstmals Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung von Pflegearrangements (§ 2 Abs. 2 SGB XI). Zugleich wurde den Pflegekassen eine allgemeine Beratungs-

108 Die Stiftung Warentest hat 2010 Beratung, Service und Informationen im Internet von 21 deutschen Krankenkassen getestet. Im Ergebnis erhielten nur zwei Krankenkassen das Qualitätsurteil „gut“. Sehr deutliche Unterschiede zeigten sich beim Informationsgehalt der Internetportale. Erhebliche Mängel zeigten sich in Bezug auf die Verweispraxis. So wurde oft kein Ansprechpartner für weitere Fragen genannt und Ratsuchende erfuhren erst auf Nachfrage, dass ihre Kasse nützliche Zusatzleistungen anbietet (Finanztest 2010).

109 Besondere Beachtung verdienen die von Callcenter-Mitarbeitern angebotenen Beratungen bei Gesundheits- und Krankheitsfragen sowie die dort gegebenen Empfehlungen zu Therapiemöglichkeiten. Hier sollte zum einen die Evidenzbasierung der dort erteilten Ratschläge überprüft werden, zum anderen sollte untersucht werden, welchen Einfluss auf die gesundheitliche Ergebnisqualität ein – in der Regel unabgestimmtes – Agieren der vor Ort verantwortlichen Ärzte oder Pflegekräfte auf der einen Seite und der weit entfernt lokalisierten Callcenter-Mitarbeiter auf der anderen Seite hat.

und Aufklärungspflicht über alle Leistungen und Hilfen der Pflegekassen und anderer Träger zugewiesen (§ 7 SGB XI) mit dem Ziel, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Ausübung ihres Wahlrechts und der Auswahl geeigneter Pflegeleistungen zu unterstützen. Zur Herstellung der dazu nötigen Transparenz über das Leistungsangebot wurden die Pflegekassen mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz 2001 zudem verpflichtet, Informationen und Beratung über Leistungen und Preise von Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage von Leistungs- und Preisvergleichslisten zur Verfügung zu stellen.¹¹⁰ Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 erfolgte ein weiterer Schritt, indem der Anspruch auf Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) und die Schaffung von Pflegestützpunkten (§ 92c SGB XI) beschlossen wurden. Darunter sind wohnortnahe (und nutzerfreundlich organisierte) Anlaufstellen zu verstehen, in denen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen Information, Beratung und Betreuung erhalten und bei Bedarf auch bei der Koordinierung und Steuerung ihrer Versorgung unterstützt werden, damit während des gesamten Pflegeverlaufs eine auf die individuelle Problemsituation zugeschnittene, passgenaue Versorgung gewährleistet ist. Die Pflegeberatung im Sinne von § 7a SGB XI ist als individuelles Fall- bzw. Case Management angelegt und geht damit über die allgemeine Aufklärungs- und Beratungspflicht der Pflegekassen nach § 7 SGB XI hinaus. Die Pflegeberatung (wie auch das Case Management) haben dem gesetzlichen Anspruch nach unabhängig und neutral im Interesse des Leistungsberechtigten zu erfolgen.¹¹¹

Bislang wird das neue Angebot recht verhalten genutzt: so gaben im Rahmen einer Repräsentativbefragung erst 10 % der Pflegehaushalte an, eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Anspruch genommen zu haben. Der Mehrheit der Pflegehaushalte ist der seit 1. Januar 2009 bestehende Rechtsanspruch allerdings noch nicht bekannt (BMG 2011b).

Generell ist die Einführung der Pflegestützpunkte durch Umsetzungsprobleme gekennzeichnet. So sollte die Einführung ursprünglich bundesweit einheitlich erfolgen, ist nun aber länderspezifisch geregelt – unter Beteiligung der Kranken- und Pflegekassen, der örtlichen Träger der Sozialhilfe sowie kommunal vorhandener Beratungs- und Koordinationsstrukturen, um Parallel- und Doppelangebote zu vermeiden. Zwar liegen auch zur Einrichtung der Pflegestützpunkte nur wenige empirische Erkenntnisse vor, doch zeigen diese, dass die Umsetzung recht schleppend verläuft (BMG 2011b; Röber/Hämel 2011; Höhmann 2009), sie zwischen den Bundesländern variiert – sowohl was die Zahl an Stützpunkten als auch die Konzeption betrifft (Rothgang et al. 2010) – und sich die Implementation insgesamt als nicht einfach darstellt (Michell-Auli 2012; Michell-Auli et al. 2010). Ursache dafür ist u. a., dass vielerorts zu viele Akteure mit zu divergenten Interessenlagen an der Umsetzung beteiligt sind (Schaeffer/Kuhlmey 2012), die Krankenkassen für Aufgaben zuständig wurden, die für sie ungewohnt waren und mit denen sie in die Domäne anderer Akteure hineinwirkten (etwa in die der Kommunen als örtliche Träger der Sozialhilfe, vgl. Röber/Hämel 2011; Trilling 2009) und die Einrichtung von Pflegestützpunkten in manchen Ländern mit gewachsenen Strukturen kollidierte. Eine weitere Ursache liegt darin, dass einige der ursprünglichen Zielsetzungen im Zuge der Umsetzung in den Hintergrund gerieten: So sollten Strukturergänzungen vermieden werden, dennoch wurden fast überall zusätzliche Strukturen geschaffen. Mancherorts

110 Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz wurden 2002 zudem die bestehenden Beratungsangebote für demenziell erkrankte Pflegebedürftige verbessert und erweitert und beratende Hilfen im häuslichen Bereich durch zusätzliche Hausbesuche ausgebaut (Beratungseinsätze gemäß § 37 Abs. 3 bis 5 SGB XI). Mit einer Änderung in § 45 SGB XI (nunmehr „Soll“-Vorschrift) wurde zudem die Möglichkeit von Schulungen im häuslichen Umfeld stärker betont (vgl. BMGS 2004).

111 Damit ein qualitativ hochwertiges Case Management gesichert ist, wurde der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, Empfehlungen zur Qualifizierung abzugeben.

hat die gesetzliche Regelung in unterschiedlichen Paragraphen sogar Doppelstrukturen nach sich gezogen: Neben der Einrichtung von Stützpunkten haben sich die Krankenkassen in manchen Regionen auch selbst als Beratungsinstanz profiliert.¹¹² Insgesamt ist im Pflegesektor eine recht intransparente und unübersichtliche Pflegeberatungslandschaft entstanden, die besonders für vulnerable Gruppen wenig nutzerfreundlich ist.

Weiterentwicklungsbedarf besteht auch in anderer Hinsicht. So zeigen die aus dem die Umsetzung vorbereitenden Pilotprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“ vorliegenden empirischen Erkenntnisse aus 16 Pilotstützpunkten, dass die neuen Einrichtungen gut genutzt werden, ihnen in der Tat „Türöffnerfunktion“ auf dem Weg zur Versorgung zukommt und sie lange Suchbewegungen verhindern helfen. Nachgefragt werden vor allem Struktur- und Transparenzinformation sowie Unterstützung bei versorgungsorganisatorischen und rechtlichen Problemen (Michell-Auli 2012; Michell-Auli et al. 2010). Bei den Interventionsformen dominieren die persönliche und telefonische Information und Beratung. Sichtbar wurden jedoch auch Herausforderungen bei den Pilotstützpunkten. Sie bestehen vor allem bei der Qualitätssicherung, bei der konzeptionellen Ausgestaltung sowie der Öffentlichkeitsarbeit (ebd.; Röber/Hämel 2011; Stiftung Warentest 2010b). Ähnliches gilt für die Erreichbarkeit, ebenso die intendierte Wohnortnähe. Vielerorts kann die erforderliche Versorgungsdichte nicht erreicht werden und zugleich ist ein anderes dazu wichtiges Konzeptelement inzwischen in Vergessenheit geraten: die Pflegestützpunkte sollten laut ursprünglicher Zielsetzung den Ausgangspunkt für die Schaffung pflegerischer Versorgungszentren im jeweiligen Wohnquartier bilden, in denen professionelle Dienste, Selbsthilfe und auch informelle Hilfen unter einem Dach gebündelt werden. Davon ist seit längerem nicht mehr die Rede und doch läge hier aus Sicht des Rats eine Lösung für viele der Integrationsprobleme in der zersplitterten und kleinteiligen pflegerischen Versorgung.

146. Auch im Bereich der Rehabilitation erfolgten in den vergangenen Jahren Anstrengungen zum Ausbau der Information und Beratung. Mit der Einrichtung von gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation (GS) wurde im Jahr 2002 das bestehende Beratungsangebot der Rehabilitationsträger (u. a. Bundesagentur für Arbeit, Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Sozialhilfe, Krankenkassen) um ein trägerübergreifendes und anbieterneutrales Angebot (§ 22 SGB IX) für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen ergänzt.¹¹³ Zum Aufgabenspektrum gehören: Information (z. B. über Leistungsvoraussetzungen und Leistungen der Rehabilitationsträger einschließlich deren Inhalt und Ablauf, Klärung der Zuständigkeit), Bedarfsklärung (z. B. Hilfe bei der Klärung des Teilhabe-/Rehabilitationsbedarfs, Antragstellung und -weiterleitung), Beratung (z. B. über besondere Hilfen im Arbeitsleben/bei Verwaltungsabläufen, bei der Inanspruchnahme von Leistungen, Hinwirken auf Entscheidungen), unterstützende Begleitung und Koordination (z. B. Vorbereitung der Entscheidung, Koordinierung und Vermittlung, Information des zuständigen Rehabilitationsträgers, falls voraussichtlich ein Gutachten erforderlich ist). Des Weiteren infor-

112 Daneben hat der Verband der privaten Krankenversicherung mit der COMPASS Private Pflege GmbH eigene (zugehende) Beratungsstrukturen etabliert. Der von COMPASS verfolgte konzeptionelle Ansatz setzt stark auf zugehende Strukturen und ist zweifelsohne interessant. Aus wissenschaftlicher Sicht ergänzen sich beide Konzepte und fokussieren sich auf zwei unterschiedliche, für Beratung aber jeweils konstitutive Aspekte. Eine Zusammenführung wäre aus konzeptioneller Sicht daher wünschenswert und ist – wie sich bei der UPD zeigt – machbar.

113 Die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger ist über eine Rahmenvereinbarung (BAR 2010) geregelt. Weiterhin sind die Leistungsträger im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation nach § 13 SGB IX verpflichtet, „Gemeinsame Empfehlungen“ zu erarbeiten, durch die eine möglichst einheitliche Beratung und Unterstützung gewährleistet werden soll.

mieren und beraten die GS über die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets sowie beim betrieblichen Eingliederungsmanagement (BAR 2010).

Auch über diese Einrichtungen liegen nur wenige empirische Studien vor (BAR 2011; BMAS 2011; DRV Berlin-Brandenburg/DRV Bund 2009). Die im Rahmen der regelmäßigen Berichterstattung (§ 24 Abs. 1 SGB IX) festgehaltenen Daten sind wiederum aufgrund mangelnder Dokumentation wenig aussagekräftig und beinhalten weder Angaben zur Qualität der Beratungen noch zur Nutzerzufriedenheit. Dennoch deuten sie an, dass die gemeinsamen Servicestellen nur sehr zurückhaltend genutzt werden. So hat sich die Zahl der GS im letzten Berichtszeitraum (2007-2010) von 563 auf 493 reduziert, die im angegebenen Zeitraum von nur 12 764 Ratsuchenden genutzt wurden¹¹⁴. Die geringe Nutzung der GS ist neben Akzeptanzproblemen dem geringen Bekanntheitsgrad der GS geschuldet (Dalferth 2006). Schwerpunkte der Beratung bildeten Fragen zur Klärung von Zuständigkeiten, zu Leistungsvoraussetzungen und Leistungen der Rehabilitationsträger sowie zu sozialrechtlichen Aspekten (BAR 2011). Befunde aus Nordrhein-Westfalen zeigen darüber hinaus, dass die GS überwiegend in städtischen Gebieten zu finden sind; die ländlichen Regionen sind eher unterversorgt (Müller-Mundt/Ose 2005; Pfeuffer et al. 2004). Doch nicht nur die unausgewogene regionale Verteilung wird bemängelt. Kritisiert wird auch, dass die Unüberschaubarkeit und Fragmentierung der Beratung durch sie nicht gemildert wurde (Riedel 2008), denn die GS sind nach wie vor einzelnen Leistungsträgern zugeordnet und oft an bestehende Einrichtungen angebunden. Eine neue, einheitliche, trägerübergreifende und nutzerfreundliche Struktur wurde durch die Etablierung der GS also nicht geschaffen. Auch die Arbeitsweise und Inanspruchnahme der einzelnen GS sind sehr heterogen. Ein weiteres Problem stellt die Qualifikation der Mitarbeiter dar, die oft nicht über hinreichende Beratungskompetenz verfügen (Dalferth 2006). Zudem wird bezweifelt, ob das Aufgabenprofil der GS und besonders die Konzentration auf sozialrechtliche Fragen den Bedürfnissen der Ratsuchenden entsprechen (Pfeuffer et al. 2004). Auch auf der Ebene der Konzeptentwicklung bestehen also noch etliche Herausforderungen, auch um Zielgruppenorientierung zu realisieren, internetgestützte Information und Beratung auszubauen und größere Qualität und Nutzerfreundlichkeit herzustellen (DAR 2009).

Aus diesen und anderen Gründen stoßen die GS vermehrt auf Kritik. Daher wird auch für den Rehabilitationssektor der Aufbau unabhängiger Informations- und Beratungsstellen mit einheitlicher Struktur gefordert (ebd.). Allerdings ist zu fragen, ob nicht ein noch weitergehender Schritt erforderlich und eine Integration der über die unterschiedlichen Sektoren verteilten und jeweils anders organisierten Patienten-/Nutzerinformationsangebote notwendig ist, denn insgesamt ist die bestehende Struktur sehr unüberschaubar und wenig nutzerfreundlich. Eine sektorenübergreifende Information und Beratung wäre aus Sicht des Rates wünschenswert.

Unabhängige Patienteninformation und -beratung

147. Der „unabhängigen“ Patienteninformation und -beratung sind Akteure und Institutionen zuzuordnen, die organisatorisch und finanziell nicht in direktem Zusammenhang mit dem Leistungsgeschehen oder sonstigen Partikularinteressen stehen und die somit als weitgehend neutral und nicht interessengebunden gelten.

¹¹⁴ Angaben zur Anzahl und Verteilung der Gemeinsamen Servicestellen beruhen auf den Angaben der Deutschen Rentenversicherung Bund, die auf der Basis dieser Informationen eine Datenbank zur Verfügung stellt (www.reha-servicestellen.de).

Hohe Bedeutung kommt den Verbraucherzentralen zu. Sie engagieren sich seit mehr als zwanzig Jahren auf dem Gebiet der Patienteninformation und -beratung (Kranich 2012). Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) ist die Dachorganisation von 51 Verbraucherverbänden (u. a. 16 Landesverbraucherzentralen) mit mehr als 190 regionalen Beratungsstellen. Wenn sie sich dem Thema Patienten-/Nutzerinformation und -beratung widmen, was nicht bei allen Beratungsstellen der Fall ist, werden grob folgende Aufgaben verfolgt: Information über Angebote und Leistungen des Gesundheitswesens, sozial- und versicherungsrechtliche Fragen im Sinn einer Wegweiser- und Vermittlungsstelle und Unterstützung in Konflikt- und Streitfällen durch individuelle anwaltschaftliche Interessenvertretung (Kranich 2012). Darüber hinaus fungiert der vzbv als kollektive Interessenvertretung, etwa durch sein Mitberatungs- und Antragsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss. Zudem ist er einer der Projektträger der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) (siehe hierzu Ziffer 150).

148. Ebenfalls als unabhängige Einrichtungen sind die Patientenstellen einzuordnen. Insgesamt existieren bundesweit 13 Patientenstellen, die von gemeinnützigen Vereinen (Gesundheitsläden, Gesundheitszentren) getragen werden und sich zur Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) zusammengeschlossen haben (Schaeffer/Dierks 2012). Die Beratungsthemen reichen von Aufklärung über Patientenrechte, Beratung und Hilfe bei Beschwerden über Mängel im Gesundheitssystem, Hilfe bei Verdacht auf Behandlungsfehler und Versicherungsfragen, Vermittlung von Betroffenenkontakten bis hin zur Orientierungshilfe im Gesundheitssystem.¹¹⁵ Viele Patientenstellen waren von 2006 bis 2010 an der zweiten Phase des bundesweiten Modellprojektes „Unabhängige Patientenberatung Deutschland – UPD“ nach § 65 b SGB V beteiligt und gehören auch weiterhin zur UPD, die 2011 in die Regelversorgung überführt wurde (siehe www.patientenstellen.de).

149. Zu wichtigen Beratungs- und Informationsinstanzen gehören auch die Selbsthilfegruppen und -verbände.¹¹⁶ Viele sind seinerzeit als Reaktion auf Defizite im Gesundheitswesen entstanden und stießen zunächst auf Vorbehalte. Inzwischen stellen sie eine feste Größe im Gesundheitswesen dar, deren Leistungen als Ergänzung zum professionellen Gesundheitssystem anerkannt sind, wie u. a. darin sichtbar wird, dass sie seit Januar 2000 nach § 20c SGB V von den Krankenkassen gefördert werden. Mittlerweile existieren vermutlich über 70 000 Selbsthilfegruppen, von denen sich ein großer Teil Gesundheits- und Krankheitsthemen widmet. Sie unterscheiden sich erheblich in ihren Aufgaben, Handlungsfeldern, Organisationsstrukturen, ihrer finanziellen und personellen Situation sowie den Beratungskonzepten. Gleichwohl, so zeigen Untersuchungen, sind sie zu einer wichtigen Instanz geworden, die in der Bevölkerung große Akzeptanz und hohes Vertrauen hinsichtlich ihrer Qualität und Integrität genießt (Dierks 2009a; Marstedt/Klemperer 2009; Borgetto 2004). Dies dürfte u. a. auf ihre niedrigschwellige Arbeitsweise zurückzuführen sein. Neutralität und Unabhängigkeit versuchen sie durch selbst auferlegte Transparenzinitiativen und Selbstverpflichtungserklärungen zu garantieren, in denen Leitlinien zum Umgang mit Sponsoren und finanziellen Förderern festgelegt sind. Dennoch geraten sie immer wieder in Gefahr, in ihrer Unabhän-

¹¹⁵ Darüber hinaus fungiert die BAGP als anwaltliche Interessenvertretung durch ihr Mitberatungs- und Antragsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen der Patientenbeteiligungsverordnung.

¹¹⁶ Auch die Träger der freien Wohlfahrtsverbände und die Sozial- und Behindertenverbände, die sich zunehmend in der Patientenberatung engagieren, sind in diesem Kontext zu nennen. Sie sind durch ihr Engagement in der Jugend-, Sozial- oder Altenhilfe traditionell den Anliegen von Menschen in unterschiedlichen Lebenszusammenhängen verpflichtet und haben vielfältige Erfahrungen in der Beratungs- und Betreuungsarbeit (RKI 2006; Schaeffer/Dierks 2012).

gigkeit durch die pharmazeutische Industrie oder andere kommerzielle Anbieter im Gesundheitswesen infiltriert zu werden. Um dem „bruchstückhafte(n) Wissen über den Umfang der Einflussnahme auf die Selbsthilfe“ (Klemperer 2009: 71) zu begegnen, doch auch um den Beitrag der Selbsthilfegruppen zur Patienten-/Nutzerinformation, zum Erfahrungsaustausch und zur „peer to peer education“ würdigen und einschätzen zu können, sind weitere Studien erforderlich.

150. Eine weitere wichtige Säule der Beratungslandschaft bildet die unabhängige Patientenberatung gem. § 65b SGB V. Durch die gesetzliche Neuregelung der einschlägigen Gesetzesnorm wurde sie zum 1. Januar 2011 nach einer zehnjährigen Modellphase in die Regelversorgung überführt. Bis dahin kam die aus den Mitteln nach § 65b SGB V mit jährlich 5,2 Millionen Euro geförderte Patienten-/Nutzerinformation einem typischen Erprobungsprojekt gleich, in dem die laufenden Erfahrungen im Sinn eines lernenden Systems kontinuierlich für die Weiterentwicklung genutzt wurden (Rosenbrock 2002). In einer ersten Phase (2001-2005) wurden zunächst 30 unterschiedliche Modellprojekte gefördert. Trotz großer thematischer und konzeptioneller Vielfalt ließen sie sich grob drei Schwerpunkten zuordnen: personalkommunikative Beratungs- und Informationsangebote, virtuelle Kommunikation sowie Bedarfsermittlung, Qualifizierung und Qualitätsentwicklung (Schaeffer et al. 2005; Krause/Schaeffer 2005; Schaeffer/Dierks 2012). Mit den Modellprojekten konnten wertvolle Erfahrungen gesammelt werden, die den hohen Stellenwert von Patienten-/Nutzerinformation und -beratung für ein wettbewerbs- und zugleich patientenorientiertes Gesundheitswesen bestätigten und zeigten, dass diese einen wichtigen Beitrag zur Erweiterung der Gesundheits- und Nutzerkompetenz leistet. Zugleich bestand die Herausforderung den Evaluationsbefunden zufolge darin, der Vielfalt an anfänglich geförderten Projekten und Ansätzen in der folgenden Phase eine „einheitliche und nutzerfreundliche Gesamtkontur“ zu verleihen, die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit zu verbessern und die (wissenschaftlich fundierte) Konzeptentwicklung zu fördern.

In der sich 2005 anschließenden zweiten, fünfjährigen Phase wurde daher ein überregionaler Modellverbund etabliert. Die zu ihm gehörenden Beratungsstellen wurden von unterschiedlichen Trägerorganisationen betrieben, traten aber gleichwohl einheitlich unter dem Markennamen „Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)“ nach Außen auf. Gesellschafter des als gemeinnützige GmbH organisierten Verbunds waren der Verbraucherzentrale Bundesverband, der Sozialverband VdK Deutschland sowie der Verbund unabhängige Patientenberatung. Um zu einer integrierten Organisationsstruktur zu gelangen, wurde eine Bundesgeschäftsstelle etabliert, die für die Profil- und Konzeptbildung, Qualitätssicherung, Kommunikation und Steuerung des Modellverbunds zuständig war (Prognos 2011c). Arrondiert wurde sie durch die in dieser Phase zum Verbund gehörenden 22 regionalen Beratungsstellen. Mehrheitlich fungierten diese als erste Anlauf- und Clearingstellen, die durch themenspezifische Beratungsangebote zu den Themen Arzneimittel, Zahnmedizin und Essstörungen ergänzt wurden. Insgesamt war diese Phase dadurch geprägt, dass wichtige Schritte zur Integration der unabhängigen Patienten-/Nutzerinformation erfolgten. Gleichwohl blieb als Herausforderung, zu einer Konzept- und Qualitätsentwicklung wie auch zu einer Verstetigung und Konsolidierung zu gelangen (ebd.).

Ein wichtiger Schritt in Richtung Verstetigung erfolgte mit der Überführung der UPD vom Modellversuch zum Regelangebot im Rahmen der Überarbeitung des § 65b SGB V. Nach einem europaweiten Ausschreibungsverfahren wurde die Bietergemeinschaft aus den Gesellschaftern des bisherigen Modellverbunds abermals mit der Wahrnehmung des gesetzlichen Auftrags betraut, allerdings wieder auf fünf Jahre befristet. Eine zu kurzzeitige Befristung behindert eine nachhaltige

Verstetigung und schwächt zudem die für eine weitere Konsolidierung und bedarfsgerechte Weiterentwicklung erforderliche Strukturstabilität. Reflexionsbedürftig ist ferner, dass die Fortführung der unabhängigen Patientenberatung in fünf Jahren erneut einem Ausschreibungsverfahren unterworfen und somit als Dienstleistung mit austauschbarem Dienstleister betrachtet wird. Es dürfte außer Frage stehen, dass der Transfer des gesetzlichen Auftrags zur Unabhängigen Patientenberatung auf eine zweite Organisation auch im Falle einer professionellen Abwicklung mit erheblichen Effizienzverlusten einhergehen und die personelle Kontinuität wie auch die Vertrauenswürdigkeit der Einrichtungen – beides aus Nutzersicht wichtige Qualitätskriterien – unterminieren würde. Vor dem Hintergrund des Postulats der Unabhängigkeit ist aus Sicht des Rats zudem weiterhin sicherzustellen, dass die Wahrnehmung des gesetzlichen Auftrags gem. § 65b SGB V dem Interesse der Nutzer folgt.

Ziel der UPD in der aktuellen Phase ist es, durch qualitätsgesicherte und kostenfreie Beratung und Information zur Stärkung der Patientenorientierung beizutragen, auf Problemlagen im Gesundheitswesen hinzuweisen und das bestehende Informations- und Beratungsangebot weiter auszubauen. Ein Fokus liegt dabei auf vulnerablen Zielgruppen: So gehört seit August 2011 auch muttersprachliche Beratung auf türkisch und russisch zum Beratungsangebot der UPD,¹¹⁷ ein Projekt zur Erreichung sozial benachteiligter Zielgruppen ist in Planung, ebenso der Ausbau des internetgestützten Informationsangebots. Zum Programm dieser Phase gehören außerdem die Verbesserung der Beratung über neue Versorgungsformen sowie die Optimierung der Berichterstattung über mögliche Problemlagen im Gesundheitswesen durch vertiefende Auswertungen der Beratungsanfragen, die dem jährlich dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung zur Verfügung gestellten Bericht zugrunde liegen. Ferner sollen die Qualitätsentwicklung und Evidenzbasierung der Beratung und Information vorangetrieben werden.

Angesichts des ambitionierten Programms, doch auch der vorliegenden Nutzerdaten zeichnet sich ab, dass künftig eine Anhebung der Förderung erforderlich sein dürfte, um dem Bedarf gerecht zu werden. Abgesehen von der finanziellen Ausstattung der UPD wird über ihre Ansiedlung nachzudenken sein. Denn mit der Finanzierung und Ausgestaltung durch die zentrale Interessensvertretung der Krankenkassen konnte keine gänzlich unabhängige Verortung realisiert werden, auch wenn der GKV-Spitzenverband auf den Inhalt oder den Umfang der Beratungstätigkeit keinen direkten Einfluss nehmen darf. Der Rat hält es für sinnvoll, hier nach neuen Modellen zu suchen, die die Unabhängigkeit garantieren.

Nicht weniger wichtig wird es sein, die systemisch bedingte inhaltliche Beschränkung der Patienten-/Nutzerinformation aufzuheben und der auch hier wirksamen sozialrechtlichen Trennung von Kuration/medizinischer Versorgung (SGB V), Rehabilitation (SGB IX) und Pflege (SGB XI), die zu sektoral getrennten Strukturen der Information und Beratung geführt haben, integrierte sektorenübergreifende Modelle entgegenzusetzen. Weitere künftig anzugehende Herausforderungen bestehen nach wie vor auf dem Gebiet der Qualität, der Konzeptentwicklung sowie der Evaluation der Wirksamkeit der Beratung.

117 Seit 2011 beteiligt sich die Private Krankenversicherung freiwillig mit einem Betrag von insgesamt 364 000 Euro jährlich für eine Laufzeit von zunächst drei Jahren, der zur Finanzierung des zusätzlichen muttersprachlichen Angebots herangezogen wird.

Exkurs - Bedeutung des Internets

151. Die dynamische Entwicklung im Internet hält weiter an und dürfte sich künftig fortsetzen. In Europa sind zurzeit ca. 304 Millionen Menschen Internetnutzer, Deutschland steht im europäischen Vergleich mit einer Nutzung durch 75 % der Bevölkerung auf dem siebten Platz (Initiative D21 2011). Im Jahr 2011 waren 80,7 % der Männer und 68,9 % der Frauen online. Dabei holen gerade bislang unterrepräsentierte Gruppen weiter auf. So ist bei Menschen mit niedrigem Bildungsstand ein überdurchschnittlicher Zuwachs zu verzeichnen, ebenso in der Gruppe der über 50-Jährigen: dort ist die Zahl der Nutzer von 40 % im Jahr 2008 auf knapp 50 % im Jahr 2010 gestiegen. Jugendliche und junge Erwachsene gehören mit annähernd 96 % fast vollständig zur Gruppe der Onliner (Initiative D21 2010). Mit der Vernetzung und Digitalisierung ist ein wachsendes Volumen frei zugänglicher Informationen entstanden – auch und gerade im Bereich der Gesundheitsinformation, die über die Neuen Medien besonders stark nachgefragt wird (Schmidt-Kaehler 2005; Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012).

In den letzten Jahren hat außerdem das so genannte „Web 2.0“ an Bedeutung gewonnen. Die Verknüpfung der einzelnen Online-Dienste wie Twitter und Facebook sowie die neueren Entwicklungen der so genannten „Apps“ (Applications) für internetfähige Mobiltelefone und Tablet-PCs führen zu einer immer engmaschigeren Vernetzung. Damit ziehen die Neuen Medien zahlreiche Veränderungen nach sich: sie bringen neue Wege der Information hervor – etwa durch Nutzung von Gesundheitsportalen und die Möglichkeiten der interaktiven Einflussnahme wie auch durch Kommunikation von Patienten z. B. über Online-Foren untereinander (Bastian et al. 2010; Berger 2009; Jähn 2010) – und erhöhen zugleich die Partizipationsmöglichkeiten der Nutzer. Denn immer häufiger bestimmen nicht nur die Betreiber der Internetportale, Sozialen Netzwerke usw., sondern die Nutzer selbst die Inhalte (Kray 2010; von Kardorff 2008).

Generell existiert mittlerweile eine kaum noch überschaubare Flut an Informationen im Internet. Dabei stehen professionelle Beratungs- und Informationsangebote neben nicht professionellen Angeboten. Das Themenspektrum reicht von Fragen zur Prävention und Gesundheitsförderung über Gesundheits- und Krankheitsaspekte, Entscheidungshilfen bei therapeutischen Maßnahmen, sozial- und versicherungsrechtliche Fragen bis hin zu Auskünften zur Qualität und Struktur der Versorgung. Vor allem Portale zur Strukturinformation über Versorgungsinstanzen und auch zur Bewertung von Einrichtungen gewinnen zunehmend an Bedeutung.¹¹⁸ Denn längst sind die Nutzer des Internet nicht nur Konsumenten, sondern auch Produzenten von Information und Wissen, indem sie ihre Erfahrungen in Bewertungsportalen im Internet dokumentieren oder aber, indem sie ihr Wissen an andere weitergeben. Auch solche peer to peer-Angebote existieren inzwischen in großer Zahl und zu unterschiedlichen Themen. Ebenso wie die anderen Gesundheitsinformationsangebote im Internet stehen sie oft unkoordiniert und nicht verknüpft nebeneinander.

Die vorhandene Informationsvielfalt erschwert die Orientierung der Nutzer, zieht Verunsicherungen nach sich und geht mit hohen Anforderungen an die Medien- und Informationskompetenz einher, denn die Nutzer müssen in der Lage sein, adäquate Informationen

¹¹⁸ Beispielhaft sei an dieser Stelle die „Weisse Liste“ (www.weisse-liste.de) erwähnt, die als gemeinnütziges Projekt der Bertelsmann Stiftung unter enger und intensiver Beteiligung von Patienten- und Verbraucherorganisationen betrieben wird und Vergleichsinformationen zu Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Pflegeheimen anbietet.

ausfindig zu machen und relevante von irrelevanten Informationen zu unterscheiden. Sie müssen sich erhaltene Hinweise aneignen, sie verstehen und kompetent auf ihre Qualität hin prüfen, bewerten und differenzieren können – keine leichte Aufgabe, zumal die angebotenen Informationen oft unverständlich, widersprüchlich oder sogar unrichtig bzw. mit einer manipulativen Absicht (etwa Verkaufsförderung) verbunden sind und nicht immer die erforderliche Evidenz aufweisen.

Eine Herausforderung besteht daher auch weiterhin in der Verbesserung der Qualität, Evidenzbasierung und Nutzerfreundlichkeit von Informationen (siehe bereits GA 2003), aber auch – ein in seiner Relevanz nicht zu unterschätzender Faktor – der Sicherung der Unabhängigkeit von Informationsangeboten im Internet, ebenso der Unabhängigkeit der Betreiber, um eine Überlagerung durch kommerzielle oder sonstige Partikularinteressen ausschließen zu können. Nicht weniger wichtig ist die Qualitätssicherung und Evidenzbasierung der dargebotenen Informationsinhalte. Hinsichtlich der Sicherung der Qualität lassen sich drei Bereiche abgrenzen (vgl. Dierks et al. 2002): Qualitätssicherung durch (1) Anbieter von medizinischem Wissen (z. B. Selbstverpflichtung zu Qualitätsstandards wie z. B. dem HON-Code¹¹⁹), (2) Qualitätssicherung durch externe Kontrollen (z. B. Gütesiegel wie das afgis-Logo¹²⁰ oder das Ressort Gesundheitsinformation des IQWiG) sowie durch (3) den Nutzer. In den letzten Jahren ist eine steigende Anzahl von Aktivitäten zu verzeichnen, um Anforderungen, Voraussetzungen und Strukturen qualitätsgesicherter und evidenzbasierter Gesundheitsinformation zu erarbeiten und zu etablieren (GVG 2011), doch liegen bislang kaum Instrumente vor, die die verschiedenen Qualitätsanforderungen für Nutzer transparent nachvollziehbar und anwendbar machen (Schaefer 2011).¹²¹ Somit bleibt die Qualität und Evidenzbasierung der Informationsinhalte sowie die Angemessenheit der Risikokommunikation auch künftig eine Herausforderung.

Eine zweite Herausforderung besteht – speziell unter dem Gesichtspunkt der Nutzerfreundlichkeit – darin, zu einer Vereinfachung des Zugangs zu geeigneter Information im Netz zu gelangen und auf Integration und bessere Koordination von internetbasierten Informationsangeboten hinzuarbeiten. Dazu könnten und sollten die neuen Möglichkeiten der Verlinkungen von Sozialen Netzwerken mit professionell geführten Online-Angeboten der Patientenberatung und -information besser genutzt werden. Sie sind in Deutschland noch in den Anfängen, aber beispielsweise in Großbritannien und den USA schon recht gut ausgebaut (Sarasohn-Kahn 2008; Wirth 2010).

Eine weitere, aus Ratssicht zu präferierende Möglichkeit besteht in der Schaffung eines integrierenden Gesundheitsportals, in dem sich die öffentlich geförderten Informationsangebote unter einem Dach zusammenschließen und das dann mit weiteren aus Nutzersicht wichtigen Informationsangeboten arrondiert wird.

119 Der HONcode ist ein Zertifikat für medizinische und gesundheitsbezogene Internetseiten der Stiftung „Health On The Net“ und definiert eine Reihe von Qualitätsnormen und Regeln. Diese binden Anbieter von Webseiten an grundlegende ethische Standards in der Darstellung und Transparenz von Informationen (vgl. www.healthonnet.org).

120 Das von afgis e.V. vergebene Qualitätslogo dient zur Kennzeichnung von qualitativ hochwertigen Gesundheitsinformationsangeboten im Internet. Es setzt die erfolgreiche Absolvierung eines Prüfverfahrens und die Realisierung so genannter Transparenzkriterien durch den Anbieter voraus. Über positiv geprüfte Anbieter lassen sich Hintergrundinformationen in einer anbieterunabhängigen Datenbank abrufen (vgl. www.afgis.de).

121 Für eine Übersicht verschiedener Kriterienkataloge, Checklisten und Empfehlungen siehe Hölling et al. 2011.

Zu den zukünftigen Aufgaben gehört auch, weitere Interventionsformen für die Neuen Medien zu erschließen. So sind beispielsweise Beratung und Coaching im Internet noch kaum ausgebaut. Außerdem ist es erforderlich, auch über diesen Bereich die Forschung zu intensivieren, da bislang nur wenige empirische Erkenntnisse vorliegen. So ist hier wenig über Informationsbedarf und -bedürfnisse der Nutzer bekannt, stehen Evaluationen der Wirkung des patientenseitigen Nutzens aus und ist die Methodenentwicklung voranzubringen, weil sich die Neuen Medien gängigen Untersuchungsmethoden versperren.

3.3.4 Fazit und Empfehlungen

152. Transparenz über die Qualität von Gesundheitsleistungen und ein ausreichendes Informationsniveau von Patienten bzw. Nutzern sind Voraussetzungen für das Funktionieren wettbewerblicher Strukturen: Patienten bzw. Nutzer müssen die ihnen eröffneten Wahlmöglichkeiten kennen und bewerten können, um fundierte Entscheidungen treffen und damit aktiv an der Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung ihrer Gesundheit mitwirken zu können. Nutzerkompetenz ist auch eine Voraussetzung um neben Leistungserbringern und Kostenträgern als „dritte Kraft“ zu wirken. Dazu benötigen sie Information und vor allem auch Informations- und Medienkompetenz. In Reaktion darauf erfolgte auch in Deutschland in den vergangenen Jahren ein bemerkenswerter Ausbau der institutionalisierten Patienten-/Nutzerinformation und -beratung. Trotz der erzielten Fortschritte ist jedoch noch kein befriedigender Zustand erreicht, wie nicht zuletzt die wenigen vorliegenden Untersuchungen zum Health Literacy-Niveau (Kickbusch/Marstedt 2008) und zum Gesundheitswissen der Bevölkerung verdeutlichen. So zeigt die Auswertung der Zusatzbefragung „Informationsverhalten und Selbstbestimmung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en“ im Rahmen des telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Institutes, dass neben existierenden Wissensdefiziten über ausgewählte Bereiche des Gesundheitswesens auch die Kenntnis der Patientenrechte und der Beschwerdemöglichkeiten bei Behandlungsfehlern oder Versorgungsmängeln unzureichend ist. Ebenso existieren erhebliche Informationsdefizite über Fragen der Qualitäts- und Kostentransparenz. Dabei deuten sich große Unterschiede nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus an (Horch et al. 2011). Auch das gesundheitliche Basiswissen und Kenntnisse über Grundlagen einer wissenschaftlichen Medizin sind in der deutschen Bevölkerung verbesserungsbedürftig und durch zahlreiche Fehlinformationen geprägt (Kickbusch/Marstedt 2008; Klemperer/ Dierks 2011).

Ähnlich sind die Ergebnisse des European Health Literacy Survey (HLS-EU 2011). Sie belegen, dass das Niveau und Ausmaß von Health Literacy unter den beteiligten Ländern zwar differiert, aber: „on average 47 % possesses a limited level of health literacy. This result is a challenge not only for health professionals, but also for health systems at large“ (HLS-EU 2011).¹²² Auch in dieser Untersuchung zeigen sich soziale Unterschiede. Vor allem vulnerable Bevölkerungsgruppen haben eine besonders schwach ausgeprägte Health Literacy. Dazu gehören insbesondere Menschen im höheren Lebensalter und mit niedrigem Bildungsgrad, geringen sozio-ökonomischen Ressourcen, doch ebenso Menschen mit fragiler und schlechter Gesundheit und viele der intensiven Nutzer des

¹²² Dies bestätigt eine Untersuchung von Gigerenzer et al. (2009): Auch ihr zufolge sind die Europäer schlecht informiert und besitzen ein geringes Gesundheitswissen. Die Deutschen informieren sich zwar häufig, doch gleichzeitig ist auch ihr Informationsgrad relativ niedrig. Viel Information führt also nicht zwingend zu Informiertheit vor allem dann nicht, wenn die Informationskompetenz nicht ausreichend ist oder aber – so die Vermutung anderer Autoren – wenn die dargebotene Information defizitär ist (Kickbusch/Marstedt 2008). Falsche oder defizitäre Information führt zudem zur Verfestigung von Fehleinschätzungen.

Versorgungssystem (HLS-EU 2011). In diesem Zusammenhang nicht weniger wichtig ist der Befund, dass Länder mit niedrigem Gesundheitsstatus der Bevölkerung auch ein niedriges Niveau an Health Literacy aufweisen und ebenso, dass Menschen mit niedrigem Gesundheitsstatus zu den exzessiven Nutzern des Versorgungssystems gehören (HLS-EU 2011) und – wie amerikanische Untersuchungen zeigen – besonders häufig von chronischer Krankheit betroffen sind (Wolf et al. 2005; Berkman et al. 2011).

Investitionen in die Verbesserung des Gesundheitswissens und der Nutzerkompetenz dürften 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. Der Rat empfiehlt daher, künftig weiter in den Ausbau der Patienten-/Nutzerinformation und -beratung zu investieren. Zugleich rät er, 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 außerdem 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.

153. Notwendig ist es darüber hinaus, Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Health Literacy-Niveau besondere Beachtung zu schenken und auf sie zugeschnittene, passgenaue Angebote zu entwickeln. Dazu zählen – wie angedeutet – vor allem alte Menschen bzw. ihre Angehörigen, Menschen mit niedrigem Bildungsgrad und geringen ökonomischen Ressourcen sowie Migranten. Sie gehören zugleich zu den so genannten schwer erreichbaren Zielgruppen und bedürfen daher besonderer Formen und Strategien der Ansprache. Für diese (oft lernungsgewohnten) Gruppen sind zudem spezielle didaktische Konzepte und besondere zielgruppenspezifische Vermittlungsstrategien erforderlich. Diese zu entwickeln, bedarf aus Sicht des Rats ebenfalls größerer Beachtung und Investition.

154. 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 bzw. 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 und die modellhaft geförderten Pflegestützpunkte liegen 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..¹²³ Wissens- und Kenntnislücken existieren auch über die realen und potenziellen Nutzer von Informations- und Beratungsangeboten, die Art ihres Informationsbedarfs, der

¹²³ Dabei sollte ggf. auch die Ergebnisqualität und Entscheidungsrelevanz entsprechender Beratungsangebote für Patienten und Nutzer betrachtet werden.

Informationsnutzung und Informationsverläufe. Diese Lücken zu schließen und den Ausbau der „Beratungs- und Informationsforschung“ in Deutschland voranzutreiben ist unverzichtbar, auch um Grundlagen für eine systematische Steuerung dieses an Bedeutung gewinnenden Aufgabenbereichs/Versorgungssegments zu schaffen.

155. Der Rat begrüßt, dass sich die institutionalisierte Patienten-/Nutzerinformation und -beratung in den vergangenen Jahren so dynamisch entwickelt hat und befürwortet, dass die UPD im Jahr 2011 in die Regelversorgung überführt wurde und damit verstetigt werden kann. 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 fünf 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.

156. 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 größere Beachtung zu schenken.

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, wie auch in der Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland dargelegt wurde (DAR 2009).

157. 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 und anderes mehr.

Neben der Entwicklung neuer Modelle zur Schaffung einer effektiven und effizienten flächen-deckenden Informations- und Beratungsstruktur ist es erforderlich, inhaltliche Angebotslücken zu füllen. Dazu gehört – wie zuvor gezeigt – die Information und Beratung über neue Versorgungsformen. 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.

158. 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 der 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: mehr als die Hälfte der Nutzer bevorzugt inzwischen diese Form der Information und Beratung (Schmidt-Kaehler/Knatz 2012). 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.

159. Weitere Herausforderungen bestehen im Bereich der Qualitätsentwicklung und Evidenzbasierung. Damit sind unterschiedliche Aspekte angesprochen. So gehören Dokumentationssysteme 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.¹²⁴ Dies unterstreicht, dass bei dem Qualitätsmanagement noch Entwicklungsbedarf gegeben ist, der im Interesse der Nutzer dringend anzugehen ist.

Eine weitere Herausforderung stellt die fachliche Qualität von Gesundheitsinformation dar, die trotz zahlreicher Aktivitäten in den letzten Jahren noch entwicklungsbedürftig ist (GVG 2011) und der oft die nötige Evidenzbasierung fehlt (Sänger/Lang 2011). Partizipation von Patienten – sei es bei der Entscheidungsfindung oder der Mitproduktion von Gesundheit und besonders bei dem Selbstmanagement chronischer Erkrankung – setzt jedoch „unverzerrte und verlässliche Informa-

124 Dabei ist auch das Thema „Qualifikation“ zu beachten. Die Mitarbeiter der institutionalisierten Nutzerinformation benötigen einerseits eine solide (medizinische, gesundheitswissenschaftliche, pflegewissenschaftliche, juristische) Fachqualifikation, die im 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, also gewissermaßen eine Doppelqualifikation aufweisen, wie sie in manchen gesundheitsbezogenen Studiengängen auch vermittelt wird. Der Nachweis fundierter Interventionskompetenz ist umso wichtiger als das Niveau der fachlichen Auseinandersetzung und Anwendung einschlägiger Interventionsstrategien in diesem Bereich noch verbesserungsbedürftig ist. Ähnliches gilt unter fachlichen Gesichtspunkten.

tionen, die auf dem aktuellen medizinischen Wissensstand beruhen (also evidenzbasierte Informationen)“ (Klemperer et al. 2010: 66) voraus. Die Kriterien dafür sind mittlerweile erarbeitet worden (Hölling et al. 2011; Steckelberg et al. 2011), haben aber noch nicht durchgängig Eingang in die Praxis gefunden. Nicht jede Information weist für Patienten bzw. 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 verständlich dargestellt (ebd.). Auch zur Sicherung der Nutzerfreundlichkeit von (evidenzbasierter) Gesundheitsinformation wurden inzwischen Qualitätskriterien festgelegt (Übersicht siehe Hölling et al. 2011), doch bislang liegen kaum Instrumente vor, die die verschiedenen Qualitätsanforderungen für Nutzer transparent nachvollziehbar und anwendbar machen (Schaefer 2011).

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 (Hirschberg 2011; Borutta et al. 2011). 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.

160. 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 auch hier 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 an anzulaufenden 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.

161. Angesichts der rasanten Entwicklung der internetbasierten Information hält der Rat es für 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.

162. 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 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 (Haslbeck/Schaeffer 2007; Lorig/Holman 2003; Müller-Mundt 2008; GA 2003). 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 (ebenda, Boyer/Lutfey 2010; Schaeffer/Moers 2011; Müller-Mundt 2011; Lorig/Haslbeck 2011). Auch die international vorliegenden Erkenntnisse über Merkmale und Wirksamkeit patientenfokussierter Interventionen (Coulter 2006) bedürfen hierzulande stärkerer Berücksichtigung. Ähnliches gilt für vorliegende Erkenntnisse dazu, in welchen Phasen des Krankheitsverlaufs welche Interventionsart angezeigt ist, wann etwa Patienten bzw. Nutzer aufnahmebereit für Information sind, wann sie für Bildung und Edukationsangebote aufgeschlossen sind und in welchen Phasen sie eher protektive Unterstützungsstrategien benötigen.

Schließlich bedarf es intensiverer Beachtung, dass ressourcenschwache Patientengruppen besondere Formen der Unterstützung benötigen.¹²⁵ Für sie sind neben Information und Bildung ergänzend Begleitung, Coaching und Case Management nötig – Interventionsformen, die in den letzten Jahren vermehrt Eingang in den Versorgungsalltag finden, aber einer noch breitenwirksameren Basis bedürfen.

163. 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 (z. B. IQWiG, UPD, Netzwerk evidenzbasierte Medizin), um die erheblichen Lücken in der Patienteninformation durch qualitativ gute, abgestimmte Angebote zu schließen und so den Qualitätswettbewerb zu fördern.

¹²⁵ Ebenso ist es gerade mit Blick auf diese Nutzergruppe erforderlich, die Information und Beratung durch die Gesundheitsprofessionen zu verbessern - vor allem der Hausärzte als der zentralen Anlaufstellen von Patienten und Nutzern, doch auch der Pflege, die in bestimmten Phasen des Krankheitsverlaufs oft sehr engen Kontakt zu Patienten und Nutzern haben.

3.4 Literatur

- Adler, G. und von dem Knesebeck, J.-H. (2011): Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung, Bundesgesundheitsblatt 54(2): 228-237.
- Adler, G. und von dem Knesebeck, J.-H. (2010): Gesundheitsfachberufe. Auf akademischen Wegen, Deutsches Ärzteblatt 107(9): A386-390.
- Afentakis, A. und Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025, Wirtschaft und Statistik (11): 990-1002.
- Afentakis, A., Pfaff, H. und Maier, T. (2012): Projektionen des Personalbedarfs und angebots in Pflegeberufen: Daten und Ziele, Sozialer Fortschritt 61(2/3): 49-52.
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2011a): Klassifikation der Berufe 2010 – Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen, Nürnberg.
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2011b): Arbeitsmarktberichterstattung Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland, Nürnberg.
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2011c): Arbeitsmarkt nach Berufen. Arbeitsmarkt in Zahlen – Arbeitsmarkt-statistik (März 2011), Nürnberg.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2011): Statistik 2010, Berlin.
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (Hrsg.) (2010): Rahmenvereinbarung gemeinsame Servicestellen in der Fassung vom 01. Juli 2010, Frankfurt: BAR.
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (Hrsg.) (2011): Dritter Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen nach § 24 Abs. 2 SGB IX vom 16. Februar 2011 für den Zeitraum vom 1. Juli 2007 bis 30. Juni 2010, Frankfurt: BAR.
- Bastian, H., Waltering, A. und Zschorlich B. (2010): Gesundheitsinformation.de und Informationsbedürfnisse: Aktueller Stand und Herausforderungen, Public Health Forum 18(3): 11.e1-11.e3.
- Bauer, U., Rosenbrock, R. und Schaeffer, D. (2005): Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen – gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit, in: Badura, B. und Iseringhausen, O. (Hrsg.), Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation: Beiträge aus der Versorgungsforschung, Bern: Hans Huber: 187-201.
- Bausch, M. (2004): Ärztinnen und Ärzte. Facharztmangel droht, Bonn: Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesagentur für Arbeit.
- BBT (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie) (2010): Politischer Steuerungs- und Koordinationsbedarf zur Umsetzung der Bildungssystematik und zur Sicherstellung eines bedarfs-orientierten Bildungsangebotes bei den Pflegeberufen auf Ebene Bund und Kantone (Bericht im Auftrag des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements, EVD), Bern.
- Becker, A. und Beck, U. (2010): Personalausstattung und Ergebnisqualität, Die Schwester/Der Pfleger (1).
- Behrens, J., Görres, S., Schaeffer, D., Bartholomeyczik, S. und Stemmer, R. (2012): Agenda Pflegeforschung für Deutschland, Halle.
- Beresford, P. (2007): User involvement, research and health inequalities: developing new directions, Health & Social Care in the Community 15 (4): 306-312.
- Berger, T. (2009): Meet the E-Patient: Chancen und Risiken des Internets für das Verhältnis von Gesundheitsfachleuten und ihren Klienten, in: Kryspin-Exner, I. und Stetina, B. (Hrsg.), Gesundheit und Neue Medien: Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien, Wien: Springer Verlag: 73-83.
- Berkermann, U., Eckert-Kömen, J., Heffels, A., Kramer-Huber, K., Matuschke, M. und Steiner, M. (2007): Die Gesundheitsbranche: Dynamisches Wachstum im Spannungsfeld von Innovation und Intervention, Düsseldorf/Basel: IKB, Prognos.
- Berkman, N., Sheridan, S., Donahue, K., Halpern, D. und Crotty, K. (2011): Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review, Annals of Internal Medicine 155(2): 97-107.

- Binder, S. (1999): Effizienz durch Wettbewerb im Gesundheitswesen, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bayreuth: PCO Bayreuth.
- Birch, S. (2002): Health human resource planning for the new millennium: inputs in the production of health, illness and recovery in populations, *Canadian Journal of Nursing Research* 33(4): 109-114.
- Blum, K. und Grohmann, J. (2009): Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen, *Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstituts*, Düsseldorf.
- Blum, K. und Löffert, S. (2010): Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen, *Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft*, Düsseldorf.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2011): Prozesskettenanalyse im Bereich „Trägerübergreifendes persönliches Budget“ und „Gemeinsame Servicestellen“, Endbericht, *Forschungsbericht Sozialforschung* 416, Bonn.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2011a): Daten des Gesundheitswesens 2011, Berlin.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2011b): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des BMG von Infratest Sozialforschung München. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung) (Hrsg.) (2004): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung [www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebericht/ Dritter_Pflegebericht.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebericht/Dritter_Pflegebericht.pdf) (Stand 30.05.2012).
- Böhm, K. (2010): Demografischer Wandel als Chance für die Gesundheitswirtschaft, *Bundesgesundheitsblatt* 53(5): 460-473.
- Bölt, U. (2011): Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2008, in: Klauber, J. et al. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report – Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb*, Stuttgart: Schattauer: 285-318.
- Borgetto, B. (2004): Selbsthilfe und Gesundheit: Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven in der Schweiz und in Deutschland, Bern: Hans Huber.
- Borutta, B., Seidel, G., Dreier, M., Kramer, S., Kreusel, I., Helmstädter, J., Töppich, J., Bitzer, E.-M., Dierks, M.-L. und Walter, U. (2011): Systematische Bewertung von Gesundheitsinformationen aus Experten und Nutzerperspektive, in: GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.) (Hrsg.), *Gesundheitsinformationen in Deutschland: Eine Übersicht zu Anforderungen, Angeboten und Herausforderungen*, Köln: GVG (67): 37-48.
- Boyer, C.A. und Lutfey, K.E. (2010): Examining critical health policy issues within and beyond the clinical encounter: patient-provider relationships and help-seeking behaviors, *Journal of Health and Social Behavior* 51 (Supplement): S80-93.
- Braun, B. und Müller, R. (2005): Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern, *Pflege & Gesellschaft* 10(3): 131-141.
- Breyer, F., Zweifel, P. und Kifmann, M. (2005): *Gesundheitsökonomik*, 5. Aufl., Berlin und Heidelberg: Springer.
- Bühren, A. (2010): Ärztinnen und Ärzte im Gleichgewicht: Beruf, Familie, Freizeit und Gesundheit, in: Angerer, P. und Schwartz, F.W. (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen* (Reihe: Report Versorgungsforschung, Band 2), Köln: Deutscher Ärzte Verlag: 17-28.
- Bürger, C. (2003): *Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen*, Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Bury, M. (2009): Chronische Krankheit als biografischer Bruch, in: Schaeffer, D. (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*, Bern: Hans Huber: 75-90.
- Buxel, H. (2009): Motivation, Arbeitsplatzzufriedenheit und Jobwahlverhalten von Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden der Humanmedizin: Ergebnisse zweier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern, Münster.
- Charmaz, K. (2000): Experiencing chronic illness, in: Albrecht, G., Fitzpatrick, R. und Scrimshaw, S. (Hrsg.), *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*, London: Sage, 277-292.

- Coulter, A. (2006): Examining health expectations, *Health Expectations* 9(1): 1-2.
- Coulter, A. und Ellins, J. (2007): Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients, *BMJ* 335(7609): 24-27.
- Coulter, A. und Fitzpatrick, R. (2000): The patient's perspective regarding appropriate health care, in: Albrecht, G., Fitzpatrick, R. und Scrimshaw, S. (Hrsg.), *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*, London: Sage: 454-464.
- Coulter, A. und Jenkinson, C. (2005): European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers, *European Journal of Public Health* 15(4): 355-360.
- Coulter, A. und Magee, H. (2005): Zentrale Bedürfnisse von Patienten in Europa, in: Badura, B. und Iseringhausen, O. (Hrsg.), *Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation: Beiträge aus der Versorgungsforschung*, Bern: Hans Huber: 37-62.
- DAK/BGW (Deutsche Angestellten-Krankenkasse/Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.) (2003): *BGW-DAK Gesundheitsreport 2003. Altenpflege, Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege*, Hamburg.
- DAK/BGW (Deutsche Angestellten-Krankenkasse/Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.) (2005): *DAK-BGW Gesundheitsreport 2005: Stationäre Krankenpflege*, Hamburg.
- DAK/BGW (Deutsche Angestellten-Krankenkasse/Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.) (2006): *BGW-DAK Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten*, Hamburg.
- Dalferth, M. (2006): Gemeinsame Servicestellen: Plädoyer für die Besetzung der Servicestellen mit Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen, *Soziale Arbeit* 55(5): 183-187.
- DAR (Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V.) (2009): *Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland*, Bonn.
- Darby, M. und Karni, E. (1973): Free Competition and the Optimal Amount of Fraud, *The Journal of Law and Economics* (16): 67-88.
- de Cruppé, W. und Geraedts, M. (2011): Wie wählen Patienten ein Krankenhaus für elektive Eingriffe?, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 54(8): 951-957.
- Deutscher Bundestag (2011a): *Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (BT-Drucksache 17/6000)*, Berlin.
- Deutscher Bundestag (2011b): *Öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“ (BT-Drucksache 17/6000) – Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Wortprotokoll der 46. Sitzung*, Berlin.
- DGP (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft) (2006): *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft zu ausgewählten Aspekten der Umstrukturierung von pflegebezogenen Studiengängen zu Bachelor- und Masterstudienangeboten aus pflegewissenschaftlicher Sicht*.
- Dierks, Ch., Felder, S. und Wasem, J. (2010): *Mezzanine – Märkte in der Krankenversicherung: Ein Zugang zu innovativen Gesundheitsleistungen*, Baden-Baden.
- Dierks, M.-L. (2009a): Einrichtungen zur Patienten- und Verbraucherberatung: Bedarf und Nutzung, in: Böcken, J., Braun, B. und Landmann, J. (Hrsg.), *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung: 59-80.
- Dierks, M.-L. (2009b): Patientenuniversität: Wege zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz und Beteiligung, in: Mozygemba, K., Mümken, S., Krause, U., Zündel, M., Rehm, M., Höfling-Engels, N., Lüdecke, D. und Qurban, B. (Hrsg.), *Nutzerorientierung: ein Fremdwort in der Gesundheits-sicherung?* Bern: Huber: 93-106.
- Dierks, M.-L. (2012): Die Patientenuniversität: Krankheit als Lerngegenstand, in: Nittel, D. und Seltrecht, A. (Hrsg.): *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive*. Springer-Verlag.
- Dierks, M.-L. und Schwartz, F.W. (2000): Patienten, Versicherte, Bürger: die Nutzer des Gesundheitswesens., in: Schwartz, F.W. (Hrsg.), *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*, München: Urban & Fischer, 314-321.

- Dierks, M.-L. und Seidel, G. (2009): Angebot und Nachfrage nach kritischer Gesundheitsbildung: Erfahrungen aus der ersten Patientenuniversität in Deutschland, in: Klusen, N., Fließgarten, A. und Nebeling, T. (Hrsg.), *Informiert und selbstbestimmt: Der mündige Bürger als mündiger Patient*. 1 Aufl., Baden-Baden: Nomos: 379-393.
- Dierks, M.-L., Lerch, M., Mieth, I., Schwarz, G. und Schwartz, F.W. (2002): Wie können Patienten gute von schlechten Informationen unterscheiden? Qualität und Qualitätssicherung als Aufgabe von Anbietern und Nutzern, *Der Urologe* 42(1): 30-34.
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2011): Zahlen, Daten, Fakten: Juli 2011. Düsseldorf: DKG.
- DKI (Deutsches Krankenhausinstitut e.V) (2011): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2011, Düsseldorf.
- Drösler, S., Hasford, J., Kurth, B.M., Schaefer, M., Wasem, J. und Wille, E. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Bonn.
- DRV Berlin-Brandenburg/DRV Bund (Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg/Deutsche Rentenversicherung Bund) (2009): Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation im Dialog. Fortentwicklung der Arbeit in den Gemeinsamen Servicestellen in Berlin und Brandenburg 01.01. – 31.12.2008, Abschluss-Bericht.
- Dussault, G., Buchan, J., Sermeus, W. und Padaiga, Z. (2010): Analyse des zukünftigen Personalbedarfs im Gesundheitswesen, Kopenhagen.
- Ellenbecker, C.H. (2010): Preparing the Nursing Workforce of the Future, *Policy, Politics & Nursing Practice* 11(2): 115-125.
- Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K. et al. (2007): High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 175: 698-704.
- Enste, D. (2011): *Pflegewirtschaft 2011: Wertschöpfung, Beschäftigung und fiskalische Effekte*, Köln.
- Enste, D. und Pimpertz, J. (2008): Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050, *IW-Trends* 35(4): 1-16.
- Ernst & Young (2009): *Gesundheitsbarometer 2009: Verbraucherbefragung zur Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland*, [www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Gesundheitsbarometer/\\$FILE/Studie_Gesundheitsbarometer_2009.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Gesundheitsbarometer/$FILE/Studie_Gesundheitsbarometer_2009.pdf) (Stand 30.5.2012).
- Ernst & Young (2011): *Stationärer Pflegemarkt im Wandel. Gewinner und Verlierer 2020*, Mannheim.
- Eurostat (2011): *Ärzte nach medizinischer Fachrichtung*, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> (Stand 21.10.2011).
- Eva, K.W., Reiter, H.I., Trinh, K., Wasi, P., Rosenfeld, J. und Norman, G.R. (2009): Predictive validity of the multiple mini-interview for selecting medical trainees, *Medical Education* 43: 767-775.
- Evers, A., Hämel, K. und Kraft, K. (2010): Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: welchen Beitrag können Unternehmen leisten? NDV (Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge) (10): 447-452.
- Ewers, M. (2010): Vom Konzept zur klinischen Realität: Desiderata und Perspektiven in der Forschung über die technikintensive häusliche Versorgung in Deutschland, *Pflege & Gesellschaft* 15(4): 314-329.
- Ewers, M. und Schaeffer, D. (2012): Aufgaben der Patientenberatung, in: Schaeffer, D. und Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.), *Lehrbuch Patientenberatung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*, Bern: Huber, 87–107.
- Finanztest (2010): *Besser als die Banken, Praxistest Krankenkassen, Gesundheit und Versicherungen* (9)
- Frerichs, F., Freundlieb, A., Krämer, K., Sporket, M. und Wienold, K. (2004): *Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege*, Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie.
- GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2010): *An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte (Anzahl): Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, Teilnahmestatus, Arzt-gruppe*.

- GBE Bund Informationssystem (o.J.): Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de (Stand 25.03.2011).
- Geiger, D. (2005): Die rechtliche Organisation kollektiver Patienteninteressen, Berlin, Heidelberg, Mannheim: Springer-Verlag.
- Geraedts, M., Holle, B., Vollmar, H.C. und Bartholomeyczik, S. (2011): Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Pflege: Aktuelle Entwicklungen und Besonderheiten, Bundesgesundheitsblatt 54(2): 185-193.
- Gerlach, F.M., Beyer, M. und Erler, A. (2011): Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens: Zukunftskonzept des Sachverständigenrats., in: Günster, C., Klose, J. und Schmacke, N. (Hrsg.), Versorgungs-Report 2011: Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen, Stuttgart: Schattauer, 29-40.
- Gerlach, R. und Tauscher, M. (2011): Mythos Überversorgung: Wie ist die Lage wirklich? KVB FORUM (10): 6-11.
- Gesundheitsforschungsrat (2010): Beschluss Gesundheitsfachberufe, 27. Sitzung des Gesundheitsforschungsrats am 3. Februar 2010. www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/27_Gesundheitsfachberufe_Beschluss.pdf (Stand 30.09.2011).
- Gesundheitsforschungsrat (2011): Empfehlung Forschung in den Gesundheitsfachberufen – Potentiale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland, 29. Sitzung des Gesundheitsforschungsrats am 08. Dezember 2011. www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/GFR-Empfehlung_Gesundheitsfachberufe.pdf (Stand 25.03.2012).
- Gewiese, T., Leber, U. und Schwengler, B. (2003): Personalbedarf und Qualifizierung im Gesundheitswesen: Ergebnisse des IAB-Betriebspanels und der IAB-Gesundheitswesensstudie, Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2): 150-165.
- Giesen, R. (2010): Wahltarife der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden.
- Gigerenzer, G.M.J. und Frank, R. (2009): Public Knowledge of Benefits of Breast and Prostate Cancer Screening in Europe, Journal of the National Cancer Institute 101(17): 1216-1220.
- Gostomzyk, J.G. (2006): Versorgungsleistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in: Hurrelmann, K., Laaser, U. und Razum, O. (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. Aufl., Weinheim/München: Juventa: 925-944.
- Gostomzyk, J.G. und Enke, M.C. (Hrsg.) (2007): Menschen für Gesundheit: Die Gesundheitsberufe, München.
- DAK/BGW (Deutsche Angestellten-Krankenkasse/Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege/Deutschen Angestellten-Krankenkasse) (Hrsg.) (2005): DAK-BGW Gesundheitsreport 2005: Stationäre Krankenpflege, Hamburg.
- Günther, O.H., Kürstein, B., Riedel-Heller, S.G. und König, H.H. (2010): The role of monetary and non-monetary incentives on the choice of practice establishment: a stated preference study of young physicians in Germany, Health Services Research 45: 212-229.
- GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.) (Hrsg.) (2011): Gesundheitsinformationen in Deutschland: Eine Übersicht zu Anforderungen, Angeboten und Herausforderungen, Köln: GVG.
- Hackmann, T. (2010): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer, Sozialer Fortschritt 59(9): 235-244.
- Hackmann, T. und Moog, S. (2010): Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage, Zeitschrift für Sozialreform 56(1): 113-137.
- Hampe, W. und Hissbach, J. (2010): Auswahlverfahren für das Medizinstudium: Kein Ersatz für die Abiturnote, Deutsches Ärzteblatt 107(26): 1298.
- Hampe, W., Hissbach, J., Kadmon, M., Kadmon, G., Klusmann, D. und Scheutzel, P. (2009): Wer wird ein guter Arzt? Verfahren zur Auswahl von Studierenden der Human- und Zahnmedizin, Bundesgesundheitsblatt 52: 821-830.
- Hamric, A.B., Spross, J.A. und Hanson, C.M. (2008): Advanced nursing practice: an integrative approach, Philadelphia: W.B. Saunders.

- Hart, D. (2011): Patientenrechte – Belastung der Arzt-Patient-Beziehung? Ein Plädoyer für gute Organisation und Gesetzesregelung, in: Hoefert, H.-W. und Klotter, C. (Hrsg.), Wandel der Patientenrolle: Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen: Hogrefe: 117-131.
- Haslbeck, J. und Schaeffer, D. (2007): Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen, *Pflege* 20(2): 82-92.
- Hasselhorn, H.-M., Tackenberg, P., Büscher, A., Stelzig, S., Kümmerling, A. und Müller, B.H. (2005): Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland, in: Hasselhorn, H.-M., Müller, B.H., Tackenberg, P., Kümmerling, A. und Simon, M. (Hrsg.), Berufsausstieg bei Pflegepersonal, Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa, Dortmund/Berlin/Dresden: 135-146.
- Hauss, F. (2006): Versichertenberatung durch Callcenter der Krankenkassen, in: Schaeffer, D. und Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.), Lehrbuch Patientenberatung, Bern: Hans Huber: 237-246.
- Heider, D., Roick, C., Günther, O.H., Kürstein, B. et al. (2011): Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland, Vortrag auf der Jahrestagung 2011 der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Bayreuth 21./22.03.2011, Hamburg/Bayreuth.
- Heinz, A. und Jacob, R. (2012): Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven, *Bundesgesundheitsblatt* 55: 245-253.
- Helmrich, R. und Zika, G. (Hrsg.) (2010): Beruf und Qualifikation in der Zukunft, BIBB-IAB-Modellrechnungen zu den Entwicklungen in Berufsfeldern und Qualifikationen bis 2025, Bielefeld.
- Herber, O.R., Schnepf, W. und Rieger, M.A. (2008): Developing a Nurse-Led Education Program to Enhance Self-Care Agency in Leg Ulcer Patients, *Nursing Science Quarterly (NSQ)* 21: 150-155.
- Hillienhof, A. (2011): Mittelhessen: Neues Konzept für den Bereitschaftsdienst, *Deutsches Ärzteblatt* 107(5): 98.
- Hirschberg, I. (2011): Bewertung und Wirkung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen - die Perspektive der Nutzer. Public Health Magisterarbeit. Reihe "Patientenorientierung und Gesundheitskompetenz" der Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, in: Seidel, G. und Dierks, M.-L. (Hrsg.), Patientenorientierung und Gesundheitskompetenz. Band 1. München: Grin Verlag.
- HLS-EU (2011): The European Health Literacy Survey: Executive summary, Executive Agency for Health and Consumers (Hrsg.).
- Hömann, U. (2009): Pflegestützpunkte als Brücken im System: Anmerkungen zu Vernetzungschancen, *Pflege & Gesellschaft* 14(3): 215-236.
- Hölling, G., Schmidt, H. und Thelen, M. (2011): gesundheitsziele.de: Qualitätskriterien für Gesundheitsinformationen - Eine Checkliste für Bürger/innen und Patient/innen, in: GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.) (Hrsg.), Gesundheitsinformationen in Deutschland: Eine Übersicht zu Anforderungen, Angeboten und Herausforderungen, Köln: GVG (67), 31-36.
- Horch, K., Ryl, L., Hintzpeter, B. und Dierks, M.-L. (2011): Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen: Die Nutzerperspektive, *GBE kompakt* (2), Robert Koch-Institut (Hrsg.).
- IAB (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit) (2007): Fachkräftebedarf: Engpässe, aber noch kein allgemeiner Ingenieurmangel, IAB Kurzbericht Nr. 16 vom 04.09.2007, Nürnberg.
- Imhof, L., Abderhalden, C., Cignaggo, E. et al. (2008): Swiss Research Agenda for Nursing (SRAN): Die Entwicklung einer Agenda für die klinische Pflegeforschung in der Schweiz, *Pflege* 21: 252-261.
- Initiative D21 (2010): (N)Onliner Atlas 2010: Eine Topographie des digitalen Grabens durch Deutschland: Nutzung und Nichtnutzung des Internets, Strukturen und regionale Verteilung, www.initiaved21.de/wp-content/uploads/2010/06/NONLINER2010.pdf (Stand 30.5.2012).
- Initiative D21 (2011): (N)Onliner Atlas 2011: Eine Topographie des digitalen Grabens durch Deutschland: Nutzung und Nichtnutzung des Internets, Strukturen und regionale Verteilung, www.initiaved21.de/wp-content/uploads/2011/07/NOnliner2011.pdf (Stand 30.5.2012).

- INQUA (Initiative Neue Qualität der Arbeit) (Hrsg.) (2007): Für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege: Leitgedanken einer Gesunden Pflege, Memorandum, Dortmund/Dresden.
- INQUA-Pflege (Initiativkreis „Gesund Pflegen“ der Initiative Neue Qualität der Arbeit) (Hrsg.) (2008): Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Pflege fördern, Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Isfort, M. und Weidner, F. (2007): Pflege-Thermometer 2007: Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus, Köln.
- Isfort, M., Weidner, F., Neuhaus, A., Kraus, S., Köster, V., Gehlen, D. und Brühe, R. (2011): Zur Situation des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern: Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2009, *Pflege & Gesellschaft* 16(1): 5-19.
- Isfort, M., Weidner, F., Neuhaus, A., Kraus, S., Köster, V.-H. und Gehlen, D. (2010): Pflege-Thermometer 2009: Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus, Köln.
- IWD (Institut der deutschen Wirtschaft) (2011): Doppeltes Demografieproblem, *iwdienst* (12): 7.
- Jacobs, K. und Kip, C. (2009): Die ambulante ärztliche Profession: ein Beruf im Wandel, *Gesundheit + Gesellschaft Wissenschaft (GGW)* 9(14): 7-15.
- Jähn, K. (2010): Webportale für Gesundheit, *Public Health Forum* 18(3): 9.e1-9.e3.
- Joost, A., Kipper, J. und Tewolde, T. (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern, www.iwak-frankfurt.de/documents/AbschlussBerufsverlaeufe.pdf (Stand 24.03.2011).
- Kälble, K. (2008): Die Gesundheitsfachberufe im Akademisierungsprozess, in: Matzick, S. (Hrsg.), *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen: Herausforderungen und Perspektiven*, Weinheim/München: Juventa: 195-212.
- Karlheim, C. und Schmidt-Kaehler, S. (2012): Die Internetrevolution: Implikationen für die Patientenberatung, in: Schaeffer, D. und Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.), *Lehrbuch Patientenberatung*. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern: Huber, 133-144.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2011): Pressemitteilung vom 08.07.2011, Berlin.
- Kessler, H. (2008): Burn-out bei Ärzten und Pflegekräften auf Intensivstationen, *Der Anaesthetist* 57(5): 513-515.
- Kickbusch, I. und Marstedt, G. (2008): Gesundheitskompetenz: eine unterbelichtete Dimension sozialer Ungleichheit, in: Böcken, J., Braun, B. und Amhof, R. (Hrsg.), *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung: 12-28.
- Kickbusch, I., Maag, D. und Saan, H. (2005): Enabling healthy choices in modern health societies: Background paper for the European Health Forum Bad Gastein.
- Kleina, T., Brause, M., Horn, A., Wingenfeld, K. und Schaeffer, D. (2012): Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe: Eine empirische Bestandsaufnahme, Abschlussbericht, Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Klemperer, D. (2009): Interessenkonflikte der Selbsthilfe durch Pharma-Sponsoring, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 52(1): 71–76.
- Klemperer, D. und Dierks, M.-L. (2011): Evidenzbasierte Medizin und Qualitätssicherung medizinischer Leistungen: Erfahrungen und Einschätzungen der Bürger, in: Böcken, J., Braun, B. und Reipschläger, U. (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2011: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung: 32-55.
- Klemperer, D., Lang, B., Koch, K., Bastian, H., Brunsmann, F., Burkhardt, M., Dierks, M.-L., Ehrmann, U., Günther, J., Härter, M., Mühlhauser, I., Sängler, S., Simon, D. und Steckelberg, A. (2010): Die ‚Gute Praxis Gesundheitsinformation‘, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 104(1): 66-68.
- Klose, J. und Rehbein, I. (2010): Ärztliche Versorgung: Mangel oder Allokationsproblem? In: Günster, C., Klose, J. und Schmacke, N. (Hrsg.), *Versorgungsreport 2011*, Stuttgart: Schattauer: 199-226.
- Klose, J., Uhlemann, T., Gutschmidt, S. (2003): Ärztemangel – Ärzteschwemme? Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung, *WIdO-Materialien* 48, Bonn: WIdO.

- Klug Redman, B. (2008): Selbstmanagement chronisch Kranker: Chronisch Kranke gekonnt einschätzen, informieren, beraten und befähigen, Bern: Hans Huber.
- König, H.H., Günther, O.H. und Kürstein, B. (2011): Anreize für die Niederlassung: Eine Befragung junger Ärztinnen und Ärzte zeigt, dass diese mit finanziellen Anreizen allein nicht zu einer Niederlassung auf dem Land zu bewegen sind, Deutsches Ärzteblatt 108(9): B358-359.
- Kopetsch, T. (2003): Ärztinnen: Potenziale werden (noch) nicht genutzt, Deutsches Ärzteblatt 100(14): A891-895.
- Kopetsch, T. (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus: Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung (5. Auflage), Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Körner, T. und Busse, R. (2001): Mitarbeiterzufriedenheit und Pflegequalität, in: Arnold, M., Klauber, J. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhausreport, Stuttgart: Schattauer Verlag: 155-166.
- Kranich, C. (2012): Patientenunterstützung in Verbraucherzentralen, in: Schaeffer, D. und Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.), Lehrbuch Patientenberatung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern: Huber: 211-219.
- Krause, H. und Schaeffer, D. (2005): Unabhängige Patientenberatung und Nutzerinformation in Deutschland: Resultate des dreijährigen Modellvorhabens nach § 65 b SGB V, Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 5(1): 14-22.
- Kray, R. (2010): Achtung: Patientendämmerung online!, in: Koch, C. (Hrsg.), Achtung: Patient online! Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren, Wiesbaden: Gabler Verlag: 5-18.
- Krombholz, W. (2011): Hausärztliche Versorgung unter der Lupe. Wie sieht die hausärztliche Versorgungssituation in Bayern tatsächlich aus? Präsentation auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, am 06. Juli 2011, München.
- Kuhlmey, A. (2009): Chronische Krankheit in der Lebensphase Alter, in: Schaeffer, D. (Hrsg.), Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, Hans Huber, Bern: 357-368
- Kuhlmey, A. und Schaeffer, D. (Hrsg.) (2008): Alter, Gesundheit und Krankheit, Hans Huber, Bern:
- Kuhlmey, A., Höppner, K. und Schaeffer, D. (2011): Neue Aufgabenzuschnitte, Arbeitsteilungen und Kooperationsformen, in: Schaeffer, D. und Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Neuauflage, Weinheim: Juventa: 661-679.
- KV Mecklenburg-Vorpommern (Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern) (2011): Stellungnahme der KV Mecklenburg-Vorpommern zur hausärztlichen Versorgung, Tischvorlage vom 17.11.2011, Schwerin.
- Landtag NRW (Hrsg.) (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW: Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Levenson, R., Atkinson, S. und Shepherd, S. (2010): The 21st century doctor: Understanding the doctors of tomorrow, London: The King's Fund.
- Lorig, K. und Haslbeck, J. (2011): Gesund und aktiv mit chronischer Krankheit leben, Zürich: Careum.
- Lorig, K.R. und Holman, H. (2003): Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms, Annals of Behavioral Medicine 26(1): 1-7.
- Loss, J. und Nagel, E. (2009): Probleme und ethische Herausforderungen bei der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (52): 502–511.
- MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) (Hrsg.) (2010): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2010: Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Marburger Bund (2011): Ergebnisse der Mitgliederbefragung vom Februar 2011, Berlin.
- Marstedt, G. (2007): Transparenz in der ambulanten Gesundheitsversorgung: Patienten auf der Suche nach einem „guten Arzt“, in: Böcken, J., Braun, B. und Amhof, R. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung: 11-34.

- Marstedt, G. und Klemperer, D. (2009): Lesen Sie den Beipackzettel? Patientenwünsche zur Arzneimittelinformation, Bertelsmann Gesundheitsmonitor, Newsletter 2/2009.
- McHugh, M., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J.P., Sloane, D.M. und Aiken, L.H. (2010): Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care, *Health Affairs* 30(2): 202-210.
- McWilliam, C.L. (2009): Patients, persons or partners? Involving those with chronic disease in their care., *Chronic Illness* 5(4): 277-292.
- Michell-Auli, P. (2012): Was leisten Pflegestützpunkte?, in: Schaeffer, D. und Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.), *Lehrbuch Patientenberatung, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*, Bern: Huber: 245-254.
- Michell-Auli, P., Strunk-Richter, G. und Tebest, R. (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung: Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“ inklusive Empfehlungen des Beirates zum Weiterentwicklungsbedarf, Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Mladovsky, P. und Leone, T. (2010): Specialist human resources for health in Europe: are we ready? *Euro-Observer, The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies* 12(2).
- Müller-Mundt, G. (2008): Bewältigungsherausforderungen des Lebens mit chronischem Schmerz: Anforderungen an die Patientenedukation, *Pflege & Gesellschaft* 13(1): 32-48.
- Müller-Mundt, G. (2011): Patientenedukation als Aufgabe der Pflege, in: Schaeffer, D. und Wingenfeld, K. (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft*, Weinheim: Juventa: 705-726.
- Müller-Mundt, G. und Ose, D. (2005): Beratung im Gesundheits- und Sozialwesen in Nordrhein-Westfalen: Strukturen und Schwerpunkte. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Müller-Mundt, G. und Schaeffer, D. (2011): Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit im Alter: Förderung des Selbstmanagements als Aufgabe der Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 44(1): 6-12.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, S., Leibson, C.L., Stefens, M.S. und Harris, M. (2011): Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality, *New England Journal of Medicine* 364(11): 1037-1045.
- Nelson, P. (1970): Information and Consumer Behavior, *The Journal of Political Economy* 78(2): 311-329.
- Niekusch, U. und Wagner, C. (2012): Unabhängige zahnärztliche Verbraucher- und Patientenberatung, in: Schaeffer, D. und Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.), *Lehrbuch Patientenberatung, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*, Bern: Huber: 233-244.
- Oberlander, W., Eggert, K., Faßmann, H., Merz, B., Moumdjiev, M., Drebing, A., Peter, E., Moczall, A. und Wasilewski, R. (2010): Sicherung der ärztlichen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Ärztinnen und Ärzten im Auftrag der Ludwig-Sievers-Stiftung, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- OECD (2011): *Health Data: July 2011*, Paris.
- Oorschot, W. van und Arts, W. (2005): The social capital of European welfare states: the crowding out hypothesis revisited. *Journal of European Social Policy* 15: 5-26.
- Oschmiansky, H. (2010): Wandel der Erwerbsformen in einem Frauenarbeitsmarkt: das Beispiel "Altenpflege", *Zeitschrift für Sozialreform* 56(1): 31-57.
- Ose, D. (2011): Patientenorientierung im Krankenhaus: Welchen Beitrag kann ein Patienten-Informations-Zentrum leisten?, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ostwald, D.A., Ehrhard, T., Brunsch, F., Schmidt, H. und Friedl, C. (2010): Fachkräftemangel: Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, Darmstadt/Frankfurt a. M.
- Paquet, R. (2011.): Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge: Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive, Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- Petermann, F. (1998): *Compliance und Selbstmanagement*, Göttingen: Hogrefe.

- Pfeuffer, F., Engel, H. und Engels, D. (2004): Einrichtung und Arbeitsweise gemeinsamer Servicestellen für Rehabilitation: Wissenschaftliche Begleitforschung des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Integrierter Abschlussbericht, Otto-Blume-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e. V. (Hrsg.), Köln.
- Poetzsch, B. (2008): Professionalism in Physician Assistant Education: A Modified Delphi Study, Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
- Pohl, C. (2010): Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Deutschland: Modellrechnungen für die Bundesländer bis zum Jahr 2020. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 35(2): 357-377.
- Pohl, C. (2011a): Demografischer Wandel und der Arbeitsmarkt für Pflege in Deutschland: Modellrechnungen bis zum Jahr 2030, Pflege & Gesellschaft 16(1): 36-52.
- Pohl, C. (2011b): Der zukünftige Bedarf an Pflegekräften in Nordrhein-Westfalen: Modellrechnungen auf Kreisebene bis zum Jahr 2030, Nürnberg (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung).
- Popp, M. (2011): Die Pflegeversicherung: Stand, Probleme und Prognose, Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L. et al. (2007): Burnout syndrome in critical care nursing staff, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 175(7): 698-704.
- Prideaux, D., Roberts, C., Eva, K., Centeno, A., McCrorie, P., McManus, C., Patterson, F., Powis, D., Tekian, A. und Wilkinson, D. (2011): Assessment for selection for the health care professions and specialty training: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference, Medical Teacher 33(3): 215-223.
- Prognos AG (2011a): Zweite Nutzerbefragung: Wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens nach § 65b SGB V, Berlin.
- Prognos AG (2011b): Patienten- und Bürgerbeteiligung in Gesundheitssystemen. Gute Praxis in ausgewählten Gesundheitssystemen, Düsseldorf.
- Prognos AG (2011c): Unabhängige Patientenberatung Deutschland: Endbericht zur Modellphase 2006 bis 2010: Wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V, Basel/Berlin.
- Rambøll Management (2004): Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland, Hamburg.
- Riedel, H.-P. (2008): Bericht über den Workshop „Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in der beruflichen Rehabilitation: Leistungsberechtigte im Dialog mit Leistungsträgern und Leistungserbringern“ vom 27.-29.10.08, www.fdst.de/aktuellesundpresse/aktuell/2008/selbstbestimmungberuflicherehabilitation/ (Stand 30.5.2012).
- Rieder, M. und Giesing, K. (2011): Der arbeitende Patient, in: Hoefert, H.-W. und Klotter, C. (Hrsg.), Wandel der Patientenrolle: Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen, Hogrefe: 17-32.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2006): Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen, 32, Berlin.
- Röber, M. und Hämel, K. (2011): Strukturprobleme bei der Implementierung von Pflegestützpunkten in Hessen, Pflege und Gesellschaft 16(2): 138-153.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2001): Pflege neu denken: zur Zukunft der Pflegeausbildung, Stuttgart: Schattauer.
- Roick, C., Heider, D., Günther, O.H., Kürstein, B., Riedel-Heller, S.G. und König, H.H. (2012): Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland, Gesundheitswesen 74: 12-20.
- Rosenbrock, R. (2002): Zur Bedeutung von Information und Beratung im Gesundheitswesen: Perspektiven für die Patienten- und Verbraucherberatung, Konferenzdokumentation, Bielefeld: 11-19.
- Rosta, J. (2007): Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland: Erste Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung im Herbst 2006, Deutsches Ärzteblatt 104(3): A2417-2413.
- Roth, G. (2002): Qualität in Pflegeheimen, Dortmund.

- Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R. und Sauer, S. (2010): BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege, St. Augustin: Asgard-Verlag, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse: 5.
- Rothgang, H., Kulik, D., Müller, R. und Unger, R. (2009): GEK-Pflegereport 2009: Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung, St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Rüschemeyer, D. (1972): Ärzte und Anwälte: Bemerkungen zur Theorie der Professionen, in: Luckmann, T. und Sprondel, W.M. (Hrsg.), Berufssoziologie, Köln: Kiepenheuer & Witsch: 168-181.
- RWI (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung) (2011): Pflegeheim Rating Report 2011: Boom ohne Arbeitskräfte? Essen.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Gutachten 2000/2001, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010): Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Sondergutachten 2009), Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2007): Das Erreichte nicht verspielen (JG 2007/2008), Wiesbaden.
- Salvatori, P. (2001): Reliability and validity of admissions tools used to select students for the health professions, *Advances in Health Sciences Education, Theory and Practice* 6(2): 159-175.
- Sänger, S. und Lang, B. (2011): Evidenzbasierte Patienteninformation, in: Hoefert, H.-W. und Klotter, C. (Hrsg.), Wandel der Patientenrolle: Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen, Hogrefe, 101–116.
- Sarasohn-Kahn, J. (2008): The Wisdom of Patients: Health Care Meets Online Social Media, www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/H/PDF%20HealthCareSocialMedia.pdf (Stand 30.5.2012).
- Schaefer, C. (2011): Gesundheitsinformationen aus dem Internet – worauf kann man sich verlassen?, in: GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.) (Hrsg.), Gesundheitsinformationen in Deutschland: Eine Übersicht zu Anforderungen, Angeboten und Herausforderungen, Köln: GVG (67): 61-67.
- Schaeffer, D. (2004): Der Patient als Nutzer: Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit, Bern: Hans Huber.
- Schaeffer, D. (2009): Bewältigung chronischer Erkrankung: Status Quo der Theoriediskussion, in: Schaeffer, D. (Hrsg.), Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, Bern: Hans Huber: 15-51.
- Schaeffer, D. und Dierks, M.-L. (2012): Patientenberatung in Deutschland, in: Schaeffer, D. und Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.), Lehrbuch Patientenberatung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern: Huber.
- Schaeffer, D. und Dierks, M.-L., Hurrelmann, K., Keller, A., Krause, H., Schmidt-Kaehler, S. und Seidel, G. (2005): Evaluation der Modellprojekte zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation, 1. Aufl., Bern: Huber, Programmbereich Gesundheit.
- Schaeffer, D. und Kuhlmeier, A. (2012): Neue Modelle für die pflegerische Versorgung alter Menschen: Herausforderungen in der ambulanten Pflege, in: Günster, C., Klose, J. und Schmacke, N. (Hrsg.), Versorgungs-Report 2012: Schwerpunkt: Gesundheit im Alter, Stuttgart: Schattauer: 177-192.
- Schaeffer, D. und Moers, M. (2011): Bewältigung chronischer Krankheiten: Herausforderungen für die Pflege, in: Schaeffer, D. und Wingenfeld, K. (Hrsg.), Handbuch Pflegewissenschaft, Weinheim: Juventa: 329-364.

- Schaeffer, D. und Müller-Mundt, G. (2012): Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischer Erkrankung. Herausforderungen und Unterstützungserfordernisse aus der Sicht der Gesundheitsprofessionen, *Pflege* 25(1): 33-48.
- Schaeffer, D. und Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.) (2012): *Lehrbuch Patientenberatung*, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern: Huber.
- Schaeffer, D. und Wingenfeld, K. (2011): Entwicklung von Pflegewissenschaft in Deutschland: Einleitung, in: Schaeffer, D. und Wingenfeld, K. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*, Neuausgabe, Weinheim: Juventa: 9-15.
- Schaeffer, D. und Wingenfeld, K. (2008): Qualität der Versorgung Demenzkranker: Strukturelle Probleme und Herausforderungen, *Pflege & Gesellschaft* 13(4): 293-305.
- Schmidt-Kaehler, S. (2005): Patienteninformation und -beratung im Internet: Transfer medien-theoretischer Überlegungen auf ein expandierendes Praxisfeld, *Medien & Kommunikationswissenschaft* 53(3): 471-485.
- Schmidt-Kaehler, S. und Knatz, B. (2012): Formen der Patientenberatung, in: Schaeffer, D. und Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.), *Lehrbuch Patientenberatung*, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern: Huber: 109-132.
- Schnabel, R. (2007): Zukunft der Pflege (INSM-Studie), [www.insm.de/insm/dms/insm/text/publikationen/studien/endbericht-zukunft-pflege/Endbericht Zukunft Pflege.pdf](http://www.insm.de/insm/dms/insm/text/publikationen/studien/endbericht-zukunft-pflege/Endbericht%20Zukunft%20Pflege.pdf) (Stand 14.06.2011).
- Schneekloth, U. und Wahl, H.W. (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten, Integrierter Abschlussbericht, München.
- Schober, M. und Affara, F.A. (2008): *Advanced nursing practice (ANP)*, Bern: Hans Huber.
- Schulte, E., Hermann, K., Berghöfer, A., Hagmeister, H., Schuh-Hofer, S., Schenk, M., Kopf, A., Vilain, M., Martus, P., Willich, S.N. und Boemke, W. (2010): Referral practices in patients suffering from non-malignant chronic pain, *European Journal of Pain* 14(3): 308.e1-308.e10.
- Sermeus, W., Aiken, L.H., van den Heede, K., Rafferty, A., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A.P., Bruyneel, L., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schubert, M., Schoonhoven, L. und Zikos, D. (2011): Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing* 10(1):6.
- Sieglen, G. (2011): Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalens, IAB-Regional Nordrhein-Westfalen 08/2011.
- Siegrist, J. (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit*, Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J. (2002): Effort-reward Imbalance at Work and Health, in: Perrewe, P.L. und Ganster, D.C. (Hrsg.), *Research in Occupational Stress and Well Being. Historical and Current Perspectives on Stress and Health*, Bd. 2, New York: Elsevier: 261-291.
- Siewert, U., Fendrich, K., Doblhammer-Reiter, G., Scholz, R.D., Schuff-Werner, P. und Hoffmann, W. (2010): Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demografischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern: Hochrechnung der Fallzahlen altersassoziierter Erkrankungen bis 2020 auf Basis der Study of Health in Pomerania (SHIP), *Deutsches Ärzteblatt International* 107(18): 328-334.
- Simon, A. (2010): *Der Informationsbedarf von Patienten hinsichtlich der Krankenhausqualität*, Wiesbaden: Gabler.
- Simon, M. (2008): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung, Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Hannover.
- Simon, M. (2012): Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Entwicklungstrends im Zeitraum 1999 bis 2009, *Pflege & Gesellschaft* 16(4): 339-372.
- Soellner, R., Huber, S., Lenartz, N. und Rudinger, G. (2009): Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff, *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 17(3): 105-113.

- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. und Brand, H. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, *BMC Public Health* (12): 80.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Presseexemplar, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010): Gesundheit – Personal 2000-2009, Fachserie 12 Reihe 7.3.2, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011): Grunddaten der Krankenhäuser 2009, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Steckelberg, A., Bunge, M., Gerlach, A. und Mühlhauser, I. (2011): Evidenzbasierte Patient(inn)en-informationen: Ausweg aus der fremdverschuldeten Unmündigkeit, in: GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.) (Hrsg.), *Gesundheitsinformationen in Deutschland: Eine Übersicht zu Anforderungen, Angeboten und Herausforderungen*, Köln: GVG (67): 17-24.
- Steinmann, L. und Telser, H. (2005): *Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft*, Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Stiftung Warentest (2004): Mehr schlecht als recht, *Journal Gesundheit* (3).
- Stiftung Warentest (2008): Falsch beraten, *Journal Gesundheit* (7).
- Stiftung Warentest (2010a): Bittere Pillen, *Journal Gesundheit* (5).
- Stiftung Warentest (2010b): Hilfe aus einer Hand, *Journal Gesundheit* (11).
- Toepffer, J. (1997): *Krankenversicherung im Spannungsfeld von Markt und Staat*, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bayreuth: Verlag P.C.O..
- Tooke, J. (2008): *Aspiring to excellence: final report of the independent inquiry into modernising medical careers*, London: Universities UK.
- Trilling, A. (2009): Beratung im Zeichen von Pflegestützpunkt und Case Management, *Psychotherapie im Alter* 16(1): 21-30.
- Twenhöfel, R. (2011): *Die Altenpflege in Deutschland am Scheideweg. Medizinalisierung oder Neuordnung der Pflegeberufe?* Baden-Baden: Nomos.
- Uhlemann, T. und Lehmann, K. (2011): Steuerungsprobleme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, in: Jacobs, K. und Schulze, S. (Hrsg.), *Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, Neue Konzepte für Stadt und Land*, Berlin: 11-34.
- vdek (Verband der Ersatzkassen) (2011): *Ärztliche Versorgung flexibel gestalten*, Positionspapier vom 18.05.2011, Berlin.
- von Kardorff, E. (2008): Virtuelle Netzwerke – neue Formen der Kommunikation und Vergesellschaftung?, in: Willems, H. (Hrsg.), *Weltweite Welten: Internet-Figurationen aus wissenssoziologischer Perspektive*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- vzbv (Verbraucherzentrale Bundesverband) (2011): *Versorgungsstrukturgesetz verpasst Verbesserungen für die Patienten. Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung*.
- Wallace, J.E., Lemaire, J.B. und Ghali, W.A. (2009) : Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 374: 1714-1720.
- Ward, P.R., Thompson, J., Barber, R., Armitage, C.J., Boote, J.D., Cooper, C.L. und Jones, G.L. (2010): Critical perspectives on 'consumer involvement' in health research: Epistemological dissonance and the know-do gap, *Journal of Sociology* 46(1): 63-82.
- Wasem, F. und Geraedts, M. (2011): Qualität durch Wettbewerb, in: Klauber, J. et al. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report – Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb*, Stuttgart: Schattauer: 3-17.
- WHO (World Health Organization) (1981): *Appropriate Levels for Continuing Care of the Elderly: Report on a WHO Working Group ICP/ADR 026(S)*, WHO, Geneva.

- WHO (World Health Organization) (1986): Continuity of care for the Elderly: Report on a WHO Working Group. Piestany/Czechoslovakia, ICP/HEE 217, WHO Euro, Copenhagen.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation) (2006): Weltgesundheitsbericht 2006: Working together for health, Genf.
- WHO (World Health Organization) (2010): Models and tools for health workforce planning and projections, Genf.
- Wiemer, S., Schweitzer, R. und Paulus, W. (2011): Die Klassifikation der Berufe 2010: Entwicklung und Ergebnis, Wirtschaft und Statistik (3): 274-288.
- Wildner, M., Müller, W., Jaeschke, B. und Zapf, A. (2012): Der Öffentliche Gesundheitsdienst, in: Schwartz, F.W., Busse, R., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. und Walter, U. (Hrsg.), Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. 3 Aufl., München: Urban & Fischer in Elsevier.
- Wille, E. (2009): Die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur integrierten Versorgung, in: Wille, E. und Knabner, K. (Hrsg.), Die besonderen Versorgungsformen: Herausforderungen für Krankenkassen und Leistungserbringer, Frankfurt et al.: 91-123.
- Wille, E. Hamilton, G.J., Graf von der Schulenburg, M. und Thüsing, G. (2012): Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen. Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen in den Niederlanden, Baden-Baden.
- Wille, E. und Erdmann, D. (2011): Gesundheitsökonomischer Stellenwert einer flächendeckenden ambulanten Facharztversorgung. Entwicklung, Stand und Perspektiven, Baden-Baden: Nomos.
- Wingenfeld, K., Kleina, T., Franz, S., Engels, D., Mehlan, S. und Engel, H. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe, Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Wirth, U. (2010): Health 2.0 – Soziale Netzwerke im Gesundheitssektor, Praxis Wissensmanagement 10(6): 12-14.
- Wissenschaftsrat (2011): Arbeitsprogramm des Wissenschaftsrates (vom 08. Juli 2011), www.wissenschaftsrat.de/arbeitsbereiche-arbeitsprogramm/medizin/ (Stand 30.09.2011).
- Wölbing, R. und Feuerstein, S. (2011): Der Aufkauf von Arztpraxen als Instrument zum Abbau der regionalen Ungleichverteilung in der vertragsärztlichen Versorgung, Prognos, Basel.
- Wolf, M.S., Gazmarian, J.A. und Baker, D.W. (2005): Health literacy and functional health status among older adult., Archives of Internal Medicine 165(17): 1946-1952.
- Wöllenstein, H. (2004): Der informierte Patient aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47(10): 941-949.
- Yarnall, J., Swica, Y. und Winikoff, B. (2009): Non-physician clinicians can safely provide first trimester medical abortion. Reproductive Health Matters 17(9): 61-69.
- Zok, K. (1999): Anforderungen an die Gesetzliche Krankenversicherung: Einschätzungen und Erwartungen aus Sicht der Versicherten, Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn.
- Zok, K. (2009): Erwartungen an die GKV nach Einführung des Gesundheitsfonds. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3.000 GKV-Versicherten, WIdO Monitor: 1/2009, Wissenschaftliches Institut der AOK.

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

4 Sicherstellung von Versorgungskontinuität als Kernaufgabe des Schnittstellenmanagements

4.1 Herausforderungen des Schnittstellenmanagements und wettbewerbliche Aspekte

164. Zahlreiche Schnittstellenprobleme behindern eine kontinuierliche, sektorenübergreifende Versorgung und erhöhen damit die Wahrscheinlichkeit von Versorgungsbrüchen. Insbesondere bei vulnerablen Patienten, die oft in höherem Alter sind und unter chronischer Erkrankung, Multimorbidität und Funktionseinschränkungen leiden und im weiterbehandelnden Sektor einer umfassenden ärztlichen und pflegerischen Weiterversorgung bedürfen, sind Versorgungsbrüche beim Sektorenübergang keine Seltenheit. Sie sind mit einem erhöhten Risiko von Komplikationen im weiterbehandelnden Sektor verbunden, die Auswirkungen auf den Krankheits- und Versorgungsverlauf, die Rekonvaleszenz und die Patientenadhärenz haben können. Weitere mögliche Folgen sind Chronifizierung von Krankheiten und (Wieder-)Einweisungen in den akut-stationären bzw. pflegerischen Sektor (Wingenfeld 2010).

Schnittstellenprobleme zeigen sich vor allem zwischen dem stationären und ambulanten Sektor und hier besonders bei der Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus. Aufgrund des für vulnerable Patienten typischen, komplexen Versorgungsbedarfs, kommt der Ausgestaltung der Entlassung vom akut-stationären Sektor in die ambulante Weiterversorgung (Entlassungsmanagement) eine besondere Rolle zu. Denn bei diesem Übergang passieren die Patienten nicht nur eine der brisantesten Schnittstellen im hiesigen Gesundheitswesen, sondern wechseln auch zwischen Versorgungsbereichen und -arten, deren strukturelle, institutionelle und personelle Bedingungen und Kooperationsformen sich stark unterscheiden. Der Übergang zwischen diesen Sektoren ist daher durch zahlreiche Risiken geprägt. Die Krankenhausentlassung bzw. das Entlassungsmanagement und die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Weiterversorgung bilden deshalb schon seit vielen Jahren ein wichtiges Thema in der gesundheitspolitischen Diskussion. Auch der Sachverständigenrat hat u. a. in den Gutachten 2003 und 2007 sowohl auf die Umsetzungsdefizite von integrierten Versorgungsansätzen aufgrund ungelöster Planungs- und Managementprobleme der Leistungserbringer (GA 2003, Ziffer 690) als auch auf die Folgen der zahlreichen Schnittstellenprobleme hingewiesen.

Betont wurde auch die Bedeutung einer multiprofessionellen, sektorenübergreifenden integrierten Versorgung gerade für ältere und chronisch erkrankte Patienten.

165. Zudem ist zu ergänzen, dass ein funktionierendes, multiprofessionelles Schnittstellenmanagement Wohlfahrtsverluste reduzieren und Ineffizienzen vermeiden kann, die aufgrund von Koordinationsdefiziten entstehen. Ein funktionierender (Qualitäts-)Wettbewerb ist daher Voraussetzung für die Behebung von Schnittstellenproblemen. Zugleich kann dem Schnittstellenmanagement ein strategisches Differenzierungspotenzial im Wettbewerbsfeld jenseits des kollektiven Leistungsbereichs zugeordnet werden, so beispielsweise bei denjenigen Leistungserbringern, die im Rahmen integrierter Versorgungsformen um selektive Verträge mit Kostenträgern konkurrieren. Ein funktionierendes Schnittstellenmanagement zwischen den an einer Versorgungskette beteiligten Leistungserbringern unterstützt deren Aufbau einer "unique selling position" und dient einer vorteilhaften Positionierung gegenüber weniger gut organisierten Konkurrenten. Mögliche positive Resultate eines implementierten und funktionierenden Schnittstellenmanagements, wie beispielsweise eine höhere Versorgungsqualität, geringere Wiedereinweisungsraten, eine erhöhte Patientenzufriedenheit sowie versorgungsprozessübergreifende Einsparungen, würden denjenigen Versorgungsketten zukommen, die ihre Schnittstellen bestmöglich organisiert und aufeinander abgestimmt haben (Blum/Offermanns 2008). 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.

166. Es sprechen weitere Gründe dafür, den Fokus auf das Beheben existierender Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu legen, denn durch den demografischen Wandel und auch durch die Einführung der DRGs im Jahr 2003 haben Schnittstellenprobleme an Bedeutung gewonnen. Seither hat sich der Abbau von (Betten-) Kapazitäten beschleunigt und die Krankenhausverweildauer weiter reduziert (Klauber et al. 2012). Gleichzeitig sind zunehmende Fallzahlen sowie ein deutlicher Anstieg an Entlassungen je Versorgungseinheit zu verzeichnen. Parallel dazu hat sich die Patientenstruktur bei der Entlassung verändert. Nicht nur werden die Patienten schneller (und mit größerem fortbestehendem Versorgungsbedarf) entlassen, sondern infolge des voranschreitenden demografischen und epidemiologischen Wandels wächst auch der Anteil älterer und hochbetagter Menschen im Krankenhaus. Ältere Menschen mit den für diese Bevölkerungsgruppe typischen Erkrankungen und vielschichtigen Bedarfslagen sind zunehmend in den Vordergrund des Entlassungsgeschehens getreten (Gerste et al. 2000). Für das Krankenhaus und besonders das Entlassungsmanagement erwachsen daraus große Herausforderungen. Gelingt es nicht, die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung adäquat zu gestalten, kommt es zu Friktionen in den Versorgungsverläufen, vermeidbaren gesundheitlichen Krisen und daraus resultierenden vermeidbaren Kosten (Phillips et al. 2004). Die kurzfristige, ungeplante Rehospitalisierung stellt eine der offensichtlichsten und am häufigsten diskutierten Konsequenzen dar (Jencks et al. 2009).

167. In Reaktion darauf haben Bemühungen um Verbesserung der Krankenhausentlassung noch einmal an Bedeutung gewonnen. Nach der Befragung des Rates führen 78,2 % aller antwortenden Krankenhäuser ein Entlassungs- oder Überleitungsmanagement durch und 44,8 % haben den Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege implementiert. Der Anteil der Krankenhäuser mit Entlassungs- bzw. Überleitungsmanagement bzw. mit einer Implementierung des Nationalen Expertenstandards steigt mit der Bettenzahl signifikant an. Auffällig ist, dass bei beiden Punkten Krankenhäuser in privater Trägerschaft unterrepräsentiert sind (vgl. Tabellen A-1 bis A-3 im Anhang). Trotz

des auf den ersten Blick hohen Anteils an Krankenhäusern mit einem Entlassungs- oder Überleitungsmanagement ist nicht bekannt, wie erfolgreich dieses in der Praxis umgesetzt wird.

Die Verbesserung der Krankenhausentlassung und die Reduktion von Schnittstellenproblemen zwischen der stationären und ambulanten Versorgung erweist sich damit weiterhin als eine der zentralen Herausforderungen, die in hohem Maße über die Versorgungskontinuität und die Wettbewerbsfähigkeit der Einrichtungen entscheidet. Aktivitäten und Innovationen des Entlassungsmanagements stellen vor diesem Hintergrund eine der dringlichen Modernisierungsaufgaben im Gesundheitswesen dar.

4.2 Gesetzlicher Rahmen

168. Die Verbindlichkeit der Vorgaben zur Gestaltung des Schnittstellengeschehens wurde vom Gesetzgeber in den letzten Jahrzehnten sukzessive erhöht. So wurde der in diesem Zusammenhang wichtige § 112 SGB V im Lauf der Jahre immer weiter präzisiert und ergänzt. § 112 SGB V schreibt zweiseitige Verträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Trägervereinigungen der Krankenhäuser vor, mit denen die Ausgestaltung von Art und Umfang der Krankenhausbehandlung entsprechend der gesetzlichen Vorgaben sichergestellt werden sollen. Unter anderem sollen die betreffenden Landesverträge Regelungen zur Ausgestaltung von Aufnahme und Entlassung der Versicherten, zum nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in den ambulanten Bereich, in die Rehabilitation oder in die pflegerische Langzeitversorgung erarbeiten. Neuerdings sollen diese Verträge auch Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassungsmanagements nach § 39 Absatz 1 Satz 4 bis 6 SGB V beinhalten.

Im Mittelpunkt der Landesverträge standen in den vergangenen Jahren zumeist Regelungen zur Informationsübermittlung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen sowie zur Beratung der Patienten. Den Sozialleistungsträgern wird regelmäßig die Aufgabe der Beratung in leistungsrechtlichen Fragen zugesprochen. Die Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs vom Krankenhaus in die Pflege oder Rehabilitation wurde generell als Beratungsaufgabe aufgefasst und Informationspflichten weitgehend auf die Beziehung zwischen Versorgungseinrichtung und Kostenträger begrenzt.

169. Mit der Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre ist für Krankenhäuser und Leistungsträger eine neue Situation entstanden. Zum einen wurde mit den Pflegekassen eine neue Instanz geschaffen, die Aufgaben der Koordination und Beratung übernehmen sollte, um zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung beizutragen. Darüber hinaus entstand mit dem Begutachtungsverfahren gemäß SGB XI das Erfordernis, Beratungsaufgaben und Informationspflichten, die mit der Begutachtung (und mit der Sicherstellung einer zeitgerechten Leistungsgewährung) verbunden waren, neu zu fassen.

Die Umsetzung des § 112 SGB V zeigte, dass eine nachhaltige Entschärfung der Schnittstellenproblematik auf diesem Weg nicht zu erreichen war. Daher wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 die Verpflichtung zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen verstärkt. Seither haben Versicherte einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement (§ 11 Absatz 4 SGB V). Dieser Anspruch umfasst ein verbindliches Verfahrensrecht, das den Patienten einen Rechtsanspruch einräumt. Bei Versäumnissen, die zu Schäden beim Anspruchsberechtigten führen, kann dieser theoretisch Haftungsansprüche gegen die Leistungserbringer geltend machen.

Allerdings zeigte sich, dass auch dieses Gesetz nicht die erhofften Effekte hatte und die Sicherstellung eines Versorgungsmanagements uneinheitlich und nicht im gewünschten Umfang umgesetzt wurde. Im Versorgungsstrukturgesetz, das 2012 in Kraft getreten ist, wurde der dem § 11 Absatz 4 SGB V unterlegte Grundgedanke daher konkretisiert und ein Anspruch der Patienten auf ein Entlassungsmanagement festgeschrieben. Es soll alle erforderlichen Leistungen einbeziehen, um so die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, Patienten und ihre Angehörigen zu entlasten und Drehtüreffekte zu vermeiden. Entlassungsmanagement ist damit unmittelbarer Bestandteil der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V. Dies erhöht gegenüber der 2007 geschaffenen Rechtslage noch einmal die Verbindlichkeit.

4.3 Schnittstellenmanagement vonseiten der Ärzte

170. Aufgabe der Ärzte an der Schnittstelle ist es, die kontinuierliche medizinische Behandlung des Patienten beim Übergang vom akut-stationären in den weiterbehandelnden Sektor zu gewährleisten. Insbesondere die Weiterbehandlung vulnerabler Patienten erfordert eine komplexe Zusammenarbeit von Leistungserbringern sowohl im inter-sektoralen (ambulant/stationär) als auch im intra-sektoralen Bereich (bspw. zwischen Haus- und Fachärzten) und geht mit einem hohen Koordinationsaufwand und Informationsbedarf zwischen mit- bzw. weiterbehandelnden Kollegen einher.

Im Einzelnen umfasst das ärztliche Entlassungsmanagement folgende Aufgaben (ÄZQ - Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2012):

- Bestimmung des Entlassungszeitpunktes und Durchführung des Entlassungsgesprächs. Dieses umfasst die Aufklärung und Information des Patienten bzgl. möglicher post-stationärer Symptome, Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen, Zeitpunkt des nächsten Hausarztkontaktes, Übergabe und Erklärung des Medikamentenplans sowie Mitgabe von Medikamenten gem. § 92 Abs. 7 Nr. 3 SGB V i.V.m. § 14 Abs. 7 Satz 3 Apothekengesetz.¹²⁶
- Ggf. Einschaltung des Sozialdienstes und/oder Weitergabe entlassungs- und behandlungsrelevanter Informationen (z. B. Entlassungszeitpunkt, Insulingabe, besondere Diät) an die für das Entlassungsmanagement zuständigen Professionen (Sozialdienst und/oder Pflege).
- Übergabe der Behandlungsdokumentation an die weiterbehandelnden medizinischen Leistungserbringer. Dazu gehören die Dokumentation der im stationären Bereich durchgeführten Behandlung sowie Empfehlungen zur weiterführenden (z. B. medikamentösen) Therapie und nachsorge-rischen, rehabilitativen, pflegerischen oder palliativen Weiterbehandlung. Dies erfolgt in Form eines Entlassungs- bzw. Arztbriefes und/oder durch die direkte Kommunikation zwischen den Leistungserbringern.

171. Eine wesentliche Aufgabe des ärztlichen Entlassungsmanagements ist –wie erwähnt– die Kommunikation bzw. der Austausch mit und die Weitergabe von Informationen an den nieder-

¹²⁶ Werden in der Krankenhausapotheke Teilmengen (Auseinzelung) von Fertigarzneimitteln entnommen, müssen bestimmte Vorgaben gem. § 10 Abs. 11 AMG-neu und § 11 Abs. 7 AMG-neu beachtet werden. Dazu gehören beispielsweise die Bezeichnung des Arzneimittels, die Chargenbezeichnung und das Verfallsdatum (siehe § 10 Abs. 11 AMG-neu) sowie die Mitgabe von Packungsbeilagen. Hierzu gibt es jedoch auch Ausnahmen (siehe Ausführungen in § 11 Abs. 7 AMG-neu).

gelassenen Haus- oder Facharzt. Hier sind mehrfach Mängel aufgezeigt worden. So ergab eine Umfrage der Qualitätssicherungskommission der KV Berlin zum Datenaustausch zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor, dass die ambulante post-stationäre Weiterbehandlung aufgrund von verspätet eingegangenen Behandlungsinformationen seitens akut-stationärer Leistungserbringer in 28 % der insgesamt untersuchten Fälle beeinträchtigt wurde. Umgekehrt zeigte sich bei der Einweisung von Patienten in den akut-stationären Bereich, dass in 15 % der Fälle Beeinträchtigungen bei der klinischen Behandlung aufgrund unzureichender Informationen auftraten. In 4 % der Fälle wurde eine unmittelbare Gefährdung von Patienten aufgrund von (inter-sektoralen) Informationsmängeln deutlich (Schlitt 2004). Diese Probleme bei der Weitergabe notwendiger Informationen bleiben auch Patienten nicht verborgen. In der 18. Befragungswelle des Gesundheitsmonitors aus dem Jahr 2011 bemängeln die Befragten unter anderem die Dauer der Abstimmung zwischen Krankenhausarzt und Hausarzt sowie deren widersprüchliche Aussagen zu Heilungsaussichten und Behandlungskonsequenzen (Braun et al. 2011).

Telekommunikations- und Informationstechnologien zur Unterstützung der sektorenübergreifenden Arzt-Arzt-Kommunikation

172. Die sektorenübergreifende, zeit- und raumunabhängige Verfügbarkeit notwendiger Informationen für die Weiterbehandlung von Patienten kann durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IuK) unterstützt werden (vgl. bspw. Branger et al. 1992; Archbold et al. 1998; Burton et al. 2004; Kripalani et al. 2007). Dazu gehören zum Beispiel Anwendungen der Telekommunikation, die vor allem häufige Kommunikationsvorgänge (z. B. den Austausch von Verordnungen, Arztbriefen) unterstützen (z. B. durch einen verschlüsselten und signaturbasierten E-Mailversand). Anwendungen der Teledokumentation ermöglichen einen zeit- und ortsunabhängigen Zugriff auf Behandlungsdokumentationen. Ein Bestandteil ist die elektronische Patientenakte (EPA) (Haas 2006). Sind strukturierte und digital erfasste Informationen (u. a. Behandlungsdaten, Routinedaten) sektorenübergreifend verfügbar, ist von weiteren positiven Effekten auszugehen. Für Patienten bedeutet dies u. a. eine Vermeidung von Doppeluntersuchungen. Einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (siehe Kapitel 5) kann so die notwendige Datenbasis vereinfacht zur Verfügung gestellt werden.

Laut IT-Report Gesundheit 2012 antworteten 22,6 % der befragten Leiter von Krankenhaus-IT-Abteilungen, dass EPA in allen Abteilungen zur Verfügung stehen, bei weiteren 10,2 % in Teilbereichen funktionsfähig sind und weitere 31,6 % der Krankenhäuser mit der Implementierung einer EPA begonnen haben. Hierin sind jedoch keine Angaben enthalten, inwieweit diese auch für den ambulanten Bereich, d. h. sektorenübergreifend, mitgenutzt werden können (Hübner et al. 2012).

173. Auch auf gesetzlicher Ebene wurde auf die zunehmende Bedeutung von IuK-Technologien im Gesundheitswesen eingegangen. So zielt der § 67 SGB V „Elektronische Kommunikation“ auf eine Substitution der papiergebundenen Kommunikation unter den Leistungserbringern durch den Einsatz von elektronisch verwertbaren Informationen für eine einrichtungsübergreifende und fallbezogene Zusammenarbeit ab. Im Bereich der Qualitätssicherung können seit dem 1. Januar 2009 gem. § 136 Absatz 4 SGB V für bestimmte Leistungen „einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale“ vereinbart werden.

Der Aufbau einer nationalen Telematikinfrastruktur¹²⁷ und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wurden mit dem im Jahr 2004 in Kraft getretenen Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz–GMG) gesetzlich verankert. Diesbezügliche Regelungen sind u. a. in den §§ 291 und 291a SGB V zu finden. Weitere Regelungen hierzu enthalten der durch das Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen vom 28. Juni 2005 geschaffene § 291b SGB V sowie die „Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte“. Die nationale Telematikinfrastruktur soll u. a. eine sichere Kommunikation und einen sicheren Datenaustausch zwischen allen Beteiligten unter Beachtung bestehender datenschutzrechtlicher Regelungen ermöglichen. Dazu gehört auch die Gewährleistung der erforderlichen Rechtssicherheit beim Einsatz von Telematikanwendungen.

Exkurs: Die elektronische Gesundheitskarte

Gemäß den gesetzlichen Regelungen war eine Ablösung der Krankenversicherungskarte durch die elektronische Gesundheitskarte (eGK) bereits für das Jahr 2006 geplant. Die Komplexität des Projektes sowie widerstreitende Interessen der beteiligten Akteure führten jedoch zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen (Abels-Bruns 2011). Desweiteren machten Ergebnisse von Feldtests Nachbesserungen erforderlich und führten zu einer veränderten Prioritätensetzung im Hinblick auf die Ausgestaltung erstmaliger Anwendungsmöglichkeiten der eGK. Weiteren Einführungsverzögerungen der eGK wurde durch das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz–GKV-FinG) begegnet. Dieses verpflichtete die Krankenkassen bis Ende 2011 mindestens 10 % ihrer Versicherten mit der eGK auszustatten. Dieses Ziel wurde bereits realisiert. Darüber hinaus verpflichtet das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz–GKV-VStG) die Krankenkassen bis Ende 2012 an mindestens 70 % ihrer Versicherten eGKs auszugeben. Vor Ausgabe der eGKs an Versicherte (Basisrollout) wurden Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Krankenhäuser bundesweit flächendeckend mit Kartenlesegeräten ausgestattet. Sie können sowohl herkömmliche Krankenversicherungskarten als auch eGKs lesen und sind durch ihre Upgrade-Fähigkeit auch für noch zu erweiternde Anwendungen der eGK einsatzfähig.

Die Anwendungen, die mit der Einführung der eGK sukzessive realisiert werden sollen, umfassen verpflichtende administrative und freiwillige medizinische Anwendungen („§ 291a-Dienste“) (Neuhaus et al. 2006). Der Nutzungsumfang der ab dem Jahr 2011 ausgeteilten Karte deckt zunächst die verpflichtenden administrativen Anwendungen ab. Es handelt sich dabei um die Verwaltungsdaten nach § 291 SGB V. Zusätzlich ist die Karte geeignet, die Angaben für den europäischen Krankenversicherungsnachweis sowohl elektronisch als Teil der Versichertenstammdaten zu speichern als auch als Sichtausweis in Form der Europäischen Krankenversicherungskarte auf der Rückseite zu fungieren. Im Vergleich zur bisherigen Krankenversicherungskarte sind die Versichertenstamm- bzw. Verwaltungsdaten um Angaben zum Zuzahlungsstatus und zum Geschlecht des Versicherten ergänzt worden. Zusätzlich wird auf der eGK auch ein Versichertenfoto aufgebracht. Insbesondere die beiden letzten Angaben sollen den Kartenmissbrauch

¹²⁷ Diese umfasst eine interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (siehe § 291a Abs. 7 SGB V).

eindämmen. Die Einführung des elektronischen Rezeptes als weitere obligatorische administrative Anwendung wurde aufgrund der in den Testregionen gewonnenen Erfahrungen vorerst zurückgestellt. Freiwillige medizinische Anwendungen der eGK unterstützen den – auch sektorenübergreifenden – Austausch von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Behandlungsberichten. Dazu gehören bzw. werden zurzeit – durchaus kontrovers – diskutiert:

1. die Speicherung medizinischer Daten, die eine Notfallversorgung des Karteninhabers unterstützen sollen (so genannter Notfalldatensatz (BÄK 2011a),
2. der elektronische Arztbrief,
3. die Arzneimitteldokumentation sowie medikationsrelevante Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit,
4. die elektronische Patientenakte, mit umfassenden Daten zu durchgeführten Therapiemaßnahmen, Laborbefunden oder auch Impfungen,
5. durch den Versicherten selbst zur Verfügung gestellte Daten (z. B. Ablageort der Patientenverfügung bzw. Betreuungsvollmacht, Erklärung für oder wider Organspende¹²⁸),
6. Daten über in Anspruch genommene Leistungen und deren vorläufige Kosten für die Versicherten (Patientenquittung).

Die meisten der unter 1-6 genannten Informationen werden nicht direkt auf der eGK selbst gespeichert, sondern die eGK dient der Erfassung von Zugangsdaten- und -schlüsseln, Speicherorten und Sicherheitsinformationen.

Informationsbedarf bezüglich der Anwendungsmöglichkeiten der eGK, der Datenspeicherung, der Datensicherung sowie der Verhinderung von Datenmissbrauch ist bei vielen Versicherten weiterhin gegeben. Eine Umfrage unter gesetzlich Krankenversicherten aus dem Jahr 2008 ergab beispielsweise, dass sich jeder zweite Befragte schlecht und jeder zehnte sehr schlecht über die eGK informiert fühlte. Befragte über 60 Jahre fühlten sich, verglichen mit jüngeren Altersgruppen, als am schlechtesten informiert. Die Mehrheit der Versicherten (73 %) teilte die Befürchtung, dass die eGK von Unberechtigten eingesehen wird bzw. dass Daten missbraucht werden können. Trotzdem zeigte sich bei 69 % eine hohe Bereitschaft, vertrauliche medizinische Daten verschlüsselt für die eGK freizugeben, wenn ein Datenschutzbeauftragter diese Sicherheit garantiert (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen 2008). Aufschlussreich ist eine Befragung u. a. von Versicherten aus Testregionen: Versicherte mit eigenen Erfahrungen mit der eGK standen dieser emotional und kognitiv positiver gegenüber als Versicherte ohne bisherige Erfahrung. Überraschenderweise war auch hier die Bereitschaft zur Nutzung der zusätzlichen Dienste recht hoch (Drescher/Marsden 2011). Man muss jedoch zu bedenken geben, dass die Teilnahme an solchen Befragungen freiwillig ist und die Antworten nur für eine selektionierte (und wahrscheinlich eher positiv eingestellte) Stichprobe gültig sind.

Der Einsatz von IuK-Technologien wird aufseiten der Leistungserbringer grundsätzlich positiv gesehen. Die Akzeptanz der eGK ist jedoch eher gering ausgeprägt (Ernstmann/Pfaff 2006; Drescher/Marsden 2011; Giepen/Gesenhues 2011). In der oben zitierten Arbeit von Drescher/Marsden ist die Einstellung der Ärzte gegenüber der eGK deutlich negativer als die der Versicher-

¹²⁸ Die Speicherung von Organspendeerkklärungen auf der eGK wurde vom 115. Deutschen Ärztetag abgelehnt (BÄK 2012).

ten, dennoch würde die Mehrzahl ihren Patienten auch die Nutzung der zusätzlichen Dienste empfehlen. So sehen drei Viertel einen hohen Nutzen in der Speicherung von Notfalldaten, jeweils zwei Drittel sind von den Vorteilen einer elektronischen Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung und eines elektronischen Arztbriefes überzeugt. Angesichts der unterschiedlichen Bewertung des Nutzens einzelner Anwendungsfelder unterscheiden sich erwartungsgemäß auch die generellen Einschätzungen von ambulant und stationär tätigen Ärzten deutlich (BÄK 2010b).

Gründe für die geringe Akzeptanz der eGK liegen u. a. bei der Integration von Anwendungen der eGK in den täglichen Arbeitsprozess. So wird ein organisatorischer Mehraufwand sowie eine Verlagerung der Aufgabenlast von Kostenträgern auf die Leistungserbringer befürchtet (Wirtz et al. 2011a). Darüber hinaus spielt die Angst vor dem „gläsernen Arzt“ und dem „gläsernen Patienten“ eine nicht unbedeutende Rolle, wobei überwiegend auf letzteres verwiesen wird. Dieses umfasst u. a. den wiederholten Hinweis der Ärzteschaft, dass die Absicherung der Patientendaten auf (lebens-)lange Sicht gewährleistet sein muss. Dazu gehört nicht nur der rechtliche, sondern auch der technische Schutz der Daten vor dem Zugriff durch den Staat, Kostenträger (bspw. im Rahmen von elektronischen Gesundheitsakten nach § 68 SGB V) und Dritte. Da es sich bei personenbezogenen Gesundheitsdaten um besonders sensible Daten handelt, die nicht umsonst nach § 28 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) einen besonderen Schutz genießen, müssen Bedenken aus technischer oder datenschutzrechtlicher Perspektive, insbesondere gegenüber einer zentralen Datenspeicherung (BÄK 2008), ernst genommen werden. Gerade der Ärzteschaft wird bei vulnerablen Patienten eine Schlüsselfunktion bei Telematik-Anwendungen zugeordnet, da diese den Patienten je nach Behandlungssituation davon ab- oder zuraten und ihn oftmals auch bei der Ausführung des informationellen Selbstbestimmungsrechts unterstützen.

Zur Wahrung des Arzt-Patienten-Verhältnisses muss die Freiwilligkeit von telematischen Anwendungen sowohl für den Arzt als auch den Patienten jederzeit gewährleistet sein. Neben Transparenz in dem Prozess der Implementation müssen Maßnahmen zur Akzeptanzförderung die o.g. Bedenken adressieren (Wirtz et al. 2011b, Göres 2009).

Neben der technischen Funktionsfähigkeit spielen soziale Kontextfaktoren wie die nutzer- als auch leistungserbringerseitige Perspektive und Akzeptanz der eGK sowie das Zusammenspiel zwischen diesen Gruppen eine entscheidende Rolle für den Implementierungserfolg. Aktuell wurde die gematik beauftragt, Anforderungen an ein übergreifendes Kommunikationskonzept zu erarbeiten. Ob die aktuellen Aktivitäten die bestehenden Bedenken in Bezug auf die Datensicherheit ausräumen, bleibt offen (BÄK 2010a und 2011b). Aus Sicht der verfassten Ärzteschaft wird die Einführung der eGK derzeit als gescheitert bezeichnet und ein Stopp gefordert (BÄK 2012).

174. Ein zentrales Informations- und Austauschmedium im Rahmen der Arzt-Arzt-Kommunikation bildet der Arztbrief. Dieser beinhaltet wichtige Informationen über einen definierten Behandlungszeitraum für einen Patienten und umfasst den Grund der Einweisung/Überweisung, die Anamnese, den Untersuchungsbefund (inkl. Labor-, Röntgenbefundung), die Entlassungsdiagnose, den Behandlungsverlauf, Art und Umfang der Therapie (bestehende bzw. empfohlene Therapie) und Angaben zur Medikation bzw. Arzneimitteltherapie, die prognostische Bewertung sowie weitergehende Behandlungsempfehlungen (Knaup et al. 2006). Formale Vorgaben zur Strukturierung, wie diese beispielsweise bei Rezepten und Überweisungen von den Selbstverwaltungsorganen vorgegeben werden, finden sich bei Arztbriefen nicht. In den Anforderungen des ärztlichen Beirats zur Begleitung des Aufbaus einer Telematikinfrastruktur für das Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen (Ärztlicher Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematikinfrastruktur 2010) werden

die Kernanforderungen an Inhalte, technische Voraussetzungen sowie Haftungsfragen zusammengefasst. Weiterführende, vor allem technische Details, sind beispielsweise in den Dokumenten der Industrieinitiative „VHitG-Arztbrief“ zu finden (VHitG 2006).

Ob eine ausschließliche Digitalisierung und Standardisierung von Arztbriefen die sektorenübergreifende Kommunikation beschleunigen kann, bleibt offen. So ist die mehrfach kritisierte zeitliche Verzögerung beim Arztbriefversand oftmals auf die ärztliche Arbeitsbelastung und die Strukturierung der vorhandenen (Dokumentations-)Prozesse in den jeweiligen Institutionen zurückzuführen. Ein anwenderfreundlich implementiertes IuK-basiertes Gesamtkonzept,¹²⁹ das u. a. digitalisierte Befunde und Dokumentationen beinhaltet und mit einem bestehenden elektronischen Verordnungssystem und darin integrierten klinischen Entscheidungshilfen (siehe Ausführungen in Ziffer 184) verbunden ist, kann jedoch die Arztbrieferstellung erleichtern und beschleunigen.

Basis ist die bereits erwähnte elektronische Patientenakte, EPA. Diese umfasst eine "teilweise oder vollständig auf elektronischen (digitalen) Speichermedien und nach definierten Ordnungskriterien abgelegte Sammlung der medizinischen Informationen zu einem Patienten in einer für die Primärziele und die nachgeordneten Verwendungszwecke ausreichend standardisierten (= strukturierten und formalisierten) Form sowie eine zugehörige Interaktions- und Präsentationskomponente zum Navigieren und zum Arbeiten mit der Akte" (Haas 2006: 435f.). Je nach Einsatzbereich können EPA Informationen über einen Behandlungsfall (elektronische Fallakte) oder alle Behandlungsfälle in einer Versorgungsorganisation (institutionelle EPA) abbilden. Sind mehrere Versorgungsinstitutionen gemeinsam an der Patientenbehandlung beteiligt und werden alle Behandlungsfälle elektronisch dokumentiert, wird oftmals von einer einrichtungsübergreifenden EPA gesprochen (Haas 2006, ZTG 2011).

Der Krankenhausarzt wird mit Hilfe von EPA in die Lage versetzt, den Brief modularartig zusammenzusetzen und Befunde als Anhänge beizufügen. Eine Strukturierung und Standardisierung kann die präzise Weitergabe von Informationen erleichtern und zudem die Delegation von Schreibaufgaben vereinfachen. Bereits heute werden Arztbriefe in Krankenhäusern auf diese Weise zusammengesetzt (z. B. bei Standardeingriffen in der Chirurgie) und/oder mit Hilfe von Stationsassistenten erstellt. Es zeigt sich jedoch auch, dass eine Standardisierung von Arztbriefen, selbst zwischen Abteilungen in einem Haus, oftmals nicht gegeben ist.

Werden Arztbriefe intra-institutionell bzw. sektorenübergreifend standardisiert, sollte diese Maßnahme in Absprache mit allen Beteiligten durchgeführt werden. Hierbei helfen Anforderungskataloge, so zum Beispiel der vom Ärztlichen Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematikinfrastruktur für das Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen (Ärztlicher Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematikinfrastruktur 2010). Gleichzeitig sollte dem möglichen Entstehen einer "Copy-and-Paste-Mentalität" begegnet werden. Sowohl eine seitenlange detaillierte Wiedergabe von Normalbefunden als auch das reine Aufzählen von Befunden ohne tatsächlichen Behandlungsbezug behindern die sektorenübergreifende Kommunikation.

129 So werden beispielsweise in den USA inzwischen nur "sinnvoll" (meaningful) integrierte IT-Implementationen gefördert, die eine Verbesserung der Versorgungsqualität unterstützen. Diese umfassen integrierte Systeme, die neben einer elektronischen Patientenakte inkl. elektronischem Verordnungssystem auch Entscheidungsunterstützungsfunktionen, Funktionen zur Unterstützung der Kommunikation zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern sowie ein automatisiertes Qualitätsreporting beinhalten (Hogan/Kissam 2010; Jha 2010; Blumenthal/Tavener 2010).

Das digitale Versenden von Arztbriefen an den weiterbehandelnden Kollegen beschleunigt den intersektoralen Transport von Informationen und ermöglicht auch die Integration von Dringlichkeitsstufen, was wiederum die Prioritätensetzung beim weiterbehandelnden Kollegen unterstützt. Gleichzeitig ist ein digitales Backup stets vorhanden. Bereits heute werden Arztbriefe in digitalisierter Form an den weiterbehandelnden Kollegen verschickt (z. B. per E-Mail). Hier zeigt sich jedoch, dass notwendige Sicherheitsanforderungen beim Versand medizinischer Dokumente (z. B. Signaturen, Verschlüsselungen) in der Regel nicht eingehalten werden. Diese ist datenschutzrechtlich als kritisch zu werten.

175. Einrichtungsbezogene EPA stellen eine Möglichkeit dar, Arztbriefe mit wesentlichen Informationen zum Zeitpunkt der Entlassung des Patienten bereitzustellen. Einrichtungs- und sektorenübergreifende EPA mit Zugriffsrechten für ambulante und stationäre Behandler sind in anderen Ländern und Gesundheitssystemen (z. B. Skandinavien, einige HMOs in den USA) bereits Standard (Kierkegaard 2011; Deutsch et al. 2010; Chen et al. 2009). Die Einführung einer sektorenübergreifenden EPA ist in Deutschland aufgrund unterschiedlicher Implementierungsparadigmen in den jeweiligen Sektoren, manifester EDV-Herstellerinteressen sowie datenschutzrechtlicher Fragen mit zahlreichen Herausforderungen verbunden. In der Vergangenheit dominierten im stationären Sektor beispielsweise dokumentenorientierte Systeme, im ambulanten Sektor prozessorientierte Systeme. Auch die historisch bedingte unterschiedliche Sprachsystematik der in den jeweiligen Sektoren implementierten Systeme kann eine Integration erschweren (Prokosch 2011). Des Weiteren sind viele eingesetzte Systeme durch eine geringe Interoperabilität gekennzeichnet. Interoperabilität bezeichnet die Fähigkeit von Systemen, erfolgreich miteinander zu "kommunizieren". Hier zeigt sich, dass eine Öffnung von Schnittstellen herstellerseitig selten gewünscht ist und eine Integration von Anwendungssystemen behindert.

176. Ein realisiertes und oftmals diskutiertes Beispiel für ein sektorenübergreifendes Austauschmedium ist die elektronische Fallakte (eFA).¹³⁰ Diese wurde als Initiative des stationären Sektors ins Leben gerufen und soll durch eine konsequente Einbeziehung von niedergelassenen Ärzten einen sektorenübergreifenden Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern unterstützen. Im Mittelpunkt dieses Projektes steht eine gemeinsame Kommunikationsplattform, die unter Einbezug des Fraunhofer-Instituts für Software und Systemtechnik sowie Software- und Systemherstellern entwickelt wurde. Kennzeichnend ist, dass alle eFA-Spezifikationen offen und lizenzfrei nutzbar sind. Neben Herstellern von Software für Praxis- und Krankenhausinformationssysteme können auch Kostenträger diese Informationen nutzen und in ihre Telematik-Netzwerke integrieren.

Eine eFA wird lediglich fallbezogen angelegt und nur dann, wenn mehrere Einrichtungen fallbezogen und sektorenübergreifend über einen längeren Zeitraum zusammenarbeiten. Ärzte können sich so auf die wesentlichen, fallbezogenen Daten fokussieren. Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass insbesondere dann Kosteneinsparungen zu erwarten sind, wenn mehrere Leistungserbringer sektorenübergreifend zusammenarbeiten. Konkrete Untersuchungsergebnisse zu den Kosteneffekten fehlen jedoch bislang.

Unter Beachtung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung stimmt der Patient der Anlage einer Fallakte zu. Die behandelnden Ärzte können die erfassten Daten fallbezogen austauschen und

¹³⁰ Weitere zu nennende Praxisbeispiele sind die sektorenübergreifenden Patientenakte (prospeGKT) der Knappschaft, sowie der IuK-gestützte Vernetzungsansatz des Gesunden Kinzigitals. Hierbei sollte jedoch beachtet werden, dass es sich u. a. um Projekte der integrierten Versorgung handelt. Hier ist eine – auch IuK-gestützte – Vernetzung von besonderem Interesse.

zweckgebunden verwenden. Damit entfällt für den Patienten die Notwendigkeit, unterschiedliche Zugangsstufen für die Verwendung seiner Daten zu definieren. Der eFA wird eine dezentrale Datenspeicherung zugrunde gelegt, die Daten werden dort vorgehalten „wo sie anfallen“ oder auf Systemen der beteiligten Partner, was aus ärztlicher Sicht im Gegensatz zu einer zentralen Datenhaltung eindeutig favorisiert wird (BÄK 2012). Zurzeit fungieren Kliniken als Provider, d. h. Daten werden in den Kliniksystemen abgelegt, niedergelassene Partner können darauf zugreifen. Zukünftig sollen auch Ärztenetze und Niedergelassene als Provider agieren können. Erklärtes Ziel ist es, die eFA schrittweise als eine mögliche (Mehrwert-)Anwendung in die eGK zu integrieren. Bereits heute wäre dieses Ziel aus technischer Sicht möglich (Höhl 2011; Seibert 2011; www.fallakte.de).

177. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine Strukturierung und Standardisierung von Arztbriefen zur Überwindung der Schnittstellenproblematik beitragen kann. Darüber hinaus bietet die Integration von digitalisierten Arztbriefen und Patientenakten in ein interoperables IuK-Gesamtkonzept die Möglichkeit, unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bedenken und mit höchstmöglichem Sicherheitsstandard, sowohl die sektorenübergreifende Informationsverfügbarkeit als auch den Dokumentationsaustausch zu verbessern und zu beschleunigen. Im Hinblick auf die Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Implementierung von IuK-Technologien und -Anwendungen müssen dabei unterschiedliche Aspekte beachtet werden. Dazu gehört 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 (ÄZQ 2012). 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 (BÄK 2012). Diese Anforderungen könnten beispielsweise vom G-BA als Richtlinienggeber aufgestellt werden. Evaluierte 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: Die Erleichterung der Kommunikation und Informationsweitergabe (z. B. auch Vergabe von OP-Terminen, rasche Übermittlung von Befunden) von einem Krankenhaus an niedergelassene Ärzte kann sich im Sinne einer Einweiserbindung auch für zukünftige Patienten als vorteilhaft erweisen.

178. Neben der Verbesserung der sektorenübergreifenden Kommunikation spielt für die Sicherstellung von Versorgungskontinuität 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. Aufgrund ihrer Bedeutsamkeit wird sie hier in den Mittelpunkt gestellt und es werden die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus vorhandenen Schnittstellenprobleme und -herausforderungen exemplarisch an der Sicherung einer kontinuierlichen Arzneimitteltherapie aufgezeigt.

Probleme der Arzneimitteltherapie an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

179. Wichtigste Voraussetzung für eine sichere Arzneimitteltherapie ist das Vorliegen einer lückenlosen Information über die medikamentöse Vorbehandlung des Patienten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Insbesondere bei multimorbiden Patienten kann eine unvollständige Informationsgrundlage zu Doppelverordnungen und Polypharmazie führen. Diese begünstigen das Auftreten von Wechselwirkungen und unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE). Eine nahtlose Überleitung in den weiterbehandelnden Sektor fördert somit auch die sektorenübergreifende Patientensicherheit.

Der Überblick über die Medikation und damit die Sicherheit der Arzneimitteltherapie kann bereits durch die gleichzeitige Behandlung eines Patienten durch mehrere Ärzte innerhalb eines Sektors (z. B. Versorgung durch einen Hausarzt und mehrere Fachärzte) gefährdet sein (Tamblyn et al. 1996). So werden Medikamente bei Prostatabeschwerden und Harninkontinenz sowie Sexualhormone (aus Budgetgründen) fast nur von Fachärzten verordnet, viele Schmerzmedikamente bei Gelenkbeschwerden von Orthopäden. Sie entziehen sich somit der hausärztlichen Verordnungsliste. Neben der Erfassung von rezeptpflichtigen Medikamenten kommt dabei den rezeptfrei, ohne Arzt-Konsultationen erworbenen und in Apotheken frei verkäuflichen Over-the-Counter-(OTC)-Medikamenten eine besondere Bedeutung zu, da diese die Entstehung von Polypharmakotherapie zusätzlich begünstigen und durchaus relevante Nebenwirkungen haben können. Gleichzeitig zeigt sich, dass diese Medikationsform durch fehlenden Zugriff des niedergelassenen Arztes oftmals in der regulären medizinischen Dokumentation, auch von Fachkollegen, nicht enthalten ist und somit das Abwägen möglicher zusätzlicher Neben- und Wechselwirkungen erschwert oder gar unmöglich macht. Eine Erfassung aller aktuellen Medikamente ist somit in der Regel nur unter Einbezug des Patienten möglich und setzt daher – sowohl ambulant als auch stationär – ein ausführliches Patientengespräch voraus. Unterstützt werden kann dieses auch durch den "Brown bag"-Ansatz, d. h. der Patient wird gebeten, alle im Haus verfügbaren Medikamente mitzubringen, um diese gemeinsam mit dem behandelnden Arzt durchzugehen und systematisch zu erfassen. Dieses Vorgehen ist jedoch zeitaufwändig, ein umfassender Medikations-Check erfolgt im hausärztlichen Versorgungsalltag höchstens einmal jährlich und ist im Krankenhaus bei akuter Aufnahme in der Regel nicht zu realisieren. Das Risiko möglicher Versorgungsbrüche bei der Arzneimitteltherapie besteht somit bereits beim Eintritt in die akut-stationäre Behandlung (ÄZQ 2012).

180. Bei ungeplanten Einweisungen aufgrund von Akutereignissen (z. B. Herzinfarkt, Oberschenkelhalsbruch) oder Verschlechterung einer zuvor bereits bestehenden chronischen Organdysfunktion (z. B. dekompensierte Herzinsuffizienz, akutes auf chronisches Nierenversagen) ist ein strukturierter Einweisungsbrief inkl. der vorhandenen Medikation seitens des ambulant versorgenden Arztes in der Regel nicht vorhanden. Je nach Ansprechbar- und Auskunftsfähigkeit des Patienten oder seiner Angehörigen muss der stationär tätige Arzt Annahmen über eine mögliche Vormedikation treffen, um angesichts der Notfallsituation entsprechend handeln zu können. Je nach Zuverlässigkeit der Quellen sind diese Angaben mehr oder weniger vollständig (Glintborg et al. 2007, Rabol et al. 2006). Die Bedeutung der Arzneimittelanamnese wird in einer aktuellen Studie unterstrichen: ihr zufolge erleiden mehr als 20 % der Patienten einer interdisziplinären Notaufnahme eine unerwünschte Arzneimittelwirkung oder waren von einem Medikationsfehler betroffen. Die Kenntnis der Vormedikation ist also mindestens für jeden fünften Patienten einer Notaufnahme von höchster diagnostischer Relevanz (Müller et al. 2011).

Elektive Einweisungen werden in der Regel durch einen Einweiserbrief begleitet, der auch die aktuelle Medikation des Patienten enthält. Die Vollständigkeit einer solchen Medikationsliste setzt ebenfalls einen umfassenden Austausch zwischen den behandelnden Ärzten und dem Patienten voraus. Die dem stationären Sektor zur Verfügung gestellten Medikationspläne können folglich auch hier nicht immer als vollständig angesehen werden (Davis et al. 2010).¹³¹

181. Beim Eintritt in den stationären Sektor ergibt sich häufig die Notwendigkeit, die ambulante Medikation auf eine stationäre umzustellen. Gründe sind in der unterschiedlichen Verfügbarkeit von Arzneimitteln im ambulanten und stationären Bereich zu finden. Während im ambulanten Bereich laut Standardwerk Roter Liste ca. 2 282 Wirkstoffe von 669 Herstellern in verschiedensten Darreichungsformen und Dosierungen zur Verfügung stehen, beschränken sich Krankenhausapotheken auf eine Auswahl an Herstellern, die notwendige Wirkstoffe und Dosierungen zur Behandlung ihrer Patienten abdecken (statt zwölf werden beispielsweise nur zwei Angiotensin-Conversions-Enzym-Hemmer zur Blutdrucksenkung vorgehalten¹³²) (Gallini et al. 2011, Thürmann et al. 1997). Ein Großteil der Umstellungen kann folglich als temporär angesehen werden. Andere Gründe einer Medikationsumstellung im stationären Sektor sind beispielsweise auf einen geänderten Gesundheitszustand des Patienten zurückzuführen.

Diese Medikationsumstellung wird bei der Entlassung des Patienten im Arztbrief dokumentiert. Neben dem verspäteten Eingehen der notwendigen Informationen (Entlassungsbrief) bei den weiterbehandelnden Leistungserbringern wird auch die inadäquate Darstellung von Informationen bemängelt. Die Weiterbehandler wünschen sich die Nennung von Gründen für eine Medikationsumstellung, die Angabe von Wirkstoffen statt Handelsnamen (z. B. Ramipril statt Delix®) und die Beachtung von Vorgaben des Arzneimittel-Wirtschaftlichkeitsgesetzes sowie Angaben zur zweckmäßigen und wirtschaftlichen arzneimitteltherapeutischen Weiterbehandlung durch nachsorgende Vertragsärzte nach § 115c SGB V (Roth-Isigkeit/Harder 2005). Begünstigt wird ein inkonsistentes Vorgehen auch durch unterschiedliche Anreizsysteme in beiden Sektoren. Im stationären Bereich muss eine hochpreisige Medikation lediglich für einige Tage finanziert werden, da das vorhandene Anreizsystem eine möglichst frühzeitige Entlassung des Patienten fördert. Zudem werden neue Medikamente stationären Leistungserbringern oftmals aus Marketinggründen zu Sonderkonditionen zur Verfügung gestellt. Aufgrund von Budgetrestriktionen im ambulanten Bereich wird die vorgeschlagene Arzneimitteltherapie häufig nicht übernommen und weitergeführt. Als Konsequenz wird die Arzneimitteltherapie nach der Entlassung im ambulanten Sektor bei ca. einem Drittel der stationär eingestellten Patienten (erneut) umgestellt, neu dosiert oder zur Förderung der Adhärenz zusammengefasst (z. B. bei Antihypertensiva) (Himmel et al. 1996; Himmel et al. 2004).

Weitere Informationslücken zeigen sich in der Dokumentation des frühestmöglichen Zeitpunktes zum Absetzen bzw. Umstellen einer stationären Medikation sowie darin, welche Medikamente nach Entlassung aus dem stationären Sektor wie weiter überwacht werden müssen (Corry 2000; Coleman et al. 2005). Nicht zu unterschätzen sind die im Krankenhaus verabreichten Bedarfsmedikationen, d. h. Schmerzmedikamente und insbesondere Schlaf- und Beruhigungsmittel, die möglicherweise in

131 Diese Informationslücke wurde auch im Rahmen des Aktionsplans zur Arzneimittelsicherheit in Deutschland identifiziert. Zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit sollte der Patient immer ein aktuelles und vollständiges Medikationsblatt mit sich führen als Grundlage für regelmäßige Arzneimittelüberprüfungen (BMG 2007).

132 Aus pharmakologischer Sicht reicht oftmals ein Vertreter einer Substanzklasse, z. B. ACE-Hemmer aus, zusätzliche Hersteller werden oftmals anhand der in der Region am häufigsten vertretenen Verschreibungen gewählt.

der besonderen Situation des stationären Aufenthaltes ihre Berechtigung haben, aber aufgrund ihres Abhängigkeitspotenzials Probleme beim Absetzen bereiten (Janhsen/Glaeske 2002).

Jede Umstellung der Arzneimitteltherapie an den Schnittstellen und Sektorenübergängen birgt für den Patienten die Möglichkeit von (neuen) Wechselwirkungen mit der Gefahr unerwünschter Arzneimittelwirkungen aufgrund sich neu ergebender Polymedikationen. Aus Patientensicht kann die Umstellung zudem als eine „Infragestellung“ der vorherigen Therapieentscheidung aufgefasst werden und die Glaubwürdigkeit des jeweiligen behandelnden Arztes schwächen. Insbesondere bei Patienten mit einer Langzeit-Medikation hat dies negative Folgen für die Therapietreue oder führt sogar zur Ablehnung der neuen (Zwischen-)Therapie oder zu zeitaufwändigen Diskussionen mit dem Hausarzt.

Im Sinne der Gewährleistung einer sektorenübergreifenden, sicheren Arzneimitteltherapie gilt es, Strategien und Ansätze zu entwickeln, die vorhandenen Koordinations- und Kommunikationslücken zwischen den Leistungserbringern zu schließen und damit einen Beitrag zur Erhöhung der Patientensicherheit zu leisten. Einige wenige Projekte wurden hierzu in Deutschland bereits umgesetzt, so beispielsweise die sektorenübergreifende Arzneimittelliste in Remscheid (Krämer 2007) oder die Nutzung einer gemeinsamen Verordnungsplattform im Rahmen des HeiCare-Projektes (Mahler et al. 2011). Neben der sektorenübergreifenden, inter-sektoralen Arzt-Arzt-bezogenen Dokumentation und Kommunikation kann bereits im intra-sektoralen Bereich der Erstellung von Arzneimittelverordnungen eine besonders qualitätssichernde Rolle zugewiesen werden, die auch die Qualität des darauf aufbauenden sektorenübergreifenden Informationsaustauschs essentiell beeinflusst (BMG 2007).

182. Festzuhalten ist, dass zur Gewährleistung einer sektorenübergreifenden Versorgung im Bereich der Arzneimitteltherapie folgende Voraussetzungen erfüllt sein müssen:

1. Der behandelnde Arzt muss einen vollständigen Überblick über die Arzneimittelhistorie des Patienten haben. Dazu gehören vollständige Angaben über alle aktuell eingenommenen Arzneimittel (inkl. OTC-Medikamente), und im Einzelfall auch solche, die früher gegeben wurden (z. B. Zytostatika bei Tumorpatienten). Eine umfassende Arzneimittelanamnese unter Beachtung vorausgegangener Arzneimitteltherapien, deren Wirksamkeit und Verträglichkeit ist die Voraussetzung für eine risikoreduzierte Arzneimittelverordnung und eine vollständige Medikationsliste.
2. 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.
3. 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.

Optimierungspotenziale durch Verbesserung der Medikationsinformation durch intra- und inter-sektorale Kommunikation und Kooperation

183. Bereits im Gutachten 2009 wurde die Integration von Apotheken in die Arzneimittelversorgung bei sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten als unverzichtbar angesehen (SG 2009, Ziffer 760). In Mecklenburg-Vorpommern wurde im Rahmen des AGnES-Projektes der Medikationscheck multimorbider, ambulanter Patienten durch Apotheker erprobt. Die Kosten für eine Medikationsüberprüfung wurden mit etwa 26 Euro ermittelt, was angesichts der vermeidbaren Medikationsprobleme für das gewählte Setting ein akzeptables Kosten-Nutzen-Verhältnis darstellt (Fiß et al. 2011). Ein weiterer Ansatzpunkt zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie besteht bei Pflegeheimbewohnern und hier in der verstärkten Integration von heimversorgenden Apothekern. Die nach Heimgesetz (§§ 11 und 13 HeimG) sowie nach Apothekengesetz (§ 12a ApoG) vorgegebene pharmazeutische Betreuung von Heimen fokussiert sich auf allgemeine pharmazeutische Aspekte, jedoch weniger auf heimbewohnerseitige Medikationsprobleme. Eine Überprüfung der Sicherheit der Arzneimitteltherapie und eine Einbeziehung des Apothekers nach einer Krankenhausentlassung sind bislang nicht vorgesehen. Eine Intensivierung der Betreuung durch den Apotheker gerade bei pflegebedürftigen Heimbewohnern stellt eine Möglichkeit dar, die Arzneimittel-bezogenen Probleme an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und ambulanter bzw. Heimversorgung zu reduzieren (Thürmann/Jaehde 2011).

Einsatz von elektronischen Verordnungs- und Entscheidungsunterstützungssystemen zur Verbesserung der Entscheidungsqualität bei Verordnungserstellung

184. Die ärztliche Arzneimittelverordnung kann durch den Einsatz von elektronischen Verordnungssystemen (Computerized Physician Order Entry (CPOE)-Systeme) und darin integrierten klinischen Entscheidungshilfen (Clinical Decision Support (CDSS)-Systeme) unterstützt werden (Teich et al. 2000). Diese können das Auftreten unerwünschter Arzneimittelinteraktionen und -wirkungen möglicherweise reduzieren (Potts et al. 2004). Voraussetzung für ein leistungsstarkes CPOE-System ist die Verfügbarkeit patientenbezogener und verordnungsrelevanter Daten, wie z. B. Gewicht, Nierenfunktion und Diagnosen. Diese müssen in elektronischer Form in einer elektronischen Patientenakte (EPA) vorhanden sein.

Elektronische Verordnungssysteme gewinnen in Deutschland nur langsam an Bedeutung. Während nach dem aktuellen IT-Report Gesundheitswesen 77,7 % der Krankenhäuser über eine elektronische Arztbrief- und Befundschreibung verfügen und 65,3 % über eine elektronische medizinische Basisdokumentation, sind medizinische Leitlinien und klinische Pfade nur bei 9,8 % hinterlegt und ein CPOE-System nur bei 12,5 % für das ganze Haus vorhanden. Weniger als 10 % haben elektronische Systeme zur Arzneimittelverfolgung bzw. Arzneimittelgabe implementiert (Hübner et al. 2012).

185. CPOE-/CDSS-Systeme verknüpfen die ärztliche Auswahl des Medikaments, dessen Dosis und Darreichungsform mit eingegebenen patientenspezifischen Daten und hinterlegten Laborwerten. Standardisierte Eingabeformulare unterstützen eine vollständige und strukturierte Erfassung von verordnungsrelevanten Daten. Oftmals werden in Abhängigkeit von der Indikation des Patienten Verordnungssets in das System integriert. Diese orientieren sich an evidenzbasierten Behandlungsleitlinien und daraus resultierenden Verordnungsempfehlungen und unterstützen die Anwendung interner klinischer Pfade. Die Zusammenführung verordnungsrelevanter Daten ermöglicht einen automatisierten Abgleich, ob die ärztliche Verordnung im Hinblick auf die Indikation des Patienten

und dessen Merkmale unter Beachtung möglicher Nebendiagnosen empfehlenswert ist. Geprüft werden mögliche Kontraindikationen sowie klinisch relevante Interaktionen mit anderen Medikamenten. Ergänzend kann eine automatisierte Berechnung der optimalen Wirkstoffdosis durchgeführt werden, mit Hinweisen zu Darreichungsform (Teilbarkeit und Mörserbarkeit von Tabletten, Sonden-Kompatibilität) und Darreichungszeitpunkt. Bei risikoreichen Wirkstoffkombinationen oder Dosierungen gehen vom System automatisch Warnmeldungen aus, die ggf. mit einer Unterbrechung des Eingabemodus verbunden sind, um eine Reaktion des Arztes hervorzurufen. Ergänzend kann der Nutzer weitergehende Informationen zur Warnung bzw. weitere medikationsrelevante Zusatzinformationen direkt abrufen. CPOE-/CDSS-Systeme weisen in der Praxis unterschiedliche Ausprägungen auf und können auch nur eine Auswahl der oben dargestellten Funktionen beinhalten (The Leapfrog Group 2011; Chisolm et al. 2006; Rommers et al. 2007).

186. Nutzen und Effizienz von CPOE/CDSS-Systemen wurden vom DIMDI-Institut im Jahr 2009 im Rahmen eines Health Technology Assessment evaluiert (DIMDI 2009). Im Mittelpunkt der Untersuchung stand die Frage, inwiefern CPOE-/CDSS-Systeme Auswirkungen auf die Fehlerrate bei der Medikation im stationären Bereich sowie auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen haben. Zusätzlich wurde die Kosteneffizienz dieser Systeme untersucht. Basierend auf einer systematischen Literaturrecherche konnten insgesamt zwölf Publikationen identifiziert werden (acht zur medizinischen sowie vier zur ökonomischen Auswertung), die Hinweise zur Beantwortung der Forschungsfragen geben.

Alle von den Autoren eingeschlossenen Übersichtsarbeiten und Primärstudien geben Hinweise auf eine Reduktion der Medikationsfehlerrate, insbesondere bei Fehlern bedingt durch schlechte Lesbarkeit, bei der Übertragung oder (vergessenen) Abgabe, allesamt aber nur von geringer bis mäßiger klinischer Relevanz (Colpaert et al. 2006; Potts et al. 2004). Bislang konnte nur in einer Studie mit einer von der Institution selbst entwickelten Software gezeigt werden, dass die Einführung von CPOE-/CDSS-Systemen zu einer Reduktion von unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE) führt, d. h. für die Patienten einen spürbaren, direkten Nutzen erbringt (Colpaert et al. 2006). Allerdings kann der Einsatz von CPOE-/CDSS-Systemen auch neue Fehlerquellen generieren und sogar zu einer Zunahme von Fehlern und unerwünschten Ereignissen führen (Koppel 2005). Auch eine zu hohe Sensitivität des Systems und eine daraus resultierende Informationsflut kann zu einer verständlichen Ignoranz gegenüber Warnhinweisen durch den Anwender führen ("alert fatigue") (Weingart et al. 2003; Glassman et al. 2002).

Eine positive Auswirkung der CPOE-Systeme, ähnlich wie bei der Hinterlegung klinischer Pfade, ist eine zunehmende Einhaltung von Leitlinien und teilweise eine Verbesserung der Patientenbetreuung. Die Ergebnisse im Hinblick auf die Kosteneffizienz der evaluierten CPOE-Systeme sind aufgrund der teilweise intransparenten Beschreibungen sowie unterschiedlicher Gesundheitssysteme nur unter größtem Vorbehalt auf das deutsche Krankenhauswesen übertragbar. Drei der vier untersuchten Studien gehen von Nettoersparnissen aufgrund eines niedrigeren Arzneimittelverbrauchs, verbesserten Arbeitsabläufen und einer geringeren Krankenhausverweildauer durch ein reduziertes Auftreten von UAE aus, obwohl gerade letzteres nur in einem Fall gezeigt werden konnte. Ob und welche Auswirkungen ein sektorenübergreifender Einsatz dieser Systeme hätte, kann zum heutigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden. Diese Fragestellung ist Gegenstand der Maßnahme 43: „Analyse der AMTS bei sektorenübergreifender Versorgung einschließlich der Untersuchung ökonomischer Aspekte und Erarbeitung von Vorschlägen für Interventionsstrategien“ des Aktionsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland (BMG 2007).

Als Voraussetzung für den erfolgreichen Einsatz von CPOE-/CDSS-Systemen werden, wie bei vielen technischen, softwarebasierten Implementierungen, die Benutzerfreundlichkeit, die Akzeptanz des Systems bei den Anwendern sowie die Integration der Anwender bei der Ausgestaltung der Systemfunktionalitäten gesehen (Eslami et al. 2008). Angesichts der erforderlichen Verknüpfung einer CPOE-Software mit Patientendaten sind auch hier Schnittstellenproblematiken zu lösen: Grundsätzlich sollte es möglich sein, die von dem entsprechenden Krankenhaus/der Arztpraxis gewünschte Verordnungssoftware in die vorhandene IT-Infrastruktur zu implementieren.

Als Grundlage wird auf die Notwendigkeit einer Reorganisation der eigenen Prozesse und einer klaren Definition von Verantwortlichkeiten hingewiesen. Es wird empfohlen, das System an die Anforderungen des jeweiligen Leistungserbringers anzupassen und die zur Entscheidungsgrundlage genutzten Systeme regelmäßig zu aktualisieren. In den USA werden beispielsweise bereits regelmäßige Untersuchungen auf die Tauglichkeit des Systems anhand von Testfällen durchgeführt, wobei einige Institutionen bzw. deren Systeme nur etwa die Hälfte der Medikationsprobleme erkennen (Kilbridge et al. 2006; The Leapfrog Group for Patient Safety 2008).

Aktuellere Studien und Reviews bzgl. des Einsatzes von CPOE-/CDSS-Systeme im stationären Bereich bestätigen weitestgehend die HTA-Ergebnisse. Dabei zeigt sich auch, dass die Studienlage zur Untersuchung möglicher Auswirkungen zum Einsatz von CPOE-/CDSS-Systeme im ambulanten Sektor sehr begrenzt ist (Wolfstadt et al. 2008) und eine schnittstellenübergreifende Gewährleistung einer risikoreduzierten Arzneimitteltherapie erschwert ist (Mahler et al. 2011). Des Weiteren wird deutlich, dass sich eindeutig positive Auswirkungen durch den Einsatz von CPOE-/CDSS-Systemen auf wenige Institutionen konzentrieren, die CPOE-/CDSS-Systeme in Eigenregie entwickelt haben (Bates 1998; Bates et al. 1999; Mahler et al. 2011).

187. Als Zwischenfazit lässt sich festhalten, dass im Rahmen der sektorenübergreifenden Gewährleistung einer sicheren Arzneimitteltherapie CPOE- und CDSS-Systeme deren Qualität erhöhen können, indem vor Verordnungserstellung auf mögliche Medikationsrisiken bzw. -fehler beim Verordnungsprozess hingewiesen wird. Zur Gewährleistung der sektorenübergreifenden Kontinuität der Arzneimitteltherapie muss darauf aufbauend der Austausch von Medikationsinformationen (vollständige Arzneimittelliste inkl. OTC, die Angaben zur Dauer, Dosierung, Hersteller und Wirkstoffname/PZN enthält) in Verbindung mit den zugrunde liegenden Diagnosen und Therapieempfehlungen des Patienten gesichert sein. Eine strukturierte Erfassung der notwendigen Informationen zur Arzneimitteltherapie, beispielsweise bei der stationären Aufnahme, durch Nutzung von CPOE-/CPSS-Systemen könnte auch die Übertragbarkeit dieser Informationen in die notwendigen Dokumente (Entlassungsbrief) unterstützen (Knaup et al. 2006).

Vor dem Hintergrund eines zu erwartenden zunehmenden Einsatzes von CPOE/CDSS-Systemen im deutschen Gesundheitssystem ist es sinnvoll, sich auf Mindestkriterien bei der Qualität und Funktionalität zu einigen (BMG 2007, Maßnahme 34-37). Für den deutschen Behandlungskontext sind Evaluationsstudien erforderlich, die den Einfluss und den Nutzen dieser Systeme nicht nur hinsichtlich Leitlinienentreue, potenzieller Wechselwirkungen und Dosisanpassung (Mahler et al. 2011), sondern auch hinsichtlich der Untersuchungsendpunkte UAE und Mortalität bestimmen. Der Fokus dieser Untersuchungen sollte nicht ausschließlich auf den stationären Sektor, sondern auf den Einsatz dieser Systeme in integrierten, sektorenübergreifenden Versorgungsketten gelegt werden (BMG 2007). Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Einführung von CPOE/CDSS-Systemen zunächst Kosten bei denjenigen Institutionen verursacht, die diese anschaffen und implementieren, obwohl damit auch ein Mehrwert für den jeweils anderen Sektor geschaffen wird. Die

Leistungserbringer werden Regelungen finden, wie Einführung und Nutzung dieser Systeme finanziert bzw. (untereinander) abgerechnet werden. Weisen Evaluationsstudien im deutschen Kontext auch positive Outcome-Effekte bei Patienten nach, ist es durchaus denkbar, dass Kostenträger den Einsatz solcher Systeme fördern, da auch diese von positiven Effekten langfristig profitieren können.

Einsatz der nationalen Telematikinfrastruktur/eGK zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Arzneimitteltherapiesicherheit

188. Beiträge zur Gewährleistung der (sektorenübergreifenden) Arzneimitteltherapiesicherheit gehen vor allem von den freiwilligen medizinischen Anwendungen der eGK aus. Die Verfügbarkeit der auf der eGK dokumentierten Daten zur Arzneimitteltherapie sowie von medikationsrelevanten Patienteninformationen in Verbindung mit aktuellen und ggf. früheren Diagnosen des Patienten, liefert die benötigte Informationsgrundlage für eine (risikoreduzierte) Arzneimittelverordnung und begünstigt eine sektorenübergreifende, kontinuierliche Arzneimitteltherapie (Grandt/Müller-Oerlinghausen 2004). Die Chancen der Anwendung der eGK zur Erhöhung der AMTS werden im Rahmen des Gutachtens von Grandt ausführlich und kritisch gewürdigt (Grandt 2008). Eine elektronische Verordnung (unabhängig von einer eGK) und die damit mögliche automatische Überprüfung durch ein CPOE/CDSS wurden von der Expert Group on Safe Medication Practices des Europarates empfohlen (Expert Group on Safe Medication Practices 2006).

Über die § 291a-Dienste hinaus können unter bestimmten Voraussetzungen auch Mehrwertdienste die Telematik-Infrastruktur nutzen, um z. B. die Arzneimittelverordnung und die Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit zu unterstützen (Neuhaus et al. 2006). Zu den Mindestvoraussetzungen zählt, dass diese die gesetzlich geforderten Dienste nicht behindern oder gefährden dürfen – z. B. hinsichtlich Verfügbarkeit, Datensicherheit und Datenschutz. So könnte beispielsweise ein qualitätsgesicherter, stets aktueller Informationsdienst einer Arzneimittelsicherheitsprüfung von allen Leistungserbringern in bzw. über die Telematik-Infrastruktur abgerufen werden, ohne dass hierfür eine entsprechend komplexe (und teure) „Wissensdatenbank“ im eigenen Primärdatensystem erforderlich wäre. Die auf der eGK abgespeicherte Arzneimitteldokumentation kann, ggf. unter Hinzunahme von individuellen Befund-Informationen aus dem eigenen Primärdatensystem, überprüft werden. Vorteil bei diesem Ansatz ist, dass dieser Service sektorenübergreifend als Fachdienst genutzt werden kann. Eine Abrechnung per Nutzungsfall ermöglicht auch Leistungserbringern den Zugriff, die nicht die Investitionsmöglichkeiten in ein eigenes CPOE/CDSS-System haben.

Konkrete Ausgestaltungs- und Umsetzungsvorschläge der Arzneimitteltherapiesicherheit im Rahmen der eGK werden zurzeit von der ABDA entwickelt (Krüger-Brand 2012). Die Apothekerkammer Westfalen-Lippe hat gemeinsam mit weiteren Partnern ein Forschungsprojekt zur Arzneimitteltherapiesicherheit gestartet, bei dem die elektronische Gesundheitskarte (eGK) eingesetzt wird. Apotheker und Ärzte können auf Medikationsdaten von Patienten zugreifen, die apothekenübergreifend verschlüsselt auf einem geschützten Server gespeichert sind. Ziel des Projekts ist es, für den Patienten die Arzneimitteltherapiesicherheit als wesentliches Nutzenpotenzial der elektronischen Gesundheitskarte zu belegen (Krüger-Brand 2011). Eine erfolgreiche Umsetzung dieser Anwendungen könnte insbesondere vulnerablen Patienten zugute kommen. Aufgrund deren besonderer Versorgungsbedürfnisse ergeben sich hieraus jedoch weitere Herausforderungen, so z. B. die Förderung der Nutzerkompetenz im Umgang mit diesem neuen Medium unter Beachtung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung (siehe Unterkapitel 3.3).

Rechtliche Aspekte: Datenschutz und Haftung für Schäden

189. Ein weiterer, insbesondere von der Ärzteschaft als kritisch angesehener Punkt bei der Einführung der eGK umfasst den Datenschutz und die Datensicherung bei der Übertragung medizinischer Informationen sowie die Gewährleistung, dass diese Daten zu keiner Zeit, auch nicht durch eine nachträgliche gesetzliche Änderung, in die Hände von Kostenträgern, staatlichen Institutionen und Dritten gelangen können.

Bereits das geltende Recht trägt diesen Bedenken allerdings durchaus Rechnung: So ist der Telekommunikationsvorgang zwischen Versichertem und behandelndem Arzt grundrechtlich durch das Fernmeldegeheimnis (Art. 10 GG, § 88 TKG) geschützt, was staatliche Eingriffe rechtlich weitgehend ausschließt. Nach Abschluss des Telekommunikationsvorgangs sind etwaig gespeicherte Daten durch das allgemeine Persönlichkeitsrecht des Versicherten (Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) sowie die Berufsfreiheit des behandelnden Arztes (Art. 12 GG) vor staatlichen Zugriffen geschützt. Ärzten steht ein gesetzliches Schweigerecht zu (§ 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO, § 383 ZPO) und ihnen obliegt – damit korrespondierend – eine strafbewehrte Schweigepflicht (§ 203 StGB). Außerdem besteht für die Kommunikation zwischen dem Versicherten und dem behandelnden Arzt ein strafprozessuales Beschlagnahmeverbot (§ 97 Abs. 1 Nr. 1 StPO).

Zudem sind medizinische Daten durch Art. 8 Abs. 1 EG-Datenschutzrichtlinie¹³³ und die diesen umsetzenden §§ 3 Abs. 9, 28 Abs. 6, Abs. 7 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) besonders geschützt. Personenbezogene Daten dürfen nach diesen Vorschriften nicht erhoben werden, es sei denn, dies ist ausdrücklich gesetzlich erlaubt oder der Betroffene (hier der Versicherte) willigt in die Datenerhebung ein. Eine Einwilligung ist jedoch nur dann wirksam, wenn sie freiwillig abgegeben wird, was bei einer Einwilligung des Versicherten gegenüber dem Kostenträger oder anderen staatlichen Institutionen sorgfältiger Prüfung bedarf. Die einschlägigen gesetzlichen Erlaubnistatbestände (§ 28 Abs. 6 Nr. 1, Abs. 7 BDSG) sind subsidiär zur Einwilligung oder setzen voraus, dass derjenige, der die Daten verarbeitet, einer ärztlichen Geheimhaltungspflicht unterliegt. Das ist weder bei den Kostenträgern noch bei sonstigen staatlichen Institutionen der Fall. Dies alles gilt auch im Bereich der Sozialversicherung. Zwar ist für diese das SGB X nach § 1 Abs. 3 BDSG das vorrangige Gesetz. Indes verweist § 76 Abs. 1 SGB X für besondere Arten personenbezogener Daten wieder auf die allgemeinen Regeln, so dass das Gesagte im Ergebnis doch gilt. Verbesserungsbedarf besteht allenfalls bei den in § 76 Abs. 2 SGB X genannten Ausnahmen vom Grundsatz des § 76 Abs. 1 SGB X.

Gegen künftige Änderungen der Gesetzeslage sind die Versicherten und die Ärzteschaft auf zwei Wegen geschützt: Eine Änderung der Gesetzeslage mit Wirkung für die Vergangenheit ist am verfassungsrechtlich abgesicherten Rückwirkungsverbot zu messen. Danach ist eine rückwirkende Änderung der Rechtslage nur in engen Ausnahmefällen möglich.¹³⁴ Gegen eine Änderung der Rechtslage mit Wirkung für die Zukunft schützen die Versicherten und die Ärzteschaft die oben erwähnten Grundrechte sowie die EG-Datenschutzrichtlinie, die der deutsche Gesetzgeber nicht alleine ändern könnte, sondern nur im Zusammenwirken mit anderen Mitgliedstaaten über die Institutionen der EU.

133 Richtlinie 95/46/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 24. Oktober 1995 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr, ABl. Nr. L-281 vom 23.11.1995, S. 31.

134 Ausführlich BVerfG 14.01.2010 - 1 BvR 1627/09, NVwZ 2010, 771, 776.

190. Aus der Sicht der Ärzteschaft besonders bedeutsam ist bei der IT- und kommunikationsmittelgestützten Gesundheitsversorgung die Frage der Haftung für Schäden. Angenommen, ein Versicherter erleidet aufgrund eines Behandlungsfehlers einen Schaden. Ein Behandlungsfehler kann schon derzeit auf einer Vielzahl möglicher Ursachen beruhen. Durch die Einbeziehung von elektronischen Datenträgern und Kommunikationsmitteln kommen jedoch zusätzliche potenzielle Fehlerquellen hinzu, wie folgende Beispiele veranschaulichen:

Ein Krankenhaus führt eine elektronische Patientenakte ein, die nur über Ärzte-Tabloids abrufbar ist. Die Daten, die aufgespielt wurden, sind veraltet/das Tabloid funktioniert nicht/der Server ist ausgefallen. Konsequenz: Im Notfall können die letzten Werte nicht abgerufen werden, die notwendige Entscheidungsgrundlage ist digital nicht verfügbar, aufgrund der fehlenden Information kommt der Patient zu Schaden.

Angenommen, die vorhandene Telematikinfrastruktur ermöglicht eine lückenlose, digitale Erfassung der gesamten, lebenslang chronologischen „Krankengeschichte“ eines Patienten (80 Jahre). Der Arzt hat die Möglichkeit auf diese zuzugreifen. a) Aus Zeitgründen wird eine, vor 40 Jahren festgestellte, Penicillinallergie übersehen. Der Patient kommt zu Schaden. b) Der Patient macht von seinem Recht auf informationelle Selbstbestimmung Gebrauch und stellt dem behandelnden Arzt nur diejenigen Daten zur Verfügung, die er für „wichtig“ hält. Die Penicillinallergie gehört nicht dazu. c) Die Daten, die in der elektronischen Patientenakte erfasst wurden, sind unvollständig. Der behandelnde Arzt hat vor 40 Jahren vergessen, die Penicillinallergie anzugeben.

Die IT-Infrastruktur hat nicht (fehlerfrei) funktioniert, die erfassten Gesundheitsdaten sind unvollständig, unrichtig oder so umfangreich, dass dem behandelnden Arzt relevante Informationen entgehen, die elektronische Verordnung kann unrichtig oder unvollständig sein etc..

Auf all diese Fragen muss die Rechtsordnung eine Antwort geben. Der rechtliche Rahmen für eine etwaige Haftung im Rahmen von elektronischer IuK setzt sich – wie auch sonst im Medizin- und Arztrecht¹³⁵ – in erster Linie aus allgemeinen zivilrechtlichen Vorschriften zusammen. Da in der GKV kein Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Versichertem geschlossen wird, scheiden Ansprüche auf vertraglicher Grundlage allerdings aus. Somit ist vor allem eine deliktische Haftung nach § 823 Abs. 1 oder Abs. 2 BGB denkbar (Ulsenheimer/Heinemann 1999; Laufs 2000; Pflüger 1999).¹³⁶

§ 823 Abs. 1 BGB verpflichtet denjenigen zum Schadensersatz, der vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper oder die Gesundheit eines anderen widerrechtlich verletzt. Daneben schützt § 823 Abs. 1 BGB als „sonstiges Recht“ auch das allgemeine Persönlichkeitsrecht. Die gleiche Verpflichtung trifft nach § 823 Abs. 2 BGB denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Schutzgesetz in diesem Sinn ist insbesondere § 223 StGB (Körperverletzung).

Eine Verletzung des Körpers etc. erfolgt nur schuldhaft und widerrechtlich, wenn der Arzt bei der Behandlung seine Pflichten verletzt. Nach der Rechtsprechung ist der Arzt verpflichtet, die zur Zeit der Behandlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft berufsfachlich gebotene Sorgfalt zu wahren.¹³⁷ Er muss die Maßnahmen ergreifen, die von einem gewissenhaften und aufmerksamen

135 Zur Arzthaftung siehe MüKO-BGB/Wagner, 5. Auflage 2009, § 823 Rn. 698 ff.

136 Vgl. Bamberger/Roth/Spindler, Beck OK BGB, Stand 1.3.2011 (§ 823 BGB) Rn. 769; instruktiv zur Arzthaftung im Allgemeinen MüKO-BGB/Wagner, 5. Auflage 2009, § 823 Rn. 698 ff.

137 BGHZ 144, 296, 306; BGH NJW 1999, 1778, 1779; BGH NJW 1995, 776 f.; siehe auch Bamberger/Roth/Spindler, BeckOK BGB, Stand:01.03.2011, § 823 BGB Rn. 591.

Arzt aus berufsfachlicher Sicht seines Fachbereichs vorausgesetzt und erwartet werden können.¹³⁸ Ein rechtmäßiger Heileingriff hat demnach zwei wesentliche Voraussetzungen: Erstens bedarf es einer objektiven medizinischen Indikation¹³⁹ sowie zweitens der auf einer ordnungsgemäßen Aufklärung beruhenden Einwilligung des Patienten.¹⁴⁰

Diese allgemeinen Pflichten des Arztes wurden in der rechtswissenschaftlichen Literatur bereits in einigen Punkten konkretisiert, die im Rahmen der elektronisch gestützten Gesundheitsversorgung relevant werden. Danach hat der Arzt in seiner Praxis auch für die Datensicherheit und die Funktionstüchtigkeit der von ihm eingesetzten Geräte einzustehen bzw. im Krankenhaus ist dies eine Verpflichtung seitens des Krankenhausträgers. Die Aufklärung des Patienten sollte daher zukünftig auch dahingehend erfolgen, dass auf Grund des Einsatzes von Technik und Software diagnostische und therapeutische Fehlentscheidungen nicht ausgeschlossen werden können – er muss das Risiko, aber auch die Chancen einschätzen können, die mit dem Technikeinsatz verbunden sind (Pflüger 1999).¹⁴¹ Allgemeine Lebensrisiken werden dabei weniger Gegenstand einer Aufklärung sein müssen als spezifische Risiken der konkreten Verwendung. Rechtsprechung zu diesen Fragen ist allerdings – soweit ersichtlich – noch nicht ergangen.

Ein spezialgesetzlicher Haftungstatbestand ist demnach nicht angezeigt, weil als Haftungsgrundlage die allgemeinen deliktischen Tatbestände ausreichen. Sinnvoller ist es, die Sorgfaltsanforderungen des Arztes im Rahmen der Telematik-Gesundheitsversorgung näher zu umschreiben. Im Übrigen sollten sich aber auch die Vorgaben zu den ärztlichen Sorgfaltspflichten auf wenige, grundsätzliche Punkte beschränken, weil der Vielzahl verschiedener Sachverhalte anders nicht beizukommen ist. Die Konkretisierung der Sorgfaltsanforderungen des Arztes im Einzelfall sollte der Rechtsprechung überlassen bleiben.

In der Gesamtschau lässt sich aus rechtlicher Sicht festhalten: Den Chancen der elektronisch gestützten Gesundheitsversorgung stehen unter Umständen gewisse Risiken gegenüber, die in der Ärzteschaft und Öffentlichkeit auch deutlich wahrgenommen werden. Sie mahnen zum besonnenen Umgang und zum bewussten Einsatz. Es kann jedoch festgehalten werden, dass die personenbezogenen Daten der Patienten schon jetzt umfassend rechtlich durch das Telekommunikationsgeheimnis, das Allgemeine Persönlichkeitsrecht und diverse Gesetze, die diese beiden Grundrechte konkretisieren, allen voran das Telekommunikationsgesetz und das Bundesdatenschutzgesetz, geschützt werden. 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. Im rechtlichen Bereich sind die Risiken 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 ein-

138 BGHZ 88, 248, 254; 144, 296, 306; BGH NJW 1993, 2989, 2990 f; BGH NJW 1994, 3008, 3009.

139 Bamberger/Roth/Spindler, BeckOK BGB, Stand:01.03.2011, § 823 BGB Rn. 590.

140 Diese Einwilligung in eine „Körperverletzung“ durch den medizinischen Eingriff ist von einer Einwilligung in die Verwendung der Patientendaten zu trennen. Zu den datenschutzrechtlichen Anforderungen an eine Einwilligung in den Umgang mit Patientendaten siehe sogleich unter Abschnitt III. 2. a) der Darstellung.

141 Bamberger/Roth/Spindler, Beck OK BGB, Stand 1.3.2011, § 823 BGB Rn. 769.

schließlich der elektronischen Gesundheitskarte aus rechtlicher Sicht keinen durchgreifenden Bedenken.

4.4 Entlassungsmanagement durch den Sozialdienst und die Pflege

Entlassungsmanagement gilt in der internationalen Diskussion als multi- und interdisziplinäre Aufgabe, doch existieren seit jeher Zuschreibungen einer besonderen Koordinationsverantwortung an einzelne Berufsgruppen im Krankenhaus. Dazu gehört neben den Ärzten auch die Sozialarbeit (Sozialdienst) und die Pflege. Die beiden letzteren stehen nachfolgend im Mittelpunkt. Da ihre Aufgaben von denen der Ärzte abweichen, folgt die Darstellung einer anderen Schwerpunktsetzung.

Weiterentwicklung traditioneller Ansätze des Schnittstellenmanagements

191. Die Sicherstellung einer geeigneten Nachsorge gehört in Deutschland zum traditionellen Aufgabenprofil von Krankenhaus-Sozialdiensten. Deren Entwicklung nahm in den 1970er Jahren einen erheblichen Aufschwung, befördert von der Krankenhausgesetzgebung mehrerer Bundesländer, die die Krankenhäuser zur Einrichtung solcher Dienste verpflichteten und in allgemeiner Form deren Aufgaben formulierten (Mehs 1978). Die dabei festgelegten Aufgabenbereiche bilden bis heute den Kern rechtlicher Normen, die den Auftrag der Krankenhaus-Sozialarbeit in Deutschland definieren: Sozialdienste sollen vor allem soziale Beratung leisten und für die Einleitung von anschließenden Versorgungsmaßnahmen Sorge tragen. Wenngleich zunehmend mehr Krankenhäuser ergänzend weitere Stellen zur Unterstützung des Patientenübergangs geschaffen haben, stellte der Krankenhaus-Sozialdienst über viele Jahre diejenige Instanz dar, der eine zentrale Bedeutung für die Entlassungsvorbereitung in Deutschland zugesprochen wurde.

Durch die strukturellen Veränderungen in der Krankenhausversorgung und den Wandel der Patientenstruktur mit einem Bedeutungszuwachs pflegerischer und medizinischer Bedarfslagen wurde die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung und fachlichen Reorientierung der Schnittstellenregulation zunehmend spürbar. Die Sozialdienste konnten die wachsenden Anforderungen und den steigenden Problemdruck an den Schnittstellen der Versorgung immer schlechter bewältigen. Hinzu kam die oftmals subalterne Rolle der Sozialdienste in der hierarchisch organisierten Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Krankenhaus, die ihren Handlungsspielraum seit jeher stark begrenzte (Viefhues 1978; Schaeffer 1989).

Außerdem zeigte sich, dass trotz der Bemühungen durch den Sozialdienst für eine nahtlose Weiterversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt auch die Schnittstelle stationäre/ambulante ärztliche Versorgung sowie die Schnittstelle stationäre/ambulante Pflege gezielterer Beachtung bedarf, weil den medizinischen und pflegerischen Problemlagen beim Übergang des Krankenhauspatienten in eine andere Versorgungsart zu wenig Rechnung getragen wurde. Die traditionelle Entlassungsvorbereitung durch Sozialdienste, so die in den 1990er Jahren vorgebrachte Kritik, sei u. a. deshalb nicht ausreichend, weil pflegespezifische Anforderungen vom Qualifikationsprofil der Sozialdienste nicht abgedeckt werden können und sich darüber hinaus die Erkenntnis durchsetzte, dass Kontinuitätssicherung auch Aufgabe jeder einzelnen Gesundheitsprofession im Krankenhaus ist, also zusätzlich zum Sozialdienst auch zwischen stationärer und ambulanter Medizin sowie

stationärer und ambulanter Pflege Koordinationsprobleme zu lösen sind, um einen nahtlosen Wechsel der Patienten in andere Versorgungsarten zu ermöglichen. Die in den Krankenhäusern vorherrschende Arbeitsteilung zwischen Pflege und Sozialdiensten, die konzeptionellen Grundlagen und die mit anderen Einrichtungen unzureichend verschränkten Verfahrensweisen bei der Entlassungsvorbereitung waren weitere Faktoren, die die Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterversorgung erschwerten (Joosten 1997; Schaeffer 1989).

Vor diesem Hintergrund entstanden neue Konzepte eines stärker pflegerischen bzw. von der Pflege getragenen Entlassungsmanagements. Die ersten Ansätze orientierten sich häufig am Vorbild zweier Modellprojekte aus Berlin und Nordrhein-Westfalen, die im klassischen Setting der somatisch ausgerichteten akut-stationären Versorgung angesiedelt waren (Liedtke/Wanjura 1990, Joosten 1997). Aber auch Modelle aus der (geronto-) psychiatrischen Versorgung (Böhm 1992) und besonders Konzepte zur Begleitung von Tumorpatienten (Sommerfeldt et al. 1992), Überleitungspflege von Aidspatienten (Schaeffer/Moers 1994) oder die so genannte „Kooperative Qualitätssicherung“ (Höhmman et al. 1999) repräsentieren pflegerische Ansätze, die eine effektivere Behebung von Schnittstellenproblemen versprachen. Außerdem rückten vermehrt Konzepte aus anderen Ländern in den Blick (Übersicht Wingensfeld 2005).

Der Nationale Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“

192. Der im Jahr 2002 erarbeitete nationale Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2004, DNQP 2009) stellt einen wichtigen Meilenstein in dieser Entwicklung dar. Mit ihm entstand erstmals in Deutschland ein evidenzbasiertes, professionelles Rahmenkonzept und ein konkretes Anforderungsprofil zur Ausgestaltung des Entlassungsmanagements. Der Standard versteht sich zwar als fachliche Norm für die Pflege, orientiert sich aber am Leitbild eines multiprofessionellen, interdisziplinären Entlassungsmanagements und umfasst alle Handlungsbereiche, die zur Unterstützung des Patienten beim Übergang in eine andere Versorgungsart und zur Sicherstellung von Versorgungskontinuität in den Blick genommen werden müssen. Er hat in vielen Krankenhäusern einen erheblichen Entwicklungsschub zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements ausgelöst.

Der Entwurf des neuen Expertenstandards wurde im Rahmen einer Konsensuskonferenz im September 2002 der Fachöffentlichkeit vorgestellt (Hof 2002). Nach den vorgegebenen Regularien der Standardentwicklung folgte eine praktische Erprobung in rund 20 Kliniken und ein Audit. Im Jahr 2009 wurde der Standard unter Berücksichtigung des neuen Stands der Forschung aktualisiert (DNQP 2009).

193. Im Expertenstandard sind Maßgaben formuliert, die ein bestimmtes Qualitätsniveau des Entlassungsmanagements in Krankenhäusern sicherstellen sollen, zugleich aber genügend Offenheit lassen, um eine Implementierung unter unterschiedlichsten Rahmenbedingungen zu ermöglichen. Er orientiert sich an etablierten Konzepten aus dem englischsprachigen Raum. Zu den inhaltlichen Kernelementen gehören:

- Ein *initiales Assessment* zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes zur Identifizierung von Patienten mit Unterstützungsbedarf: In dieses Assessment werden alle neu aufgenommenen Patienten einbezogen, so dass auch von einem Screening gesprochen wird. Ziel ist eine erste, grobe Einschätzung der Situation und Probleme des Patienten, um zu erkennen bzw. auszuschließen, ob

er ein erhöhtes Risiko für eine mangelnde Bewältigung des Übergangs aufweist (Holland et al. 2003).

- Durchführung eines *differenzierten Assessments* zur genauen Einschätzung des Bedarfs von Patienten und Angehörigen mit Unterstützungsbedarf: Während das initiale Assessment dazu dient, die Frage nach einem erhöhten Risiko zu beantworten, geht es hier um eine differenzierte, umfassende Ermittlung des konkreten Unterstützungsbedarfs von Patienten mit erhöhtem Risiko. Bedarf meint in diesem Fall die Gesamtheit der Hilfen, die ein Patient benötigt, um die Krankenhausentlassung und die anschließend auf ihn zukommenden Aufgaben und Anforderungen erfolgreich zu bewältigen (Grimmer et al. 2004). Die Bedarfseinschätzung ist daher multidisziplinär ausgerichtet.
- Entwicklung einer mit Patienten, Angehörigen und beteiligten professionellen Akteuren *abgestimmten Hilfeplanung*: Hierzu ist nicht nur eine Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen vorzunehmen, sondern es sind auch andere Berufsgruppen einzubeziehen, sofern sie an der Versorgung im Krankenhaus beteiligt sind oder eine besondere Kompetenz aufweisen, die für die Versorgung nach der Entlassung wichtig ist.
- Durchführung *edukativer Maßnahmen* von Patienten und Angehörigen in Form von Information, Wissensvermittlung, Beratung und Anleitung mit dem Ziel, Patienten und ihren Angehörigen die erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten für den Umgang mit den Anforderungen und Problemen nach der Krankenhausentlassung zu vermitteln und die Handlungskompetenz zu verbessern (Weiss et al. 2007).
- *Hinzuziehung und Beratung von Einrichtungen, die die Weiterversorgung übernehmen*: Dazu gehören die Mobilisierung von Diensten, die Leistungerschließung, die Vorbereitung der Dienste auf die Übernahme des Patienten, die organisatorische Abstimmung, die Übermittlung von Information an externe Akteure und Übergabegespräche, die Koordination der *Entlassungsvorbereitung* etc.
- *Überprüfung* der Vorbereitungen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung: Im Kern geht es bei diesem Arbeitsschritt um die Überprüfung der Frage, ob alle Maßnahmen getroffen worden sind, die in der individuellen Entlassungsplanung vorgesehen waren, und ob sie geeignet sind oder waren, das jeweils angestrebte Ziel zu erreichen. Die Überprüfung erfolgt zeitnah vor dem geplanten Entlassungstermin.
- *Abschließende Evaluation* innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung: Fester Bestandteil des Entlassungsmanagements ist eine abschließende Evaluation, d. h. die Überprüfung, inwieweit die mit der Entlassungsplanung angestrebten Ziele tatsächlich erreicht werden konnten (Ergebnisbewertung). Weil das Entlassungsmanagement darauf zielt, die Patienten und Angehörigen bei der Bewältigung der poststationären Phase zu unterstützen, bezieht sich diese Überprüfung auch und besonders auf die Situation nach dem Krankenhausaufenthalt (vgl. z. B. Coleman et al. 2006).

Der Expertenstandard beinhaltet damit eine normative Beschreibung von strukturellen Voraussetzungen, wesentlichen Prozesselementen und Ergebniskriterien, die bei der Implementation allerdings einer weiteren Konkretisierung und der Herstellung geeigneter organisatorischer Voraussetzungen bedürfen. Die Umsetzung bringt daher einige Herausforderungen für solche Krankenhäuser mit sich, die bislang keine besonderen Maßnahmen zur Verbesserung und Modernisierung ihres Schnittstellenmanagements eingeleitet haben.

194. Die Umsetzung des Standards erfordert eine Anpassung in folgenden Bereichen:

- Reorganisation der Arbeitsteilung und der Formen der Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen: Der Standard fordert eine präzisierende Definition der Zusammenarbeit zwischen Pflege, Ärzten und dem Sozialdienst auf dem Feld der Entlassungsvorbereitung. Diese Reorganisation erstreckt sich beispielsweise auf die Bedarfseinschätzung im Rahmen des Aufnahmeverfahrens, die Informationsübermittlung, die Mobilisierung poststationärer Versorgungsleistungen oder die Beratung und Anleitung der Patienten, Angehörigen und Kooperationspartner.
- Schaffung besonderer Organisationseinheiten, ggf. in Ergänzung zum Krankenhaus-Sozialdienst: Entlassungsmanagement kann in verschiedenen Organisationsformen durchgeführt werden. Der im Jahr 2009 aktualisierten Fassung des nationalen Expertenstandards zufolge sind Organisationsformen, bei denen spezialisierte Stellen für das Entlassungsmanagement verantwortlich sind, anderen Formen überlegen (DNQP 2009), wie auch Forschungsergebnisse mehrfach zeigen. Der Standard schreibt jedoch kein bestimmtes Organisationskonzept vor.
- Entwicklung von Verfahrensweisen zur Identifizierung von Patienten, bei denen ein Entlassungsmanagement einzuleiten ist: Diese müssen auf die Arbeitsabläufe und Patientengruppen der einzelnen Fachabteilungen zugeschnitten sein. Vor allem aber müssen die Prozesse bei der Krankenhausaufnahme weiterentwickelt werden.
- Sicherstellung der notwendigen Qualifikationsvoraussetzung: Entlassungsmanagement nach den Maßgaben des Standards verbindet sich mit vergleichsweise hohen Qualifikationsanforderungen. In vielen anderen Ländern wird es von Mitarbeitern getragen, die ein pflegewissenschaftliches Studium mit Masterabschluss absolviert haben (oft mit Schwerpunktsetzung auf health administration) (vgl. z. B. Huang/Liang 2005; Foust 2007).
- Ausarbeitung von Arbeitsmitteln und speziellen Interventionskonzepten: Entlassungsmanagement erfordert besondere Instrumente und Verfahrensvorschriften. Benötigt werden spezielle Assessmentinstrumente, Konzepte zur Schulung und Anleitung von Patienten und Angehörigen und ggf. neue Formen oder angepasste Medien zur Kommunikation mit anderen professionellen Akteuren.

Die Umsetzung des Standards erfordert also verschiedene Entwicklungsarbeiten und Umstellungen. Intention dabei sind Qualitätsverbesserungen und eine für Patienten und Angehörige deutlich verbesserte Unterstützung bei dem Übergang in die Weiterversorgung, die unter den Bedingungen des stark arbeitsteiligen Gesundheitssystems in Deutschland besonders wichtig ist.

195. Mit den neuen gesetzlichen Vorschriften zum Entlassungsmanagement im SGB V ist die Möglichkeit gegeben, den Standard nun verbindlich einzuführen. Nach Einschätzung des Rates wäre dies ein sinnvoller Schritt, der einen Entwicklungsschub in den Krankenhäusern mit erheblichen Impulsen für die Qualitätsentwicklung auslösen dürfte. Zugleich würden sich den Krankenhäusern neue Möglichkeiten erschließen, durch optimales Schnittstellenmanagement, besseren Service und Qualitätstransparenz Vorteile im Wettbewerb zu erlangen.

Stand der Entwicklung und bisherigen Umsetzung in der Praxis

196. In Reaktion auf den Nationalen Expertenstandard und die internationalen Erfahrungen sind im letzten Jahrzehnt vermehrt Stellen für Entlassungsmanagement im Pflegedienst der Krankenhäuser eingerichtet worden, deren Konzepte sich an den Maßgaben des Expertenstandards

ausrichten. Der am weitesten verbreitete Ansatz wird mit dem Begriff Pflegeüberleitung bezeichnet (Joosten 1997). Stellen für Pflegeüberleitung sind zentral organisierte Koordinierungsinstanzen und verstehen sich zumeist als Ergänzung des Sozialdienstes, nicht als dessen Ersatz. Oft herrscht in Krankenhäusern mit solchen Stellen eine Arbeitsteilung vor, in der die Pflegeüberleitung schwerpunktmäßig bei Übergängen in die ambulante Pflege tätig wird, während der Sozialdienst die Entlassungsvorbereitung beim Übergang in die Rehabilitation oder eine stationäre Pflegeeinrichtung übernimmt.

Arbeitsbereich, Aufgabenspektrum, Arbeitskonzepte, Kooperationsformen und auch personelle Ressourcen sind je nach Krankenhaus anders ausgeprägt. Den meisten bisherigen Ansätzen sind folgende Aufgabenbereiche gemeinsam:

- Information und Beratung der Patienten und Angehörigen (insb. zu Versorgungsmöglichkeiten und Versicherungsleistungen),
- Abstimmung mit Kostenträgern und Medizinischen Diensten der Krankenkassen,
- Vermittlung ambulanter Pflegedienste und anderer Leistungsangebote, Sicherstellung der Hilfsmittelversorgung,
- Dokumentation (Überleitungsbogen) und Information des Hausarztes,
- Herstellung von Kommunikation zwischen einzelnen Versorgungsinstanzen, Überleitungsgespräche,
- Netzwerkpflege zur Festigung der krankenhausinternen Zusammenarbeit und der Kooperation mit Pflegeeinrichtungen.

197. Die Patienten, die durch Stellen für Pflegeüberleitung unterstützt werden, sind überwiegend Menschen im höheren Lebensalter, die unter chronischen Erkrankungen leiden und erhebliche funktionelle Einbußen und damit verbunden auch Pflegebedürftigkeit aufweisen.¹⁴² Das Krankheitspektrum ist geprägt durch einen relativ hohen Anteil an Tumor- und Herz-Kreislauf-Krankheiten und vermehrt auch an demenziellen Erkrankungen. Empirischen Studien zufolge weisen rund 70 % der Überleitungspatienten Mobilitätseinschränkungen und 30 % kognitive Einbußen auf. Ein Großteil stammt aus Abteilungen der Inneren Medizin und der Chirurgie (Wingenfeld et al. 2007). Infolge der genannten Arbeitsteilung mit den Sozialdiensten stehen meist Übergänge in die häusliche Umgebung im Mittelpunkt. In aller Regel zielt die Arbeit der Pflegeüberleitungen daher auf die Herstellung eines ambulanten Versorgungsarrangements (in der Regel unter Einbezug informeller und professioneller Pflege), das eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Weiterversorgung ermöglicht. Dies umfasst die Mobilisierung von Leistungen (Klärung von Leistungsansprüchen, ambulante Dienste, Hilfsmittelversorgung etc.), die Koordination der beteiligten Akteure, die direkte Unterstützung der Patienten in Form von Information, Beratung und Anleitung sowie ggf. auch die Einbindung informeller Hilfen und Vorbereitung pflegender Angehöriger auf die auf sie zukommenden Aufgaben.

198. Der Verbreitungsgrad dieser zentral organisierten Stellen für Pflegeüberleitung fällt je nach Region sehr unterschiedlich aus. Am weitesten fortgeschritten ist sie im Land Nordrhein-Westfalen.

¹⁴² Aufgrund ihres mehrdimensionalen und oft komplexen Versorgungsbedarfs ist es besonders zeit- und ressourcenaufwändig, für sie passgenaue Versorgungspakete zu schnüren und umzusetzen. Daher sind diese Patienten in besonders hohem Maß der Gefahr von Fehlversorgung und auch Verschiebestrategien ausgesetzt – etwa in die Kurzzeitpflege, egal ob sie dem Bedarf entspricht oder nicht – die nicht selten Auslöser für Versorgungskarrieren sind (u. a. Schaeffer 2009).

Hier dürften inzwischen rund 20 % der Akutkrankenhäuser mit einer Stelle für Pflegeüberleitung oder einem vergleichbaren Dienst für pflegerisches Entlassungsmanagement ausgestattet sein (Wingenfeld et al. 1007). In anderen Bundesländern sind sie nach dem derzeitigen Stand des Wissens seltener anzutreffen. Zum Verbreitungsgrad dieser Stellen liegen bislang allerdings keine verlässlichen Daten vor. Dies zu verändern und den Kenntnisstand zu verbessern, ist aus Sicht des Rats wünschenswert.

199. Andere Formen des pflegerischen Entlassungsmanagements sind wesentlich seltener. Dazu gehört beispielsweise die Entlassungsvorbereitung durch Bezugspflegekräfte der Stationen. Indem Überleitungsfunktionen als Bestandteil des Aufgabenprofils dieser Pflegekräfte definiert werden, die den Patienten während des Krankenhausaufenthaltes versorgen, lassen sich – so die Annahme – Kommunikationswege verkürzen und der bürokratische Aufwand minimieren. Allerdings setzt dieser Ansatz entsprechend qualifizierte Mitarbeiter im Pflegedienst mit speziellen Kenntnissen und Fertigkeiten voraus. Außerdem besteht das Problem, dass Überleitungsaufgaben gegenüber den nicht aufzuschiebenden Anforderungen des Stationsdienstes in Zeiten hoher Arbeitsbelastung in den Hintergrund treten. Dies ist vor allem dann zu erwarten, wenn eine entsprechende Aufgabenerweiterung trotz knapper Personalressourcen erfolgt. Sehr vereinzelt existieren daher Mischansätze, in denen eine Pflegekraft der Station zeitweise von ihren üblichen Pflichten freigestellt wird, um Überleitungsaufgaben zu übernehmen. Systematische Studien aus Deutschland fehlen allerdings bislang. Erfahrungen aus anderen Ländern dokumentieren jedoch die vielfältigen Schwierigkeiten, auf die Ansätze dieser Art im Alltag stoßen (vgl. Foust 2007).

200. Inzwischen haben sich außerdem verschiedene Modelle der Entlassungsvorbereitung und Überleitung durch krankenhausexterne Dienste etabliert. Sie sind allerdings ebenfalls seltener als krankenhauseinterne Koordinierungsstellen. Dazu gehören an US-amerikanische Konzepte angelehnte Modelle (Liaison-Nurse), bei denen ambulante Pflegedienste/-kräfte umfassende Beratungs- und Koordinationsaufgaben im Krankenhaus übernehmen und die Überleitung organisieren (Kwok et al. 2008; Grundböck et al. 2005). Um dieses Modell realisieren zu können, haben manche Krankenhäuser Kooperationsverträge mit ambulanten Pflegediensten abgeschlossen, die es diesen ermöglichen, regelmäßig im Krankenhaus präsent zu sein, Beratung von Patienten und Angehörigen zu leisten und bei der Entlassungsvorbereitung vom Stationspersonal hinzugezogen zu werden. In der Praxis stößt die Koordination durch Mitarbeiter, die nicht in den Arbeitsablauf des Krankenhauses eingebunden sind, allerdings auf erhebliche Akzeptanzprobleme. Ansätze dieser Art haben ferner die Kritik auf sich gezogen, den Wettbewerb zwischen ambulanten Leistungsanbietern auszuhebeln.

Inzwischen existieren andere Varianten der Koordination von Übergängen durch externe Stellen. Entlassungsmanagement wird vereinzelt als unentgeltliche Dienstleistung privater Beratungsunternehmen für das Krankenhaus durchgeführt, die über ein Umlageverfahren refinanziert wird. Für bestimmte Patientengruppen stellen große Hilfsmittelhersteller Dienstleistungen zur Verfügung, mit denen sowohl eine bedarfsgerechte Ausstattung mit den erforderlichen Hilfsmitteln als auch eine Beratung zum Umgang mit diesen und ggf. weitergehende Koordinationsaufgaben gewährleistet werden. Diese Modelle leiden unter ähnlichen Nachteilen wie die zuvor genannten krankenhausexternen Modelle.

201. Zunehmend Bedeutung gewinnen seit einiger Zeit Ansätze des *klinischen, pflegerischen Case Managements*. Oft sind sie eng mit der Einführung von Prozessmanagement verschmolzen. Case Management und Entlassungsmanagement, wie es im nationalen Expertenstandard vorgegeben

ist, weisen ähnliche Zielorientierungen und prozessuale Strukturen auf. Beide sind darauf angelegt, eine nachhaltige Unterstützung bei der Versorgungsorganisation und der Sicherstellung von Versorgungskontinuität zu leisten, und wirken über die Grenzen von Versorgungsbereichen und -institutionen hinweg. Charakteristisch für das Case Management ist der ursprünglichen Idee nach allerdings eine auf Langfristigkeit angelegte Stetigkeit und Zeitdauer (vgl. Ewers/Schaeffer 2005; Ewers 2011). Klinisches Case Management und vor allem das Entlassungsmanagement im Akutkrankenhaus sind jedoch eher kurzfristig ausgerichtet. Letzteres zielt auf die Verbesserung von Schnittstellenproblemen und die Bewältigung von Problemen in den ersten Wochen nach der Entlassung, nicht aber auf die kontinuierliche, langfristige Begleitung und Steuerung der Versorgungsverläufe bei chronischer Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit. Zudem dient ein mit der Einführung von Prozessmanagement verschmolzenes klinisches Case Management mehr der Rationalisierung von Arbeitsabläufen als der Behebung von Patientenproblemen in der Versorgung.

Für einzelne Patientengruppen existieren allerdings erfolgreiche Modelle der Überleitung und Versorgungskoordination, in denen ein anspruchsvolles Case Management fester Bestandteil ist. Dazu gehört insbesondere das so genannte Augsburger Modell in der pädiatrischen Versorgung. Es umfasst die Unterstützung während des Klinikaufenthalts, die Begleitung beim Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung und die eigentliche Nachsorge während der ambulanten Versorgung. Zielgruppe sind hochrisikoerkrankte, chronisch kranke oder von Behinderung bedrohte Kinder und ihre Familien. 2004 wurde dieses Modell der sozialmedizinischen Nachsorge als abrechenbare Leistung in das Sozialgesetzbuch V (§ 43 Abs. 2 SGB V) aufgenommen (Porz 2008; Mangold et al. 2008).

Case-Management-Konzepte im Krankenhaus sind in anderen Ländern häufig mit strukturierten Behandlungsprogrammen (Critical/Clinical Pathways) verknüpft (Dykes/Wheeler 2002; Ewers 2011). Es gibt klinische Behandlungspfade, in denen das Entlassungsmanagement als integraler Bestandteil der Krankenhausversorgung berücksichtigt ist. Dadurch wird der besondere Stellenwert des Entlassungsmanagements für eine erfolgreiche Krankenhausbehandlung stärker sichtbar als in anderen Konzepten (Steeman 2006).

202. Darüber hinaus wurden seitens der Pflege Konzepte der *Übergangsversorgung* (Transitional Care-Konzepte) entwickelt. Sie sind in Deutschland im Unterschied zu anderen Ländern ebenfalls noch nicht weit verbreitet (z. B. Nikolaus et al. 1995, Brüggemann et al. 2002). Charakteristisch für solche Ansätze ist die Verlängerung der Unterstützung durch das Krankenhaus über den Entlassungszeitraum hinaus. Für eine begrenzte Zeit übernehmen die im Krankenhaus angesiedelten Mitarbeiter die Weiterbehandlung und -begleitung des Patienten und das Monitoring in der häuslichen Umgebung, wobei die fortlaufende Einschätzung der Versorgungssituation und des Gesundheitszustandes, Information, Beratung und Anleitung des Patienten oder der Angehörigen sowie Kommunikationsaufgaben, insbesondere die Koordination und Vermittlung anderer Leistungen im Mittelpunkt stehen. Die Unterstützung wird zum Teil bei Hausbesuchen, zum Teil telefonisch geleistet. Eines der bekanntesten und frühesten Konzepte im deutschsprachigen Raum (Übergangspflege) wurde von Böhm in Österreich entwickelt (Böhm 1992). Konzepte dieser Art konzentrieren sich auf Patientengruppen, die in besonderer Weise auf Unterstützung angewiesen sind, etwa geriatrische Patienten, psychisch erkrankte alte Menschen oder krebskranke Patienten.

203. Modelle der Übergangsversorgung haben in den Vereinigten Staaten sehr viel Aufmerksamkeit auf sich gezogen, weil sie zum einen gute Versorgungsergebnisse vorweisen konnten, zum anderen aber auch für das Krankenhaus eine attraktive Möglichkeit bieten, kurze Verweildauern mit

Qualitätssicherung zu verbinden. Ansätze dieser Art wurden in den USA schon ab Mitte der 1980er Jahre im Gefolge der Einführung von Medicare-DRGs entwickelt - vor allem für Patientengruppen, die ein besonders hohes Risiko mangelnder Bewältigung des Übergangs tragen, beispielsweise für Säuglinge mit extrem niedrigem Geburtsgewicht oder für ältere Menschen mit schweren Erkrankungen. Forschungsergebnisse belegen die positiven Effekte, die sich mit dem Konzept der Übergangsversorgung erreichen lassen (Brooten et al. 1996; York et al. 1997; Naylor 1999; Bixby et al. 2000). Danach zeigen sich bei den Patienten, die diese Art von Unterstützung erfahren haben, im Vergleich zu anderen Patientengruppen, weniger Wiederaufnahmen ins Krankenhaus, geringere Krankheitskosten, eine kürzere stationäre Verweildauer und insgesamt eine bessere Lebensqualität (ebd.).

Auch unter den aktuellen Bedingungen des DRG-Systems in Deutschland dürften sich Modelle der Übergangsversorgung als Möglichkeit erweisen, wirksame patientenorientierte Unterstützung und Wirtschaftlichkeit im Versorgungsalltag in Einklang zu bringen. Sie bieten außerdem eine Möglichkeit, durch diesen für die Patienten sehr attraktiven und nützlichen Service Wettbewerbsvorteile zu realisieren.

204. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass seitens der Pflege in den vergangenen Jahren viele Innovationen erprobt wurden, um die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu verbessern bzw. das Entlassungsmanagement im Krankenhaus zu optimieren und einen nahtlosen Übergang in anschließende Versorgungsarten zu ermöglichen. Im internationalen Vergleich ist allerdings festzuhalten, dass das deutsche Gesundheitswesen bislang nur sehr 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 hat. Die Anpassung der strukturellen und konzeptionellen Voraussetzungen ist bislang nur punktuell in Gang gekommen. Zwar entstanden in Ergänzung zu den Krankenhaus-Sozialdiensten verschiedenste Formen des durch die Pflege koordinierten Entlassungsmanagements, doch verlief diese Entwicklung regional sehr ungleichmäßig. Von einer flächendeckenden Ausstattung mit Stellen, die für die Realisierung eines Entlassungsmanagements nach den Vorgaben des nationalen Expertenstandards notwendig wären, ist die Krankenhausversorgung in Deutschland noch weit entfernt. Auch die Anpassung der Prozesse nach den Maßgaben professioneller Standards steht noch am Anfang. Die überkommenen Abläufe und Formen der Arbeitsteilung im Krankenhaus sind durch ein starkes Beharrungsvermögen gekennzeichnet, das beispielsweise die Anpassung des Aufnahmeverfahrens an die Erfordernisse der frühzeitigen Entlassungsvorbereitung oftmals verhindert. Die positiven Auswirkungen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit, die ein professionelles, strukturiertes Entlassungsmanagement hervorbringen könnte, bleiben daher bislang größtenteils unerschlossen bzw. auf vergleichsweise wenige Krankenhäuser begrenzt. Positive Effekte sind in anderen Ländern durch verschiedene, methodisch hochwertige Studien nachgewiesen und im Rahmen von Reviews dokumentiert worden (vgl. insb. Parkes/Shepperd 2002; Shepperd et al. 2004; Mistiaen et al. 2007). Wenngleich die Heterogenität der Interventionen, die im Rahmen eines systematischen Entlassungsmanagements zur Anwendung kommen, eine generalisierende Beurteilung erschwert, ist dessen Potenzial zur Behebung von Schnittstellenproblemen zwischen der stationären und ambulanten Versorgung jedoch hinreichend belegt (ebd.).

205. Um dieses Potenzial auszuschöpfen und die dazu notwendige Reorganisation zu befördern, wären vor allem folgende Rahmenbedingungen und Maßnahmen erforderlich:

- Stärkere Verbindlichkeit bestehender Normen: Im Vergleich zur Verbindlichkeit fachlicher Standards im Bereich des SGB XI ist festzustellen, dass die existierenden Normen zum Entlassungs-

management, wenngleich verschiedene rechtliche Vorschriften die Akteure dazu verpflichten, bislang wenig durchsetzungsfähig sind. Es fehlt – vor allem im SGB V – an Regelungen, konkreten Vorgaben und Nachweispflichten, mit denen diese Verbindlichkeit geschaffen würde.

- Verbesserung der Personalausstattung für koordinierende Aufgaben des Entlassungs- und Schnittstellenmanagements: Die personellen Ressourcen, die für das Entlassungsmanagement (in der Pflege) zur Verfügung stehen, sind in vielen Krankenhäusern sehr knapp bemessen. Um ein professionelles Entlassungsmanagement nach den Maßgaben des nationalen Expertenstandards umzusetzen, ist eine Verbesserung der Personalsituation in diesem Aufgabenfeld erforderlich.
- Organisatorische Verbesserungen, Konzept- und Instrumentenentwicklung: Je besser das Entlassungsmanagement in die Prozessabläufe der Krankenhausversorgung integriert ist und je enger bestehende Abläufe auf die Erfordernisse des Entlassungsmanagements Rücksicht nehmen und auf diese abgestimmt werden (auch bei der Aufnahme), umso mehr können Patienten, professionelle Akteure und vor allem das Krankenhaus als Institution von den positiven Effekten des Entlassungsmanagements profitieren. Außerdem 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 erhebliches Entwicklungs- und Verbesserungspotenzial.
- Verbesserung der Kommunikation: Die Nutzung moderner Kommunikationstechnologien wird auch im Bereich des pflegerischen Entlassungsmanagements erprobt. Die Entwicklung steht jedoch noch am Anfang. Dennoch gibt es verschiedene, interessante Ansätze, die mit technischen Mitteln zur Behebung der seit Jahren diskutierten Defizite bei der Informationsweitergabe, Kommunikation und Kooperation beitragen könnten. Dringend verbesserungsbedürftig ist dabei auch die Informationsübermittlung bei der Krankenhausaufnahme.
- Mit der Verankerung des Entlassungsmanagements im SGB V steht zu befürchten, dass viele der schon erprobten Innovationen nun 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 umso mehr als auch in der zurückliegenden Zeit viel an Innovation (in der Pflege) im Bereich des Schnittstellen- und Entlassungsmanagements ohne Evaluation und vergleichende Outcome-Studien erfolgt ist. Der Rat empfiehlt daher, systematische (vergleichende) Evaluationen durchzuführen und generell die Forschung auf diesem in Deutschland noch wenig beachteten Gebiet der Versorgungsforschung zu fördern.

4.5 Fazit und Empfehlungen

206. Durch die strukturellen Veränderungen in der Krankenhausversorgung ebenso wie durch die demografische Entwicklung und den damit einhergehenden Wandel der Patientenstruktur sind an der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Sektor neue Probleme und Herausforderungen entstanden. Daher ist es erforderlich, die Schnittstellengestaltung und damit die Koordination und Integration von (akut-)stationärer und ambulanter Versorgung zu verbessern. Die Voraussetzung dazu ist einerseits eine konsequente Umsetzung der neuen Rechtsvorschriften unter Beachtung der geltenden fachlichen Standards, wie die Maßgaben des nationalen Expertenstandards, andererseits die Verbesserung der Kommunikations- und Informationsübermittlung. Bei der Weiter-

gabe der patientenrelevanten Information kommt dem Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Unterstützung sektorenübergreifender Aktivitäten (z. B. Informationsaustausch unter den Professionen) und zur Förderung einer sektorenübergreifenden Patientensicherheit (z. B. durch den Einsatz von CPOE-/CDSS-Systemen) eine zunehmende Bedeutung zu.

Der Rat sieht folgenden Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung des Entlassungsmanagements in der Praxis:

- 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 (DNQP). 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 krankenhausinternen Strukturen und Abläufe. Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren könnte im Rahmen selektivvertraglicher Regelungen dazu beitragen, entsprechende Prozesse voranzutreiben. 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.
- Dokumentation von ungeplanten Rehospitalisierungen und deren Aufnahme in die Qualitätsberichterstattung zur Schaffung verbesserter Transparenz (siehe Kapitel 5). 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. Außerdem sind verbesserte Formen der Informationsübermittlung anzustreben, die die Dokumentationen aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich zusammenführen.

- 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, so 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 patienten-relevante Outcomes evaluiert werden.
- Obschon im Bereich des Entlassungs- und Schnittstellenmanagements in den letzten Jahren viele Innovationsbemühungen erfolgt sind, fehlt es an systematischen wissenschaftlichen Erkennt-

nissen und empirischen Befunden. Der Rat empfiehlt daher die Versorgungsforschung in diesem Gebiet 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.

4.6 Literatur

- Abels-Bruns, H. (2011): Der gematik-Prozess und die elektronische Gesundheitskarte, in: Kellermann-Mühlhoff, P. und Lingemann, A. (Hrsg.), eGesundheit: Nutzen und Akzeptanz, Düsseldorf: 14–37.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2008): Versichertenbefragung: Elektronische Gesundheitskarte.
- Archbold, R.A., Laji, K., Suliman, A., Ranjadayan, K., Hemmingway, H. und Timmis, A.D. (1998): Evaluation of a computer-generated discharge summary for patients with acute coronary syndromes, *British Journal of General Practice* 48: 1163–1164.
- Ärztlicher Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematikinfrastruktur (2010): Anforderungen an den elektronischen Arztbrief aus ärztlicher Sicht, <http://www.aekno.de/downloads/aekno/anforderungen-earztbrief.pdf>. (Stand 06.05.2012).
- ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) (2012): Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren, <http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/checklisten-schnittstellenmanagement.pdf>. (Stand 16.05.2012).
- BÄK (Bundesärztekammer) (2008): Dokumentation zum 111. Deutschen Ärztetag: Entschlüsse zum Tagesordnungspunkt IV: Auswirkungen der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Patient-Arzt-Verhältnis, *Deutsches Ärzteblatt* 105(22): A-1208/B-1045/C-1025.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2010a): 113. Deutscher Ärztetag Beschlussprotokoll, <http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/113Beschlussprotokoll20100712a.pdf>, (Stand 16.05.2012.)
- BÄK (Bundesärztekammer) (2010b): eHealth-Report: Der Einsatz von Telematik und Telemedizin im Gesundheitswesen aus Sicht der Ärzteschaft, <http://www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=1.134.3421.8696>, (Stand 16.05.2012).
- BÄK (Bundesärztekammer) (2011a): Lastenheft Notfalldaten-Management, http://www.baek.de/downloads/Notfalldatenmanagement_Lastenheft.pdf (Stand 16.05.2012).
- BÄK (Bundesärztekammer) (2011b): 114. Deutscher Ärztetag Beschlussprotokoll, <http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/114BeschlussprotokollVorläufig20120525pdf> (Stand 16.05.2012).
- BÄK (Bundesärztekammer) (2012): 115. Deutscher Ärztetag Beschlussprotokoll, <http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/115Beschlussprotokoll20120704.pdf>, (Stand 16.05.2012).
- Bates, D.W. (1998): Effect of Computerized Physician Order Entry and a Team Intervention on Prevention of Serious Medication Errors, *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 280(15): 1311–1316.
- Bates, D.W., Teich, J.M., Lee, J., Seger, D., Kuperman, G.J., Ma'Luf, N., Boyle, D. und Leape, L. (1999): The Impact of Computerized Physician Order Entry on Medication Error Prevention, *Journal of the American Medical Informatics Association* 6(4): 313–321.
- Bixby, M.B., Konick-McMahon, J. und McKenna, C.G. (2000): Applying the transitional care model to elderly patients with heart failure, *The Journal of cardiovascular nursing* 14(3): 53–63.
- Blum, K. und Offermanns, M. (2008): Entlassungsmanagement im Krankenhaus, Düsseldorf.
- Blumenthal, D. und Tavenner, M. (2010): The "Meaningful Use" Regulation for Electronic Health Records, *New England Journal of Medicine* 363(6): 501–504.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2007): Aktionsplan 2008/2009 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie (AMTS) in Deutschland, <http://www.ap-amts.de/> (Stand 29.02.2012).
- Böhm, E. (1992): Ist heute Montag oder Dezember? Erfahrungen mit der Übergangspflege, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Branger, P.J., van der Wouden, J.C., Schudel, B.R., Verboog, E., Duisterhout, J.S., van der Lei, J. und van Bommel, J.H. (1992): Electronic communication between providers of primary and secondary care, *BMJ* 305(6861): 1068–1070.

- Braun, B., Marstedt, G. und Sievers, C. (2011): Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem, *Gesundheitsmonitor* (3): 1–11.
- Brooten, D., Knapp, H., Borucki, L., Jacobsen, B., Finkler, S., Arnold, L. und Mennuti, M. (1996): Early Discharge and Home Care After Unplanned Cesarean Birth: Nursing Care Time, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 25(7): 595–600.
- Burton, L.C., Anderson, G.F. und Kues, I.W. (2004): Using Electronic Health Records to Help Coordinate Care, *The Milbank Quarterly* 82(3): 457–481.
- Chen, C., Garrido, T., Chock, D., Okawa, G. und Liang, L. (2009): The Kaiser Permanente Electronic Health Record: Transforming and Streamlining Modalities of Care, *Health Affairs* 28(2): 323–333.
- Chisolm, D., McAlearney, A., Veneris, S., Fisher, D., Holtzlander, M. und McCoy, K. (2006): The role of computerized order sets in pediatric inpatient asthma treatment, *Pediatric allergy and immunology* : official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology 17(3): 199–206.
- Coleman, E., Parry, C., Chalmers, S. und Min, S.J. (2006): The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial, *Archives of internal medicine* 166(17): 1822–1828.
- Coleman, E., Smith, J., Raha, D. und Min, S.J. (2005): Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors, *Archives of internal medicine* 165(16): 1842–1847.
- Colpaert, K., Claus, B., Somers, A., Vandewoude, K., Robays, H. und Decruyenaere, J. (2006): Impact of computerized physician order entry on medication prescription errors in the intensive care unit: a controlled cross-sectional trial, *Critical care, London* 10(1): R21.
- Corry, M. (2000): Hospitals do not inform GPs about medication that should be monitored, *Family Practice* 1(3): 268–271.
- Davis, K., Schoen, C. und Stremikis, K. (2010): Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally, <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2010/Jun/Mirror-Mirror-Update.aspx?page=all> (Stand 31.05.2012).
- Deutsch, E., Duftschmid, G. und Dorda, W. (2010): Critical areas of national electronic health record programs - Is our focus correct?, *International journal of medical informatics* 79: 211–222.
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2009): Computerized Physician Order Entry - Wirksamkeit und Effizienz elektronischer Arzneimittelverordnung mit Entscheidungsunterstützungssystemen: HTA-Bericht 86, http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta228_bericht_de.pdf (Stand 29.02.2012).
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2004): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Osnabrück.
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege: 1. Aktualisierung 2009, Osnabrück.
- Drescher, F. und Marsden, N. (2011): Akzeptanz der elektronischen Gesundheitskarte im Feldtest, *Das Gesundheitswesen* 73(12): 835–842.
- Dykes, P. C. und Wheeler, K. (2002): Critical pathways - Interdisziplinäre Versorgungspfade, 1. Auflage, Bern, Huber.
- Ernstmann, N. und Pfaff, H. (2006): Es gibt noch Vorbehalte: Erwartungen von Ärzten in Krankenhaus und Praxis an die elektronische Gesundheitskarte., *Krankenhaus Umschau* 5: 370–372.
- Eslami, S., de Keizer, N.F. und Abu-Hanna, A. (2008): The impact of computerized physician medication order entry in hospitalized patients: a systematic review, *International Journal of Medical Informatics* 77(6): 365–376.
- Ewers, M. (2011): Case Management und andere Steuerungsaufgaben der Pflege, in: Schaeffer, D. (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft*, Juventa, Weinheim u. a.: 643–660.
- Ewers, M. und Schaeffer, D. (2005): Case Management in Theorie und Praxis, 2. Auflage, Hans Huber, Bern
- Expert Group on Safe Medication Practices (2006): Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices, http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/medication%20safety%20culture%20report%20e.pdf (Stand 29.02.2012).

- Fiß, T., Schaefer, M., van den Berg, N. und Hoffmann, W. (2011): Zeitbedarf und Kosten für die Umsetzung eines Medikamentenreviews und assoziierter pharmazeutischer und medizinischer Evaluation im ambulanten Versorgungssektor, *Das Gesundheitswesen* 74: 322-327.
- Foust, J. (2007): Discharge planning as part of daily nursing practice, *Applied nursing research* 20(2): 72-77.
- Gallini, A., Juillard-Condât, B., Saux, M.-C. und Taboulet, F. (2011): Drug selection in French university hospitals: analysis of formularies for nine competitive pharmacological classes, *British Journal of Clinical Pharmacology* 72(5): 823-831.
- Gerste, B., Niemeyer, M. und Lauterberg, J. (2000): Wieviel chronisch Kranke gibt es? Annäherungen mit Hilfe einer Analyse von Routinedaten, in: Arnold, M., Litsch, M. und Schwartz, F.W. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 1999: Versorgung chronisch Kranker*, Schattauer, Stuttgart: 67-92.
- Giepen, C. und Gesenhues, S. (2011): eDokumentation und eKommunikation aus Sicht der Ärzteschaft, in: Kellermann-Mühlhoff, P. und Lingemann, A. (Hrsg.), *eGesundheit: Nutzen und Akzeptanz*, Düsseldorf: 216-228.
- Glassman, P., Simon, B., Belperio, P. und Lanto, A. (2002): Improving recognition of drug interactions: benefits and barriers to using automated drug alerts, *Medical care* 40(12): 1161-1171.
- Glintborg, B., Hillestrom, P., Olsen, L., Dalhoff, K. und Poulsen, H. (2007): Are patients reliable when self-reporting medication use? Validation of structured drug interviews and home visits by drug analysis and prescription data in acutely hospitalized patients, *Journal of clinical pharmacology* 47(11): 1440-1449.
- Göres, U. (2009): Nutzerakzeptanz - Herausforderung Telemedizin am Beispiel der elektronischen Gesundheitskarte, in: Jäckel, A. (Hrsg.), *Telemedizinführer Deutschland: Ausgabe 2009*, Bad Nauheim: 272-280.
- Grandt, D. (2008): Untersuchung der Eignung der freiwilligen medizinischen Daten der elektronischen Gesundheitskarte für die AMTSP und Abschätzung des Potenzials der AMTSP zur Verbesserung der Patientensicherheit bei der Arzneimitteltherapie, http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/forschungsbericht_e/grandt-studie.pdf (Stand 16.05.2012).
- Grandt, D. und Müller-Oerlinghausen, B. (2004): Anforderungen an die medizinischen Daten, *Deutsches Ärzteblatt* 101(30): A2102- A2105.
- Grimmer, K., May, E., Dawson, A. und Peoples, C. (2004): Informing Discharge Plans. Assessments of Elderly Patients in Australian Public Hospitals: A Field Study, *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* 2 (3): 1-13.
- Grundböck, A., Rappauer, A., Müller, G. und Stricker, S. (2005): Ausgewählte Ergebnisse einer Evaluationsstudie über ein Wiener Modellprojekt: Entlassungsmanagement durch ambulante Pflegepersonen - Sicht der Patienten und Angehörigen, *Pflege Praxis* 18(2): 121-127.
- Haas, P. (2006): *Gesundheitstelematik: Grundlagen Anwendungen Potenziale*, Springer, Heidelberg
- Himmel, W., Kochen, M.M., Sorns, U. und Hummers-Pradier, E. (2004): Drug changes at the interface between primary and secondary care, *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics* 42(2): 103-109.
- Himmel, W., Tabache, M. und Kochen, M.M. (1996): What happens to long-term medication when general practice patients are referred to hospital?, *European Journal of Clinical Pharmacology* 50(4): 253-257.
- Hof, S. (2002): Entlassungsmanagement. Zweite Konsensus-Konferenz in der Pflege in Osnabrück, *Dr. med. Mabuse* 27(140): 19-21.
- Hogan, S.O. und Kissam, S.M. (2010): Measuring Meaningful Use, *Health Affairs* 29(4): 601-606.
- Höhl, R. (2011): E-Fallakte wird zum festen Therapietool, *Ärztezeitung.de*, http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/w_specials/it-in-der-arztpraxis/article/666132/e-fallakte-festen-therapietool.html (Stand 20.03.2012).
- Höhm, U., Müller-Mundt, G. und Schultz, B. (1999): *Qualität durch Kooperation*, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.
- Holland, D., Harris, M., Pankratz, V., Closson, D., Matt-Hensrud, N. und Severson, M. (2003): Prospective evaluation of a screen for complex discharge planning in hospitalized adults, *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5): 678-682.

- Huang, T.-T. und Liang, S.-H. (2005): A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due to falling, *Journal of clinical nursing* 4(10): 1193–1201.
- Hübner, U., Liebe, J., Egbert, N. und Frey, A. (2012): IT-Report Gesundheitswesen: Schwerpunkt IT im Krankenhaus, http://l4asrv-2.wi.fh-osnabrueck.de/joomla/index.php?option=com_remository&Itemid=13&func=fileinfo&id=26 (Stand 16.05.2012).
- Jahnsen, K. und Glaeske, G. (2002): Benzodiazepine – Immer noch zu lange und zu hoch dosiert!, *Sucht aktuell* 2: 5–10.
- Jencks, S.F., Williams, M.V. und Coleman, E.A. (2009): Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program, *New England Journal of Medicine* 360(14): 1418–1428.
- Jha, A.K. (2010): Meaningful Use of Electronic Health Records: The Road Ahead, *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 30 (15): 1709–1710.
- Joosten, M. (1997): Die Pflege-Überleitung. Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege, Altera, Bremen.
- Kierkegaard, P. (2011): Electronic health record: Wiring Europe's healthcare, *Computer Law & Security Review* (27): 503–515.
- Kilbridge, P.M., Welebob, E.M. und Classen, D.C. (2006): Development of the Leapfrog methodology for evaluating hospital implemented inpatient computerized physician order entry systems, *Quality & safety in health care* 15(2): 81–84.
- Klauber, J., Geraeds, M. und Friedrich, K. (2012): Krankenhaus-Report 2012: Regionalität, Schattauer, Stuttgart.
- Knaup, P., Pilz, J., Kaltschmidt, J., Ludt, S., Szecsenyi, J. und Haefeli, W.E. (2006): Standardized documentation of drug recommendations in discharge letters – a contribution to quality management in cooperative care, *Methods of information in medicine* 45(4): 336–342.
- Koppel, R. (2005): Role of Computerized Physician Order Entry Systems in Facilitating Medication Errors, *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 293(10): 1197–1203.
- Krämer, H.U. (2007): Verbesserung der Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Bereichs hinsichtlich der Arzneimittelversorgung am Beispiel Remscheid: Diplomarbeit, Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Medizinischen Fakultät zu Köln, Köln.
- Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C.O., Williams, M.V., Basaviah, P. und Baker, D.W. (2007): Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care, *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 297(8): 831–841.
- Krüger-Brand, H.E. (2011): Pilotprojekt zur Arzneimitteltherapiesicherheit, *Deutsches Ärzteblatt - Supplement: Praxis* 108(41): 2.
- Krüger-Brand, H.E. (2012): Gesundheitskarte Projekt zur Arzneimitteltherapiesicherheit, *Deutsches Ärzteblatt* 109(12): A 566.
- Kwok, T., Lee, J., Woo, J., Lee, D.T.F. und Griffith, S. (2008): A randomized controlled trial of a community nurse-supported hospital discharge programme in older patients with chronic heart failure, *Journal of Clinical Nursing* 17(1): 109–117.
- Laufs, A. (2000): Nicht der Arzt allein muß bereit sein das Notwendige zu tun, *NJW* 2000: 1757.
- Liedtke, D. und Wanjura, M. (1990): Projekt: Beratungspfleger. Diskussionsbeitrag zur Gesundheits- und Sozialforschung in Berlin, *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift* 43(8): 566–574.
- Mahler, C., Jank, S., Pruszydlo, M., Hermann, K., Gärtner, H., Kaltschmidt, J., Ludt, S., Bertsche, T., Haefeli, W. und Szecsenyi, J. (2011): Hei Care®, DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift 136(44): 2239–2244.
- Mangold, R., Baur, W., Podeswik, A. und Schroll-Decker, I. (2008): Systemisches Case Management im Aufbau einer Nachsorgeeinrichtung in der Pädiatrie. 7 Stufen zur Nachsorgeeinrichtung Bunter Kreis, *Case Management* 5(1): 22–27.
- Mehs, M. (1978): Sozialdienst im Krankenhaus, in: Mehs, M. und Glatzel, J. (Hrsg.), *Sozialdienst im Krankenhaus*, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau: 18–54.

- Mistiaen, P., Francke, A.L. und Poot, E. (2007): Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review, *BMC Health Services Research* (1): 47–66.
- Müller, F., Mathews, A., Kirchner, M., Patapovas, A., Pfistermeister, B., Plank-Kiegele, B., Vogler, R., Sojer, R., Bürkle, T., Dormann, H. und Maas, R. (2011): Adverse drug events and medication errors in an emergency department. *Br J Clin Pharmacol* 72 Suppl. 1: 20 (Abstr 39).
- Naylor, M.D. (1999): Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders: A Randomized Clinical Trial, *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 281(7): 613–620.
- Neuhaus, J., Deiters, W. und Wiedeler, M. (2006): Mehrwertdienste im Umfeld der elektronischen Gesundheitskarte, *Informatik-Spektrum* 29(5): 332–340.
- Nikolaus, T., Bach, M., Specht-Leible, N., Oster, P., Schlierf, G. und Wittmann-Jennewein, C. (1995): Wirksamkeit von stationärer geriatrischer Evaluation und Management und einem häuslichen Interventions-Team, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28(1).
- Parkes, J. und Shepperd, S. (2002): Discharge Planning from hospital to home (Cochrane review), *The Cochrane Library* 2, Oxford Update Software.
- Pflüger, F. (1999): Haftungsfragen der Telemedizin, *Zeitschrift für Versicherungsrecht* 25: 1070
- Phillips, C.O., Wright S.M, Kern, D.S.R., Shepperd, S. und Rubin, H.R. (2004): Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis, *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 291(11): 1358–1367.
- Porz, F. (2008): Prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojektes Augsburg (PRIMA-Studie). Zusammenfassung des Endberichts. Evaluation der individuellen familienorientierten Nachsorge für Früh- und Risikogeborene des Modellprojektes BUNTER KREIS Augsburg, beta Institut, Augsburg.
- Potts, A., Barr, F., Gregory, D., Wright, L. und Patel, N. (2004): Computerized physician order entry and medication errors in a pediatric critical care unit, *Pediatrics* 113(1 Pt 1): 59–63.
- Prokosch, H.-U. (2011): Interoperabilität in einer heterogenen IT-Landschaft, in: Kellermann-Mühlhoff, P. und Lingemann, A. (Hrsg.), *eGesundheit: Nutzen und Akzeptanz*, Düsseldorf: 90-103.
- Rabol, R., Arroe, G., Folke, F., Madsen, K., Langergaard, M., Larsen, A., Budek, T. und Andersen, J. (2006): Uoverensstemmelser mellem medicinoplysninger fra patienter og egen læge (Disagreement between physicians' medication records and information given by patients), *Ugeskrift for læger* 168(13): 1307–1310.
- Rommers, M., Teepe-Twiss, I. und Guchelaar, H.-J. (2007): Preventing adverse drug events in hospital practice: an overview, *Pharmacoepidemiology and drug safety* 16(10): 1129–1135.
- Roth-Isigkeit, A. und Harder, S. (2005): Die Entlassungsmedikation im Arztbrief, *Medizinische Klinik* 100(2): 87–93.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität – Qualität und Versorgungsstrukturen, Gutachten 2003, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008): Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010): Koordination und Integration: Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009, Nomos, Baden-Baden.
- Schaeffer, D. (1989): Formen der Kooperation zwischen den Krankenhausärzten und den Sozialdiensten, *Medizin Mensch Gesellschaft* 14(1).
- Schaeffer, D. (2009): Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter - Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs: *Pflege & Gesellschaft*, *Pflege & Gesellschaft* 14(4): 306–324.
- Schaeffer, D. und Moers, M. (1994): Überleitungspflege - Analyse eines Modells zur Regulation der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 2(1): 7–24.

- Schlitt, R. (2004): Die Kommunikation zwischen Arztpraxis und Krankenhaus: wochenlanges Warten auf Entlassungsbriege und unklare Einweisungsbegründungen, KV-Blatt (08): 22–23.
- Seibert, W. (2011): Fallakte mit neuen Aufgaben, Deutsches Ärzteblatt 108(42): A2210-A2212.
- Shepperd, S., Parkes, J., McClaren, J. und Phillips, C. (2004): Discharge planning from hospital to home, Cochrane database of systematic reviews (1): CD000313.
- Sommerfeldt, S., Gerstner, M., Metzmacher, K., Roos, K. und Schwarz, R. (1992): Betreuung schwerkranker Tumorpatienten im Verzahnungsbereich von stationärer und ambulanter Versorgung, Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift 45(10): 699–704.
- Steeman, E. (2006): Implementation of discharge management for geriatric patients at risk of readmission or institutionalization, International Journal for Quality in Health Care 18(5): 352–358.
- Tamblyn, R.M., McLeod, P.J., Abrahamowicz, M. und Laprise, R. (1996): Do too many cooks spoil the broth? Multiple physician involvement in medical management of elderly patient and potentially inappropriate drug combination, Canadian Medical Association 8(154): 1177–1184.
- Teich, J.M., Merchia, P.R., Schmiz, J.L., Kuperman, G.J., Spurr, C.D. und Bates, D.W. (2000): Effects of computerized physician order entry on prescribing practices, Archives of internal medicine 160(18): 2741–2747.
- The Leapfrog Group (2011): Factsheet-Computerized Physician Order Entry, Factsheet-Computerized Physician Order Entry, http://www.leapfroggroup.org/media/file/FactSheet_CPOE.pdf (Stand 29.02.2012).
- The Leapfrog Group (2008) The Leapfrog Group for Patient Safety-Leapfrog Hospital Survey Results, <http://www.leapfroggroup.org/media/file/leapfrogreportfinal.pdf> (Stand 29.02.2012).
- Thürmann, P.A. und Jaehde, U. (2011): Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen: Querschnittsanalyse und Machbarkeit eines multidisziplinären Ansatzes: Abschlussbericht zum Projekt, http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2011/Abschlussbericht_AMTS_in_Alten-_und_Pflegeheimen.pdf (Stand 31.05.2012).
- Thürmann, P.A., Harder, S. und Steioff, A. (1997): Structure and activities of hospital drug committees in Germany, European Journal of Clinical Pharmacology 52(6): 429–435.
- Ulsenheimer, K. und Heinemann, N. (1999): Rechtliche Aspekte der Telemedizin - Grenzen der Telemedizin?, MedR (5): 197–203.
- VHitG (2006): Arztbrief - Auf Basis der HL7 Clinical Document Architecture Release 2 für das Deutsche Gesundheitswesen: Implementierungsleitfaden, <http://download.vhitg.de/Leitfaden-VHitG-Arztbrief-v150.pdf> (Stand 16.05.2012).
- Vieffues, H. (1978): Kooperation und Konflikt. Bemerkungen zum Verhältnis des Krankenhausarztes zum Krankenhaussozialarbeiter, in: Mehs, M. und Glatzel, J. (Hrsg.), Sozialdienst im Krankenhaus, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau: 64–73.
- Weingart, S., Toth, M., Sands, D., Aronson, M., Davis, R. und Phillips, R. (2003): Physicians' decisions to override computerized drug alerts in primary care, Archives of internal medicine 163(21): 2625–2631.
- Weiss, M., Piacentine, L., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., Holmes, S., Toman, S., Toy, A. und Vega-Stromberg, T. (2007): Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients, Clinical nurse specialist 21(1): 31–42.
- Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen, Huber, Bern.
- Wingenfeld, K. (2010): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus: Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen, Kohlhammer, Stuttgart.
- Wingenfeld, K., Joosten, M. Müller, C. und Ollendiek, I. (2007): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen: Patientenstruktur und Ergebnisqualität: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, IPW, Bielefeld.
- Wirtz, B.W., Ullrich, S. und Mory, L. (2011a): E-Health - Akzeptanz der elektronischen Gesundheitskarte, Dt. Forschungsinst. für öffentliche Verwaltung, Speyer.
- Wirtz, B.W., Ullrich, S. und Mory, L. (2011b): Die Akzeptanz der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland, Zeitschrift für Betriebswirtschaft 81: 495–518.

- Wolfstadt, J., Gurwitz, J., Field, T., Lee, M., Kalkar, S., Wu, W. und Rochon, P. (2008): The effect of computerized physician order entry with clinical decision support on the rates of adverse drug events: a systematic review, *Journal of general internal medicine* 23(4): 451–458.
- York, R., Brown, L.P., Samuels, P., Finkler, S.A., Jacobsen, B., Persely, C.A., Swank, A. und Robbins, D. (1997): A randomized trial of early discharge and nurse specialist transitional follow-up care of high-risk childbearing women, *Nursing research* 46(5): 254–261.
- ZTG (Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen) (2011): Elektronische Akten im Gesundheitswesen: Ergebnisse des bundesweiten Arbeitskreises EPA/EFA, http://www.e-health-com.eu/fileadmin/user_upload/dateien/Downloads/AK_EPA-eFA_ElektronischeAktenimGesundheitswesen.pdf (Stand 16.05.12).

5 Sektorenübergreifender und populationsorientierter Qualitätswettbewerb

207. 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 sektorenübergreifende Versorgung bereits heute den Schwerpunkt des realen Versorgungsgeschehens und wird in einer alternden Bevölkerung mit komplexen Behandlungserfordernissen noch weiter zunehmen.

208. 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 (Donabedian 1980).

Für Patienten sind bei der Wahl eines Krankenhauses, Arztes oder einer Pflegeeinrichtung insbesondere die Beziehungs- und die Umgebungsqualität wichtige Bereiche (Geraedts 2008; Geraedts et al. 2011; Cruppé/Geraedts 2011). 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.

Die verbreitetste Definition der (technischen) Versorgungsqualität („quality of care“) von Gesundheitsleistungen stammt vom amerikanischen Institute of Medicine (IOM):

"Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge." (Lohr 1990: 21)

Der britische NHS erweiterte die Definition um das Konzept der Angemessenheit: "doing the right things (what), to the right people (to whom), at the right time (when), and doing things right the first time" (The Department of Health 1997: 3.2). Medizinische Behandlungen müssen nicht nur korrekt ausgeführt werden, sondern es sollten auch Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden, sowie die Wünsche des Patienten beachtet werden (GA 2007).

Insgesamt sind sieben Dimensionen geeignet, gemeinsam Versorgungsqualität zu beschreiben. In allen Sektoren und Einrichtungen sollte die gesundheitliche Versorgung

1. effektiv,
2. sicher,
3. zeitnah,
4. patientenorientiert,
5. effizient,
6. zugangsgerecht und
7. angemessen (keine Unter-, Über- und Fehlversorgung)

sein (Institute of Medicine 2001; Legido-Quigley et al. 2008).

Eine gute populationsbezogene Versorgung sollte darüber hinaus ein Qualitätsmanagement,¹⁴³ das auf einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zielt, eine Koordinierung zwischen Einrichtungen und Sektoren (siehe Kapitel 4) sowie Prävention und Früherkennung beinhalten (Nolte et al. 2011).

5.1 Qualitätsindikatoren

209. Die Ausprägungen der oben aufgeführten Dimensionen von Qualität lassen sich nicht direkt bestimmen. Bewährt hat sich der Einsatz von Qualitätsindikatoren, wie beispielsweise Mortalitätsraten oder Impfraten. Auch für Qualitätsindikatoren selbst gelten Gütekriterien. Sie sollten relevant, valide, zuverlässig, praktikabel und zielgruppengerecht sein (National Quality Forum 2011; Kelley/Hurst 2006; AQUA-Institut 2010; Reiter et al. 2007). Anhand dieser Kriterien werden auch die Herausforderungen der Qualitätsmessung deutlich. So stellen die fünf Gütekriterien nicht selten gegensätzliche Anforderungen an die Indikatoren.

Relevanz

210. Für die Qualitätsmessung relevante Indikatoren beziehen sich auf Erkrankungen mit hoher epidemiologischer Prävalenz, großer Krankheitslast oder hohen Gesamtausgaben. Der hohe Aufwand der Qualitätsmessung sollte auf die Bereiche und Krankheiten konzentriert werden, bei denen die größten Qualitätsverbesserungen zu erwarten sind, sei es, weil sie eine große Patientengruppe betreffen oder die bestehende Versorgung große Qualitätsreserven birgt. Im Umkehrschluss bedeutet dies auch, dass wenn Qualitätsziele erreicht wurden und keine Verbesserung mehr zu erwarten ist, die Aufmerksamkeit auf neue Bereiche und Erkrankungen gelenkt werden sollte. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass auch Qualitätssicherungsmaßnahmen einem abnehmenden Grenznutzen unterliegen, das heißt, der Zusatznutzen weiterer Indikatoren strebt irgendwann gegen Null.

¹⁴³ Der Gesetzgeber verwendet dazu den Begriff Qualitätssicherung. In Wissenschaft und Praxis hat sich der Begriff Qualitätsmanagement durchgesetzt, womit eher die kontinuierliche Verbesserung als die Sicherung eines einmal erreichten Niveaus betont wird.

Damit Qualitätsmessung zu Qualitätsverbesserung führen kann, müssen die Leistungserbringer (einzeln oder als regionale Zusammenschlüsse) die gemessene Eigenschaft der Qualität beeinflussen können, das heißt, sie darf nicht übermäßig von der Mitwirkung des Patienten¹⁴⁴, der Behandlung durch nicht integrierte Einrichtungen, dem Zufall oder von Umwelteinflüssen abhängen.

Validität

211. Ein Indikator ist valide, wenn ein wissenschaftlich belegter Zusammenhang zwischen dem Messwert und der Ergebnisqualität besteht. Die zugrundeliegende Empirie sollte so ausgereift und solide sein, dass sie sich während des Messzeitraums voraussichtlich nicht verändert. Der Indikator sollte schlechte oder variable Qualität deutlich erfassen.

Zur Qualitätsmessung stehen verschiedene Arten von Indikatoren zur Verfügung. Donabedian unterteilte diese in Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren. Lebensdauer bzw. Mortalität und Morbidität sowie Lebensqualität sind die relevanten Ergebnisse gesundheitlicher Behandlung. Gute Strukturen erhöhen die Wahrscheinlichkeit guter Prozesse und gute Prozesse erhöhen die Wahrscheinlichkeit guter Ergebnisse (Donabedian 1988). Struktur- und Prozessindikatoren können bereits im Vorfeld oder während der Behandlung gemessen werden.

212. Strukturindikatoren beziehen sich auf die technische und personelle Ausstattung oder die Umgebungsqualität. Ihr Vorteil liegt in der datensparsamen Erhebung. Kennzahlen, wie die Qualifikation des Personals oder das Vorhandensein eines bestimmten Großgerätes oder einer Ernährungsberatung, müssen nur einrichtungs- und nicht patientenbezogen erhoben werden.

Ein beliebter Strukturindikator für Krankenhäuser, der die Erfahrung der Ärzte widerspiegeln soll, ist die Häufigkeit bestimmter Prozeduren. In jüngster Zeit sind allerdings Zweifel am Kausalzusammenhang zwischen höheren Fallzahlen und höherer Qualität entstanden (IQWiG 2008; Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 17.08.2011). Die Studien zu Fallzahlen beruhen auf Durchschnittswerten vieler Kliniken einer Größenkategorie und spiegeln nicht zwangsläufig die Qualität eines einzelnen in einer kleinen oder großen Klinik tätigen Arztes wider.

213. Prozessindikatoren bilden die Versorgungsqualität behandlungsbezogen ab. In der Ärzteschaft finden sie aufgrund ihrer Handlungsrelevanz generell eine hohe Akzeptanz, da sich Prozessveränderungen schnell in besseren Messwerten niederschlagen (Birkmeyer et al. 2004). Die medizinische Forschung hat für viele Behandlungen und Arzneimittel wissenschaftliche Evidenz für ihre Wirksamkeit generiert. Auf dieser Forschung basieren klinische Leitlinien, die inzwischen für viele Prozesse im ambulanten und stationären Bereich entwickelt wurden. Leitlinienimplementierung, d. h. das Ausmaß der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen, ist daher ein Schwerpunkt vieler Prozessindikatoren (SG 1995; GA 2000/2001; SG 2009).

¹⁴⁴ Es sei denn, die Aufgabe der Einrichtung ist es, den Patienten zur Mitwirkung zu motivieren, beispielsweise in Ernährungsberatungen.

Kriterium	Regelmäßige Blutdruckmessung bei Risikopatienten.
Leitlinie	Falls bei einer Blutdruckmessung der Blutdruck erhöht ist, sollte der Patient wieder einbestellt werden.
Standard	90 Prozent der Patienten in der Praxis mit einem Blutdruck über 160/90 mm Hg sollten ihren Blutdruck innerhalb von drei Monaten erneut messen lassen.
Indikator	Patienten mit einem Blutdruck über 160/90mm Hg, für die innerhalb von drei Monaten eine erneute Blutdruckmessung dokumentiert ist.
Tabelle 7: Beispiel für die Entwicklung von leitlinienbasierten Indikatoren	

Quelle: Schneider et al. 2003: 548

Leitlinien wurden allerdings zur Entscheidungsunterstützung im klinischen Alltag entwickelt, nicht als Instrument zur Messung der Qualität. Dadurch ergeben sich grundsätzliche Schwierigkeiten bei der Anwendung von Leitlinienumsetzung als Qualitätsindikator. Leitlinien wurden in der Regel für einzelne Krankheiten entwickelt, während in der Praxis das gleichzeitige Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen überwiegt (SG 2009). In Deutschland haben 59 % der 55- bis 69-Jährigen zwei oder mehr chronische Erkrankungen, bei den 70- bis 85-Jährigen fast 80 % (Deutsches Zentrum für Altersfragen 2012). Es liegt in der Verantwortung des Arztes, diese Empfehlungen an die besondere Situation des Patienten, z. B. relevante Komorbiditäten und individuelle Präferenzen anzupassen (Kopp 2011b). Eine Studie auf Basis bester verfügbarer Leitlinien ergab für eine repräsentative mehrfach erkrankte 79-jährige amerikanische Medicare¹⁴⁵-Patientin im günstigsten Fall zwölf Arzneimittel und 14 weitere Verhaltensanweisungen (Ernährung, Blutdruckmessung etc.) (Boyd 2005). Solche und ähnliche – insgesamt durchaus häufige – Konstellationen eignen sich nur sehr bedingt zur Bestimmung der Leitlinienumsetzung für einzelne Erkrankungen, da andernfalls Fehlanreize zur Über- und Fehlversorgung gesetzt würden. Insbesondere wenn die Vergütung davon abhängt, könnte dies zu einer schlechteren Versorgung für mehrfach erkrankte Patienten führen. In England gibt es dafür die Möglichkeit des „exception reporting“ um besondere Fälle aus der Statistik herauszunehmen. Bereits 2009 hat der Rat empfohlen, Leitlinien für mehrfach Erkrankte zu entwickeln (SG 2009). Dabei sollte ihre Nutzung als Quelle zur Entwicklung von Qualitätsmessinstrumenten mitbedacht werden.

Zwei Drittel der deutschen Leitlinien beruhen nur auf Expertenempfehlungen (S-1 Leitlinien), weniger als ein Viertel basieren auf systematisch aufgearbeiteter Evidenz und Expertenkonsens (S-3 Leitlinien)¹⁴⁶ (Kopp 2011a). Die Mehrheit aller Qualitätsmessverfahren konzentriert sich auf die Chirurgie, aber nur eine Minderheit der S-3 Leitlinien gilt für diesen Bereich. Auch wenn die Leitlinien auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen, so ist der Zusammenhang zwischen den gewählten Prozessindikatoren und den medizinischen Ergebnissen häufig nicht klar belegt (Sidorenkov et al. 2011; Birkmeyer et al. 2004). Schlussendlich können neuere wissenschaftliche Erkenntnisse die Prozessindikatoren schnell veralten lassen.¹⁴⁷

¹⁴⁵ Medicare ist eine Art öffentliche Krankenversicherung für alle über 65-Jährigen in den USA.

¹⁴⁶ S-2 Leitlinien beruhen entweder auf Evidenz oder auf einem Expertenkonsens.

¹⁴⁷ Beispielsweise basierte die externe stationäre Qualitätssicherung im Handlungsfeld Brustkrebs auf der Leitlinienempfehlung, die Achsellymphknoten zu entfernen. Die Zielmarke von mindestens zehn entfernten Lymphknoten bei mindestens 95 % der Patientinnen wurde 2010 nicht erreicht, weil zwischenzeitlich eine wissenschaftliche Debatte über die Sinnhaftigkeit bzw. die unerwünschten Wirkungen dieses Vorgehens entbrannt war (AQUA-Institut 2011b).

Neben der Leitlinienumsetzung können Prozessindikatoren auch potenziell problematisches oder unerwünschtes Verhalten messen, zum Beispiel den Anteil der Patienten, die mehr als fünf Medikamente gleichzeitig einnehmen, oder Medikamente, die für ihre Altersgruppe oder bestimmte Komorbiditäten nicht empfohlen werden.¹⁴⁸ Ein solcher Negativ-Indikator kann auch Hinweise auf mögliche Überversorgung geben, z. B. den Anteil der Patienten mit grippalen Infekten, die mit Antibiotika behandelt werden, oder bei Rückenschmerzen innerhalb von sechs Monaten bereits operiert werden. Positive Indikatoren sind beispielsweise die Vollständigkeit von Präoperations-Checklisten oder die Einhaltung des Vier-Augen-Prinzips bei der Medikamentenabgabe in Pflegeeinrichtungen.

214. Ergebnisindikatoren messen Mortalität, Morbidität und Lebensqualität als die (Langzeit-)Folgen einer Behandlung und damit die für den Patienten relevanten Ergebnisse einer Behandlung oder Langzeitversorgung.¹⁴⁹ Für die Validität eines Ergebnisindikators ist der Zusammenhang zwischen der Behandlung und dem (erwünschten oder unerwünschten) Ereignis zentral. 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.

Zuverlässigkeit (Reliabilität)

215. Ein Indikator ist reliabel, wenn er reale Unterschiede in der Versorgungsqualität aufdeckt, das heißt, dass die Differenzen in den Messwerten weder dem Zufall geschuldet sind, noch auf Manipulation, Risikoselektion oder ungenaue, nicht reproduzierbare Messmethoden zurückgeführt werden können.

Die Fallzahlproblematik ist das zentrale Hindernis einer solchen reliablen Qualitätsmessung im Gesundheitswesen. Nur eine kleine Minderheit aller auf Einrichtungsebene erhobenen Qualitätsindikatoren kann statistisch signifikante Abweichungen vom Durchschnitt oder einem vorab festgelegten Zielwert, wie beispielsweise der Forderung, dass 80 % aller Herzschrittmacher in weniger als einer Stunde implantiert werden sollten, aufzeigen.

Je seltener ein Ereignis auftritt, desto größer muss die Anzahl von Fällen sein, um eine sichere Aussage treffen zu können. Mortalität ist der zentrale Ergebnisindikator, aber für viele Indikationen ein sehr seltenes Ereignis im gesundheitlichen Versorgungsgeschehen. So beträgt die 30-Tages-Sterblichkeit-Rate nach der Implantation einer Knie-Totalendoprothese nur 0,1 %. Um eine Verdopplung des Risikos im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt zuverlässig festzustellen, wäre eine Mindestfallzahl von 1 417 Operationen notwendig, welche von keinem deutschen Krankenhaus erreicht wird. Im Rahmen der externen Qualitätssicherung ist die Mortalitätsrate nur für einige Herzoperationen ein zuverlässiger Indikator. Für Bypass-Operationen liegt die Krankenhaussterblichkeit bei 3 %,

¹⁴⁸ Die so genannte deutsche Priscus-Liste stellt, ähnlich wie die amerikanische Beers-Liste Medikamente zusammen, die bei Patienten über 65 Jahren potenziell unangemessen sind, z. B. weil sie als unerwünschte Arzneimittelwirkung die Sturzneigung erhöhen oder die Hirnleistung beeinflussen können (Holt et al. 2010).

¹⁴⁹ Bemühungen um Qualität in der Pflege stehen (auch im Rahmen der Professionsentwicklung) vor anderen Herausforderungen bei der Entwicklung von pflegerelevanten Indikatoren zur Lebens- und Ergebnisqualität. Dies erklärt sich dadurch, dass die Diskussion zur Qualitätsmessung und -transparenz in der Pflege bzw. im SGB XI sich von der hier dargestellten Diskussion in der Medizin bzw. dem SGB V unterscheidet. In Zukunft wäre eine Konvergenz wünschenswert.

dadurch erreichen 82,9 % aller Krankenhäuser die notwendige Mindestfallzahl für einen reliablen Qualitätsvergleich (AQUA-Institut 2011a).

Von der Mehrheit der Krankenhäuser und für die Mehrzahl der Indikatoren werden die notwendigen Fallzahlen für zuverlässige Aussagen allerdings nicht erreicht. Ausnahmen bilden Prozessindikatoren, wie beispielsweise die Dauer des operativen Eingriffs und positive Ergebnisindikatoren, wie die Laufzeit des Herzschrittmachers. So erreichen beispielsweise für den Indikator postoperative Beweglichkeit des Kniegelenks 85,9 % der Krankenhäuser die Mindestfallzahl

Eine technisch praktikable, methodisch aber problematische, Lösung des Problems der mangelnden Signifikanz wäre die Bildung eines Indexes, der alle Qualitätsindikatoren zu einer medizinischen Indikation zusammenfasst. Dafür müsste allerdings eine Gewichtung der Indikatoren stattfinden, die häufig schon eine Bewertung vorwegnimmt. Zentrale Ergebnisindikatoren wie Mortalität müssten zu detaillierten Prozessindikatoren wie dem Anteil ausgefüllter „OP-Checklisten“ in ein Zahlenverhältnis gesetzt werden. Eine andere Lösungsmöglichkeit wäre es, die Daten mehrerer Jahre zusammenzufassen, allerdings beeinträchtigt dies die Veränderungssensitivität, da Verbesserungen oder Verschlechterungen erst nach sehr langer Zeit sichtbar würden (Heller 2011a).

Im ambulanten Sektor besteht (bisher) keine gesetzlich verpflichtende externe Qualitätssicherung und daher erfolgt auch keine Berechnung der Reliabilität von Indikatoren. Im ambulanten Sektor dominiert die Versorgung chronischer Krankheiten gegenüber operativen Eingriffen. Die Mitwirkung des Patienten und anderer Leistungserbringer, Umwelteinflüsse und Zufälle beeinflussen die Ergebnisse in höherem Maße als im stationären Sektor, weshalb Sterberaten insbesondere bei chronischen Erkrankungen alleine kein valider Indikator sind. Niedrige Fallzahlen pro Indikation und Praxis erschweren die reliable Berechnung von Ergebnisqualität weiter. Die Struktur des ambulanten Bereichs in Deutschland mit Hausärzten und Fachärzten in kleinen Organisationseinheiten (häufig Einzelpraxen) mit geringen Fallzahlen erschwert vergleichende Qualitätsmessungen und damit einen Wettbewerb um die Ergebnisqualität.

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.

Komplikationsraten und insbesondere die Sterblichkeit sind zwar zentral für die Qualitätsmessung, bergen aber neben der Fallzahlproblematik auch noch das Problem der Risikoselektion. Schon Florence Nightingale berichtete im 19. Jahrhundert von gezielter Risikoselektion um die Sterblichkeitsstatistik zu schönen (Nightingale 1863). Wenn gute Qualitätsergebnisse mit (finanziellen) Anreizen verbunden werden, könnten Ärzte dazu neigen, nur relativ gesunde Patienten zu behandeln und schwer bzw. mehrfach erkrankte Patienten abzuweisen. Mit Risikoadjustierung der Daten soll dieses so genannte „Rosinen picken“ vermieden werden. Ergebnisindikatoren werden deshalb nach Alter, Geschlecht, Komorbidität und Stadium der Krankheit in Standard-Mortalitäts-Raten (SMR) umgerechnet. Im ambulanten Bereich wäre eine Erweiterung um den sozioökonomischen Status wünschenswert, um zu einer populationsbezogenen Qualitätsmessung, die auch Prävention und Früherkennung, sowie Zugangsmöglichkeiten mit einbezieht, zu kommen (vgl. Unterkapitel 5.5).

216. Ein gemeinsames Problem von Ergebnis- und Prozessindikatoren ist die Definition von Ein- und Ausschlusskriterien, wenn die Messwerte als Bruch oder Prozentsatz dargestellt werden. Die als „Denominator-Problem“ bekannte Schwierigkeit ist die Definition der richtigen Basispatienten-

tengruppe, d. h. des richtigen Nenners. Bei prozedurbezogenen Indikatoren ergibt sich der Nenner durch die Zahl der Behandlungen, bei indikationsbezogenen Indikatoren sind klare Definitionen nötig, welche Diagnosen in den Nenner einbezogen werden. In der ambulanten Versorgung würde der Nenner im Idealfall populationsbezogen erhoben, z. B. alle über 60-Jährigen eines Ortes statt einer Praxis. Eine sinnvolle Voraussetzung dafür wäre etwa ein populationsbezogenes, umfassendes hausarztzentriertes Versorgungskonzept mit Einschreibung (so genannte „defined population“, vgl. SG 2009).

Auch die Interpretation vorhandener Daten kann zu einer bemerkenswerten Varianz in der Ergebnisdarstellung führen. Die amerikanische Medicare-Versicherung veröffentlicht seit 1986 die Sterblichkeitsraten von Operationen am Herzen. In einer Studie berechneten vier renommierte Anbieter von Krankenhaus-Rankings auf Basis der gleichen Sterblichkeitsdaten jeweils eine Bestenliste. Aufgrund verschiedener Ein- und Ausschlusskriterien zeigte sich am Ende keine Kohärenz. Krankenhäuser, die in einem Ranking schlecht abschnitten, lagen im nächsten vorne (Shahian 2011).

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. Hier ergibt sich also das entgegengesetzte Bild zur Validität und Relevanz.

Praktikabilität

217. 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.

Daten zur Berechnung von Qualitätsindikatoren stammen zumeist aus drei Quellen: klinische Erhebungen, Routinedaten und Patientenbefragungen. 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. Um die Zuverlässigkeit der Daten in der Praxis zu gewährleisten, müssen diese Indikatoren eindeutig und verständlich formuliert sein.

Ohnehin dokumentierte Routinedaten müssen dagegen nicht gesondert erhoben werden. In der Regel handelt es sich um Abrechnungs- und Sozialdaten der Krankenversicherungen. Neben Mortalität wird auch Morbidität in Endpunkten gemessen. Sowohl primäre (z. B. Tod, Erblindung, Amputation) als auch sekundäre (z. B. Neuropathie, diabetischer Fuß) Endpunkte können aus den Abrechnungsdaten abgeleitet werden. Die Vollständigkeit der Abrechnungsdaten ist tendenziell besser als die von gesondert erhobenen Qualitätsdaten. Einige Zweifel an der Berechtigung zur Sekundärnutzung dieser Daten konnten inzwischen ausgeräumt werden (Mansky 2011). Wo immer es möglich ist, sollten daher solche Routinedaten anstelle von extra erhobenen Parametern für die Qualitätssicherung genutzt werden.

218. In Patientenbefragungen ließe sich – vorzugsweise mit Hilfe validierter Fragebögen (SF-36, EQ-5D o. ä.) – die Lebensqualität der Patienten erheben. Dies findet in Deutschland bisher noch nicht routinemässig statt. Es gibt allerdings (erkrankungs-)spezifischere Fragebögen, die beispielsweise das Schmerzniveau nach einer Operation (QUIPS) oder die Beweglichkeit von Hüft- und Knie-Totalendoprothesen erfassen (Fitzpatrick 2009). Während dies eine klarere Fokussierung

auf den Patienten begünstigt, ist der Erhebungsaufwand sehr hoch, da die Patienten einzeln befragt und teilweise nachverfolgt werden müssen. Die Handlungsrelevanz für einzelne Leistungserbringer ist nur in der direkten Nachbefragung zu einer konkreten Intervention gegeben.

219. Die Messung von Prozess- und Ergebnisindikatoren führt immer zu patientenbezogenen Daten, bei deren Erhebung und Verarbeitung strenge Datenschutzauflagen zu beachten sind. Für die Erhebung von klinisch relevanten Endpunkten muss der Patient über einen gewissen Zeitraum und über die Sektorengrenzen hinweg nachverfolgt werden. Ambulante und stationäre Daten werden in unterschiedlichen Systemen erhoben und müssen dann zusammengeführt werden, wozu ein eindeutiger Patientenbezug benötigt wird. 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 (Hasford et al. 2004; Neugebauer et al. 2010) (zu damit verbundenen Problemen vgl. Kapitel 4).

Zielgruppengerechtigkeit

220. Qualitätsindikatoren werden für verschiedene Zwecke und Zielgruppen erhoben. Die Leistungserbringer selbst erheben Indikatoren für interne Vergleiche und das interne Qualitätsmanagement. Im stationären Bereich werden sie zusammen mit Patienten- und Mitarbeiterbefragungen für das interne Qualitätsmanagement verwendet. Im ambulanten Bereich werden Indikatoren zum Beispiel im Rahmen von Qualitätszirkelprogrammen zu praxisübergreifenden Vergleichen und zur Qualitätsförderung genutzt.

Daneben werden Indikatoren auch einrichtungsübergreifend für die externe Qualitätssicherung erhoben. Diese werden von den Leistungserbringern auch genutzt, um ihre Position im Vergleich zu ermitteln. Die Forschung kann auf Basis dieser Daten neue Therapien und Medikamente in der Versorgung evaluieren. Auch die Gesellschaft braucht Informationen, um gesamtgesellschaftliche Ziele wie Impfraten, Angemessenheit der Kosten und Zugangsgerechtigkeit zu evaluieren (Smith et al. 2009). Darüber hinaus soll die externe Qualitätssicherung Transparenz und damit einen Qualitätswettbewerb fördern. Dafür müssen die Daten für die unterschiedlichen Zielgruppen – Ärzte, Versicherungen, Patienten, Forscher – jedoch unterschiedlich aufbereitet und aggregiert werden (siehe Unterkapitel 3.3).

5.2 Stand der Qualitätsmessung und -transparenz

221. Interne und externe Qualitätssicherung (inkl. Qualitätsmanagement) wurden in den unterschiedlichen Sektoren des Gesundheitswesens getrennt entwickelt, dadurch entstehen Reibungspunkte und Kommunikationshindernisse, insbesondere an der Schnittstelle. Die unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen verstärken die bestehenden Ungleichheiten noch. Während es sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor Strukturvoraussetzungen und Leitlinien gibt, wird in der Regel nur die Behandlungsqualität von Krankenhäusern ex post gemessen. Praxen müssen zwar ein internes Qualitätsmanagement etablieren, aber keine Daten veröffentlichen. Der neue spezialfachärztliche Versorgungsbereich stellt erstmals gleiche Qualitätsanforderungen an Niedergelassene und Krankenhäuser.

Im SGB V regeln insgesamt zehn Paragraphen die unterschiedlichen Qualitätsanforderungen und -verfahren¹⁵⁰. Darüber hinaus legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Qualitätsanforderungen für bestimmte Bereiche, z. B. Röntgenleistungen, fest. Das SGB XI regelt die Qualitätssicherung und -messung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung. Die Rehabilitationsleistungen (SGB IX) fallen unter die Aufsicht der Rentenversicherungsträger. Die externe Qualitätssicherung der verschiedenen Sektoren ist deshalb bislang weder kompatibel noch direkt vergleichbar. Dieses Kapitel legt den Schwerpunkt auf die gesundheitliche Versorgung im Rahmen des SGB V. Wo Synergieeffekte in der Qualitätsmessung möglich sind, wird exkursiv auf die Pflege verwiesen.

5.2.1 Qualitätssicherung im stationären Sektor

222. Am weitesten entwickelt ist die externe Qualitätssicherung im stationären Sektor. Die Einführung der DRG-Vergütung ab dem Jahr 2003 schürte Befürchtungen, dass es zu Qualitätseinbußen kommen würde, weil die Krankenhäuser dem Patienten (Teil-)Leistungen vorenthalten könnten, um ihren Gewinn aus der pauschalierten Vergütung zu erhöhen. Man befürchtete verschiedentlich so genannte „blutige Entlassungen“. Deshalb wurde im SGB V eine verpflichtende, externe Qualitätssicherung für die Krankenhäuser eingeführt, die zunächst von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) und inzwischen nach § 137a SGB V vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut) umgesetzt wird. Die Krankenhäuser veröffentlichen bisher zweijährlich, ab 2012 jährlich, strukturierte Qualitätsberichte. Auf Grundlage dieser Berichte ermöglichen verschiedene Internetportale einen Krankenhausvergleich. Die Krankenhäuser mussten zunächst nur 28 der ca. 400 Qualitätsindikatoren in ihren Qualitätsberichten veröffentlichen. Von Anfang an empfahl der Rat, die Ergebnisse der Qualitätsmessung Patienten, Einweisern und Kostenträgern zugänglich zu machen (GA 2000/2001). Für das Berichtsjahr 2010 müssen erstmals 182 von 400 Indikatoren veröffentlicht werden (AQUA-Institut 2011b). Die externe, stationäre Qualitätssicherung für Krankenhäuser ist sehr gut validiert und dient international als Vorbild (Zichtbare Zorg 2009). Die Indikatoren beziehen sich auf die wichtigsten Erkrankungen und Prozesse im Krankenhaus.¹⁵¹ Jedes Jahr werden einige Fokusbereiche verändert, um eine zu starke Konzentration der Ressourcen auf die veröffentlichten Indikatoren zu verhindern. Seltene Erkrankungen und Verfahren können kaum reliabel dargestellt werden. Qualitätsindikatoren

150 § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit
 § 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus
 § 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
 § 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
 § 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung
 § 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen
 § 137a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität
 § 137b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin
 § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten
 § 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

151 Beispielsweise sei hier das Thema Knie-Totalendoprothese dargestellt. Es wird zunächst in die zwei Unterthemen "Erstimplantation" und "Wechsel und Komponentenwechsel" unterteilt, für die dann detaillierte Indikatoren entwickelt werden. Der erste Indikator für die "Erstimplantation" ist die Indikationsstellung. Das Schmerzniveau des Patienten soll vor der Operation mit Hilfe des Kellgren & Lawrence-Scores gemessen werden, die Skala reicht von 0 bis 8, ab 4 ist eine Operation indiziert. Bei mehr als 90% der Patienten sollte die Operation so begründet sein (Referenzbereich). Die weiteren Indikatoren sind: perioperative Antibiotikaphylaxe, postoperative Beweglichkeit, Patienten mit OP-bedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung, Gefäßläsion oder Nerven-schaden, Fraktur, postoperative Wundinfektion, Wundhämatome/Nachblutungen, allgemeine postoperative Komplikationen, Reoperation wegen Komplikationen, Sterblichkeit (AQUA-Institut 2011b).

können daher immer nur einen Ausschnitt der Versorgungsrealität abbilden. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser erfassten im Jahr 2009 rund 20 % aller Krankenhausfälle (AQUA-Institut 2010).

Die Berichte sind zwar jedermann zugänglich, allerdings sowohl in der Öffentlichkeit als auch bei den einweisenden Ärzten (noch) weitgehend unbekannt. In einer Studie aus dem Jahr 2010 verwendeten nur 14 % der Ärzte die Qualitätsberichte als Grundlage für ihre Einweiserempfehlung (Hermeling et al. 2011).

223. Wenn ein Haus vom durch Experten definierten Referenzbereich abweicht, laden die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung zum „Strukturierten Dialog“. Die genaue Vorgehensweise wird von den Landesgeschäftsstellen noch sehr unterschiedlich gehandhabt, eine stärkere Harmonisierung wird jedoch angestrebt. Für seltene Verfahren (z. B. Transplantationen, Herzchirurgie) führt das AQUA-Institut den „Strukturierten Dialog“ direkt auf Bundesebene durch.

Insgesamt wird sich die externe stationäre Qualitätssicherung schrittweise um Elemente wie Nachbeobachtungen (follow up) nach stationärem Aufenthalt und die Einbeziehung von Routinedaten (s. u.) erweitern. Das Herzstück aller Bemühungen bleibt aber letztlich die konkrete Qualitätsverbesserung durch Optimierung interner Prozesse im Krankenhaus. Der G-BA setzt mit diesen Berichten bislang eher auf Qualitätsverbesserung als auf Marktvereinigung.

224. Das gesetzliche Verfahren hat sich langsamer und inhaltlich begrenzter entwickelt als das Bedürfnis mancher Krankenhäuser nach einer Messung ihrer Qualität. Daher gibt es parallel eine Vielzahl von Verfahren, die sich aus der Praxis entwickelt haben. Den am weitesten entwickelten Ansatz stellt die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) dar. Ein freiwilliger Zusammenschluss von Krankenhäusern unterschiedlicher Träger vergleicht alle Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung untereinander und berechnet auf der Grundlage von Abrechnungsdaten zusätzlich noch weitere Indikatoren. Der Vergleich dient nicht einer Selektion, sondern dazu, die besten Therapieansätze und Versorgungsformen zu identifizieren, sodass alle beteiligten Krankenhäuser davon lernen können (Kuhlen et al. 2011). Bei den teilnehmenden Krankenhäusern zeigen sich Qualitätsverbesserungen über dem Bundesdurchschnitt (Mansky et al. 2011). Wichtigste Instrumente sind die Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren und strukturierte Peer Reviews.

225. Viele Krankenhäuser sind inzwischen zertifiziert. Diese Qualitäts- bzw. Gütesiegel haben grundsätzlich zwei entscheidende Vorteile: sie können Bemühungen zur Qualitätssicherung und -verbesserung abbilden, die in Messwerten zur Ergebnisqualität (noch) nicht sichtbar sind und sie sind ein klares, leicht verständliches Signal für gute Qualität.

Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, Berichtssysteme für Beinahefehler, Beschwerdemanagement und klar strukturierte, langfristige Patientenakten helfen dabei, Fehler zu vermeiden. Diese Bemühungen schlagen sich aber zumeist nicht sofort in besseren Indikatorwerten nieder, weil sie insbesondere seltenen Ereignissen vorbeugen sollen. Zertifikate können – je nach den dafür erforderlichen Anforderungen – entsprechende Verbesserungen nach außen sichtbar demonstrieren.

Es gibt inzwischen eine Vielzahl von Zertifikaten für Krankenhäuser. Das wichtigste speziell für Krankenhäuser entwickelte ist Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ). Daneben erlebt gerade DIN ISO, das primär für die Industrie entwickelt wurde, eine Renaissance in den Krankenhäusern (Gaede 2012). Dazu gibt es eine Vielzahl an Zertifikaten für einzelne Abteilungen, die von den Fachgesellschaften entwickelt werden oder für Managementverbesserungen des gesamten Krankenhauses, z. B. Umwelt- oder Familienfreundlichkeit. Viele

Krankenhäuser präsentieren inzwischen verschiedenste Zertifikate in der Eingangshalle. Angesichts der Unübersichtlichkeit dieser Zertifikatevielfalt ist für den Patienten oft nicht klar, ob nur Strukturen oder auch medizinische Prozesse und nach welchen genauen Anforderungen bzw. Standards hier zertifiziert wurde.

5.2.2 Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

226. In der ambulanten Versorgung gibt es bisher noch keine gesetzlich verpflichtende Qualitätsberichterstattung. Die Qualitätssicherung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Diese setzen statt auf externe Qualitätsmessung eher auf Zulassungsvoraussetzungen und Strukturindikatoren, welche im Rahmen von Bundesmantelverträgen mit den Krankenkassen themenbezogen geregelt werden, so zum Beispiel über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (GKV-SP/KBV 2010).

Die externe Qualitätssicherung ist auf Stichprobenprüfungen von Patientenakten begrenzt, die die Landes-KVen durchführen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht jährlich einen Qualitätsbericht mit den Ergebnissen der Stichprobenprüfungen der einzelnen KVen (KBV 2011). Auch einzelne Landes-KVen veröffentlichten nach eigenem Ermessen Qualitätsberichte. Dadurch ergab sich ein sehr uneinheitliches Bild: Während in Baden-Württemberg 60 % der Fälle beanstandet wurden, gab es in Berlin in keinem einzigen Fall Beanstandungen. Eine bundesweite Vereinheitlichung der Prüfkriterien brachte bislang keine Veränderung dieses zersplitterten Ergebnisses. Es ist wahrscheinlich, dass die Gründe für die Diskrepanz eher bei den Prüfern zu suchen sind als bei den beteiligten Ärzten. Die Ergebnisse sind in dieser Form für einen Qualitätsvergleich zwischen den Regionen nicht geeignet.

227. Im Jahr 2007 wurde die Rechtsgrundlage für die Stichprobenprüfungen durch die KVen um die Auflage zur Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten ergänzt (§299 SGB V), allerdings wurde diese Vorgabe nicht umgesetzt. Grund war die Klage eines Berliner Arztes, der sich weigerte, die Patientenakten weiterhin mit Klarnamen zu verschicken. Daraufhin hatte der Berliner Datenschutzbeauftragte die Qualitätsprüfungsrichtlinie der KV für unzulässig erklärt (Berliner Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit 2012). An diesem Beispiel werden die Konflikte des Datenschutzes und der Qualitätssicherung deutlich.

Wenn der Arzt die Patientenakten vor dem Versenden an die KV-Prüfgruppe erst pseudonymisieren muss, birgt dies zwar erheblichen zusätzlichen Aufwand, der den der Anonymisierung unter Umständen noch übersteigt. Bei Anonymisierung könnte die KV jedoch nicht sicher sein, die Patientenakte zu bekommen, die sie angefordert hat. Deshalb sieht das Gesetz gleichsam als Kompromiss zwischen Datensicherheit und Sicherung der Qualitätsprüfung die Pseudonymisierung vor, deren Schlüssel von einer vorgeschalteten Stelle validiert werden kann. Auf den Röntgenbildern, auf denen bislang ein Schwerpunkt der Qualitätsprüfung liegt, ist zum Schutz vor Verwechslungen stets der Name des Patienten eingebrannt, was die Pseudonymisierung erschwert. Eine Lösung wird noch im G-BA verhandelt. Es ist nicht davon auszugehen, dass ein einmal erreichtes Datenschutzniveau wieder aufgegeben wird. Aus Datenschutzgründen ist eine pseudonymisierte Vollerhebung mit Routinedaten und Vertrauensstelle der Stichprobenprüfung vorzuziehen.

228. Externe Qualitätssicherung muss auch immer die bestehende Dokumentationsbelastung für Ärzte im Auge behalten. Nach einer Studie der KV Westfalen-Lippe (KVWL) unterlagen die nieder-

gelassenen Ärzte im Jahr 2006 insgesamt 280 Informationspflichten, die aus 65 Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien resultieren. Die Mehrheit davon gilt nur für bestimmte Fachärzte. Einer Umfrage der KBV zufolge verbringen Vertragsärzte im Durchschnitt 14 Stunden pro Woche mit „Bürokratie“ (KBV 2005). Insbesondere wenn Qualitätsanforderungen ohnehin regelmäßig erfüllt werden und damit kein wesentlicher Optimierungsspielraum mehr besteht, sollte die Aufmerksamkeit auf neue Bereiche gelenkt werden.

229. Seit 2004 müssen Praxen ein internes Qualitätsmanagement etablieren (§ 135a SGB V). Zahlreiche Organisationen bieten dafür Konzepte, verschiedene IT-Programme und Schulungen sowie zum Teil auch eine freiwillige Zertifizierung an. Die häufigsten Verfahren bzw. Anbieter sind Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) der KBV und ISO 9001, das hauptsächlich vom TÜV angeboten wird (KBV 2011). Zertifikate beziehen sich vor allem auf die Qualität des Managements, nicht auf klinische Ergebnisse. Sofern überhaupt Indikatoren zur Qualitätsmessung genutzt werden, erfolgt deren Entwicklung oft ohne strukturierte Bewertung und Validierung und den Nachweis, dass ein Indikator Einfluss auf die Gesamtqualität einer Praxis hat. Für Praxen, die das indikatoren-gestützte Europäische Praxisassessment einsetzen, konnten in einer Vergleichsstudie deutliche Verbesserungen in den verschiedenen Bereichen der Qualität und Sicherheit nachgewiesen werden (Szecsenyi et al. 2011).

Auch im internationalen Vergleich werden im ambulanten Bereich zumeist Strukturen und Managementprozesse zertifiziert. Diese sind technisch einfacher zu erheben und unterliegen vollständig der Verantwortung der Praxis, wohingegen klinische Resultate von der Mitwirkung des Patienten und anderer Einrichtungen (Krankenhäuser, Fachärzte, Pflege, Heilmittelerbringer etc.) abhängen.

Die Zertifizierung ist auch hier ein Ansatzpunkt für Qualitätstransparenz. Ein Siegel kann grundsätzlich als verständlicher Hinweis für Patienten dienen. Dennoch sollte zukünftig auch im ambulanten Bereich neben der Qualitätsfähigkeit durch den Nachweis der Etablierung evaluierter Qualitätsmanagementsysteme auch die Messung patientenrelevanter Qualitätsergebnisse in den Blick genommen werden.

230. Qualitätsverbesserung findet im ambulanten Bereich durch Strukturvorgaben und (hausärztliche) Qualitätszirkel sowie internes Qualitätsmanagement statt. Insbesondere für strukturierte Qualitätszirkelprogramme haben verschiedene Akteure bereits Indikatoren entwickelt, mit denen beteiligte Ärzte ihre Praxen untereinander vergleichen können und durch Erfahrungsaustausch lernen, beispielsweise das Konzept der datengestützten Qualitätszirkel Pharmakotherapie des AQUA-Instituts (Wensing et al. 2009),¹⁵² das System AQUIK der KBV oder QISA der AOK und des AQUA-Instituts (Kleudgen et al. 2011; Glassen et al. 2011). Eine Veröffentlichung findet bisher nicht statt. Die Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln insbesondere zur Optimierung der Pharmakotherapie ist eine Voraussetzung für manche Hausarztverträge (z. B. der TK in Bayern oder der AOK in Baden-Württemberg).

Es ist zentral für die Akzeptanz jeder und insbesondere der externen Qualitätssicherung, dass sie nicht als Überwachung, sondern als Hilfe verstanden wird. Im Krankenhaus sind Teamarbeit und damit auch aussagekräftige, handlungsrelevante Dokumentationen, die von der nächsten Schicht

152 www.a-qz.de (17.03.2012). Bisher haben deutschlandweit bereits über 10 000 Ärzte und Ärztinnen teilgenommen.

gelesen werden können, breit akzeptierter Standard. In der ambulanten Praxis herrscht dagegen vielfach noch das Modell des „Einzelkämpfers“ vor. Bereits jetzt ist ein starker Trend in Richtung kooperativer Berufsausübung deutlich, der sich mit der nächsten Generation von Ärzten und Ärztinnen eher beschleunigen wird. Wer eine Praxis mit anderen gemeinsam führt, Teilzeit arbeitet oder wer beispielsweise plant, in Elternzeit zu gehen, wird so dokumentieren, dass ein anderer Arzt die Behandlung nachverfolgen kann. Eine externe Qualitätsmessung und Veröffentlichung wäre daher auf der Basis von (ohnehin dokumentierten) Routinedaten im ambulanten Bereich in Zukunft tendenziell leichter möglich. Diese muss relevant sowie in der Alltagspraxis sinnvoll und daher mit den Ärzten gestaltet werden: Eine externe, hierarchisch verordnete Vorgabe ohne erkennbare Handlungsrelevanz für die konkrete Patientenversorgung birgt das Risiko von Verweigerung und Fehlkodierungen und damit aussagelooser Daten.

231. Im Gegensatz zum stationären Sektor bestehen im ambulanten Bereich unterschiedliche Honorierungssysteme für gesetzlich und privat Versicherte. In der vertragsärztlichen Versorgung übermitteln die Ärzte die erbrachte Leistung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), die Diagnose und das Behandlungsdatum (§ 295 SGB V). Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), nach der die privatärztlichen Leistungen abgerechnet werden, enthält dagegen häufig nur Analogziffern, mit denen das Leistungsgeschehen nicht für die Qualitätssicherung nachvollzogen werden kann. Privatpatienten profitieren auch von der Strukturqualität, welche die KVen vorgeben. Bei der Überarbeitung der GOÄ sollte darauf geachtet werden, dass sich die Abrechnungen einer Leistung zuordnen lassen. Dadurch könnte in Zukunft die Abrechnungssoftware der Arztpraxen ggf. als Datenquelle für eine Qualitätssicherung, die auch die Privatpatienten einschließt, genutzt werden. Erst auf diese Weise kann ggf. dem Verdacht nachgegangen werden, dass Patienten über- oder fehlversorgt werden.

Exkurs Zahnärzte

232. Die zahnärztliche Versorgung ist ein eigener Bereich im ambulanten Sektor. Zahnärzte werden getrennt ausgebildet und sind in ihren eigenen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen organisiert. Nach dem Vorbild der Haus- und Fachärzte wird zur Zeit durch den G-BA eine externe Qualitätssicherung in der Form einer Stichprobenüberprüfung entwickelt (zur Erfüllung des Auftrags aus § 136 Abs 2 SGB V). Dabei stellt sich das bereits oben beschriebene Problem der Pseudonymisierung von Patientenakten.

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der zahnärztlichen Versorgung konzentrieren sich bisher auf den Zahnersatz. Zahnärzte übernehmen eine zweijährige Gewähr für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz (§ 137 Abs 4 SGB V). Der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen (MDK) kann sowohl im Vorfeld als auch im Nachhinein die Behandlung(-spläne) überprüfen. Die Krankenkassen können im Rahmen der Bewilligung von Zahnersatz, Parodontose-Behandlungen, kieferorthopädischen und kieferchirurgischen Behandlungen ein zahnmedizinisches Gutachten zu Befund, Versorgungsnotwendigkeit und geplanter Versorgung erstellen lassen (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2007). Im Nachhinein können auch die Patienten ein solches Gutachten anfordern, wenn sie Zweifel an der Qualität ihres Zahnersatzes haben.

Die Zahnärzte unterliegen auch der Röntgen-Verordnung, so dass die Strukturqualität regelmäßig überprüft wird. Dies könnte ein Ansatzpunkt sein, auch die Qualität der Röntgenbilder zu

überprüfen. Beispielsweise bildet ein gutes Röntgenbild die Zähne bis zur Wurzelspitze ab. Ungeeignete Bilder bedeuten eine unnötige Strahlenbelastung für den Patienten.

Es fehlen Anreize und Verfahren zur vergleichenden Qualitätsmessung für gute Präventionsarbeit. Ein Ergebnisindikator wie die Anzahl der gesunden Zähne bräuchte einen klaren Populationsbezug. Dieser Indikator müsste vom Zahnarzt selbst erhoben und übermittelt werden, neben dem zusätzlichen Dokumentationsaufwand ist er damit auch manipulationsanfällig. Der für die EU erhobene Indikator Zahnstatus der Zwölfjährigen wäre ein populationsbezogener Indikator, mit dem eine kollektive Verantwortung innerhalb von Regionen geschaffen werden könnte (Eurostat 2011).

Aufgrund der besonderen Struktur des zahnärztlichen Bereichs, die kaum Schnittpunkte mit anderen Bereichen aufweist, sind die Möglichkeiten einer Qualitätssicherung auf der Basis von sektorengegenseitiger Qualitätsmessung sehr eingeschränkt. Bisher sind kaum Verträge zur integrierten Versorgung unter Beteiligung von Zahnärzten bekannt. Über zusätzliche finanzielle Anreize für Heimzahnärzte (§ 119b) wird derzeit im Deutschen Bundestag verhandelt.

Infektionen im Mundbereich können für den gesamten Gesundheitszustand relevant sein, und beispielsweise Krebsbehandlungen verzögern.

Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit bietet noch Verbesserungspotenzial für die Patienten. Fehlbehandlungen und Komplikationen im zahnärztlichen Bereich führen äußerst selten zur Weiterbehandlung in anderen Sektoren. Eine Ausnahme bilden Karzinome in der Mundhöhle. Zungenkrebs beispielsweise sollte bei den regelmäßigen Kontrollen beim Zahnarzt frühzeitig erkannt werden (Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung November 2010). Bei einer späteren Behandlung im Krankenhaus wird der Tumorstatus dokumentiert, was die Grundlage für eine Qualitätsmessung der Zahnärzte bilden könnte. Obwohl die Prävalenz von Mundhöhlenkrebs für eine systematische Qualitätssicherung zu niedrig sein könnte, gibt es Überlegungen, ein entsprechendes Verfahren zu etablieren. Aufgrund der besonderen Strukturen im zahnärztlichen Sektor erscheint hier eine Stichprobenprüfung sinnvoller, bei der sektorengeseitige und populationsbezogene Indikatoren nur ergänzend verwendet werden.

5.2.3 Qualitätssicherung in der Pflege

233. Für Pflegeheime besteht bisher die umfassendste Qualitätsberichterstattung (§§ 113-115 SGB XI). Seit 2009 werden alle Heime jährlich vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen im Auftrag der Pflegeversicherung geprüft.¹⁵³ Dazu wird die Pflegequalität einer Stichprobe von 10 % der Bewohner untersucht (mindestens fünf, maximal 15). Diese geringe Anzahl lässt aufgrund der oben beschriebenen Fallzahlenproblematik keinen statistisch signifikanten Einrichtungsvergleich zu. Hauptkritikpunkt ist allerdings, dass die Beurteilung auf Grundlage der Dokumentation innerhalb der Einrichtung basiert. Eine schlechte Dokumentation wird dadurch mit schlechter Qualität gleichgesetzt. Die verwendeten Indikatoren wurden nicht für die Berichterstattung entwickelt und sind dementsprechend nicht auf Validität und Reliabilität geprüft worden. An einem wissenschaftlich fundierten und datensparsameren Indikatorenset wird zurzeit gearbeitet

¹⁵³ 10 % der Prüfungen sollen durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenkassen e. V. durchgeführt werden (§ 114a Abs. 5 SGB XI).

(Wingenfeld et al. 2011). Eine engere Verzahnung mit der Qualitätssicherung im Bereich des SGB V und eine sektorenübergreifende Qualitätsmessung sollten das Ziel sein.

Erste Ansätze finden sich in der ärztlich verordneten häuslichen Krankenpflege, die zwar in § 37 SGB V geregelt wird, aber mit Blick auf die Erbringung der Qualitätssicherung nach dem SGB XI folgt. Im Rahmen der zukünftigen Substitution von ärztlichen Leistungen (bisher nur in Modellprojekten nach § 63 Abs. 3c SGB V) werden auch pflegerische Leistungen außerhalb des Krankenhauses in die Qualitätssicherung nach dem SGB V einbezogen.

234. Die Beurteilungen werden in Transparenzberichten veröffentlicht, die auch im Internet verglichen werden können. In vier Dimensionen wird die Qualität mit Schulnoten bewertet: Pflege und medizinische Versorgung (technische Qualität), soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (Beziehungsqualität), Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (Umgebungsqualität) sowie die Kategorie "Umgang mit demenzkranken Bewohnern".

Obwohl die Transparenzberichte und die Pflegenoten inzwischen weit bekannt sind, sind die entscheidungsrelevanten Kriterien aus Sicht von Patienten Indikatoren zum Pflegepersonal, wie Freundlichkeit und Qualifikation, gefolgt von Indikatoren zur Umgebungsqualität, wie Qualität von Speisen und Getränken oder Sauberkeit. Indikatoren zur Ergebnisqualität, wie ein geringer Anteil der Bewohner mit Druckgeschwüren oder Dauerkatheter, landen auf den letzten Plätzen (Geraedts et al. 2011).

5.2.4 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

235. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung wird immer wichtiger, da die Behandlungsabläufe zunehmend komplexer werden. Der Fokus verschiebt sich von akuten Interventionen innerhalb eines Sektors hin zu einem integrierten Management chronischer Krankheiten.

Eine international vergleichende Studie an Erwachsenen in acht Ländern, die angaben, einen schlechten Gesundheitszustand zu haben, an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung zu leiden und/oder in den letzten zwei Jahren stationär behandelt oder operiert worden zu sein, zeigt, dass bei deutschen Patienten besonders häufig gleichzeitig mehrere Ärzte in unterschiedlichen Einrichtungen involviert waren.

In Deutschland gaben 47 % der Befragten an, bei mindestens vier Ärzten in Behandlung zu sein. Selbst in den nächstplatzierten Ländern Australien und USA lag die Rate mit 37 % und 35 % deutlich niedriger, in den anderen Ländern waren es maximal 28 % (Koch et al. 2010). Obwohl damit einer guten Koordination eine besondere Relevanz zukommt, haben 33 % der Befragten in Deutschland berichtet, dass der Facharzt keine Informationen zur Krankengeschichte hatte. In den anderen Ländern waren es maximal 22 % (USA). 33 % der deutschen Befragten hatten in den letzten zwei Jahren darüber hinaus den Eindruck, dass aufgrund einer schlecht organisierten medizinischen Versorgung oft oder manchmal Zeit verschwendet wurde. Das war häufiger als in den anderen Ländern, bis auf die USA (35 %) (Koch et al. 2010). Eine Studie des Commonwealth Funds in elf Ländern zeigte ähnliche Ergebnisse: 20 % aller deutschen Patienten berichteten, dass Ärzte Untersuchungen angeordnet hatten, die bereits durchgeführt worden waren.¹⁵⁴ 17 % erhielten wider-

¹⁵⁴ Häufig ist es für Krankenhäuser schneller und günstiger neue Tests durchzuführen, als die Ergebnisse vom Hausarzt anzufordern.

sprüchliche Informationen von verschiedenen Ärzten. Im internationalen Vergleich sind diese Werte auffällig hoch. Für mehrfach chronisch Erkrankte waren die Koordinierungsprobleme jeweils noch größer (Schoen/Osborn 2010).

Neue medizinische und technische Entwicklungen resultieren in immer komplexeren Behandlungen, die eine Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen notwendig macht. Die Qualitätsmessung muss diese Verschiebung nachvollziehen, der Weg führt damit weg von der Konzentration auf einzelne Prozeduren und hin zur Lebensqualität und -dauer des Patienten. Das Behandlungsziel ist oft nicht mehr eine vollständige Heilung, sondern eine Stabilisierung (OECD 2010).

Gleichzeitig erlauben neue Techniken aber auch eine bessere Vernetzung der unterschiedlichen Akteure, zum Beispiel über die elektronische Patientenakte oder elektronische Datenübermittlung an klinische Krebsregister (OECD 2010).

236. 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 (G-BA 2012).

5.2.5 Qualitätssicherung durch Follow up-Erhebungen

237. Durch die Überwindung der strikten Sektorentrennung in der Qualitätssicherung ließen sich Daten aus dem einen Sektor zur Qualitätsmessung anderer Sektoren nutzen. So sind zum Beispiel vermeidbare Krankenhausaufenthalte ein möglicher Indikator für die Qualität der ambulanten Versorgung. In der ambulanten Nachsorge werden wiederum Komplikationen und Schäden durch Operationen im Krankenhaus sichtbar.

Das AQUA-Institut beginnt derzeit, Daten aus dem ambulanten Bereich für die Qualitätsmessung von Operationen im Krankenhaus zu verwenden. Die gesamte externe stationäre Qualitätssicherung soll auch um Follow up-Daten ergänzt werden. Zunächst sind die Bereiche Hüft- und Knie-Endoprothese, Geburtshilfe und Neonatologie zur Erprobung vorgesehen. Bei einer stationär durchgeführten Prostata-OP ließe sich beispielsweise Inkontinenz als Folgeschaden aus den ambulanten Hilfsmittelverordnungen für Windeln ablesen.

Im ambulanten Bereich werden Indikatoren zu verringerbaren Krankenhausaufnahmen bisher nur in Evaluationen von Modellprojekten benutzt. Sie wären aber auch flächendeckend einsetzbar (siehe Abschnitt 5.4.5). Wo immer es möglich ist, sollten solche Routinedaten anstelle von extra erhobenen Parametern für die Qualitätssicherung genutzt werden.

238. Da bei Abrechnungsdaten die Vergütung im Vordergrund steht, ist hier von einer weitgehend vollständigen, wenngleich nicht immer validen, Dokumentation auszugehen. Ärzte werden auch komplikationsreiche Fälle dokumentieren, weil sie sonst kein Geld erhalten. Eine Beispielrechnung der AOK auf Grundlage von Routinedaten zeigt, dass damit erhebliche Unterschiede in den Komplikationsraten zwischen verschiedenen Krankenhäusern aufgedeckt werden können (Mohrmann/ Koch 2011).

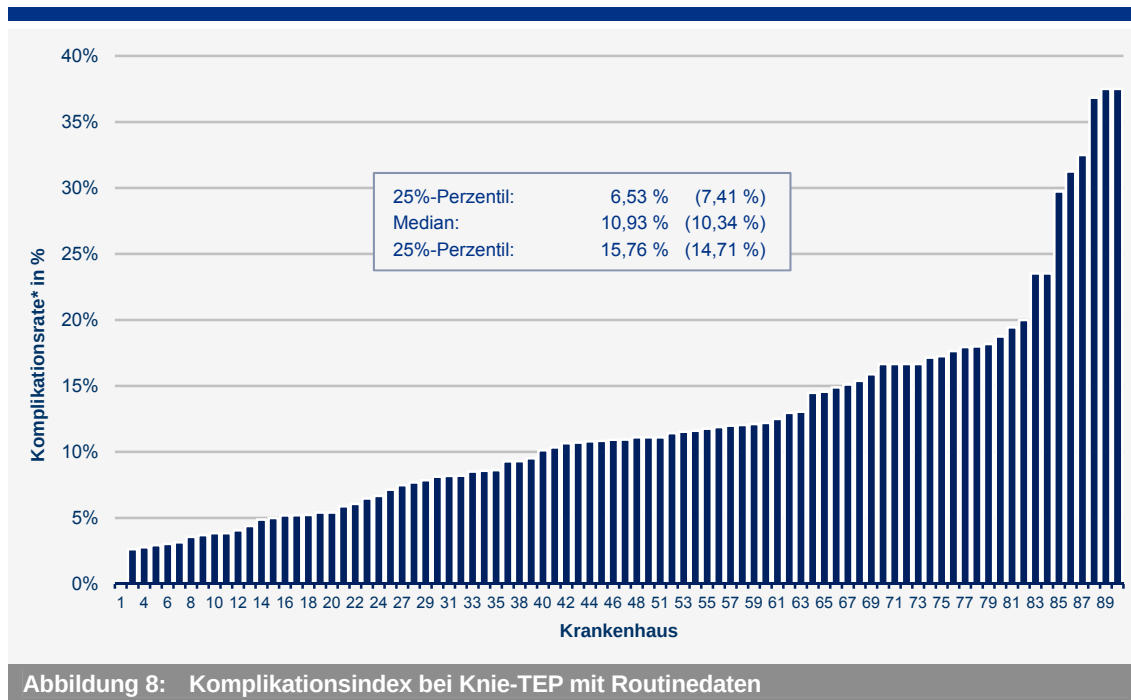


Abbildung 8: Komplikationsindex bei Knie-TEP mit Routinedaten

* Komplikationsrate in Krankenhäusern mit mindestens 10 AOK-Patienten – Behandlungsfälle der Jahre 2006 und 2007; Follow-up bis 2007 bzw. 2008

Quelle: WidO 2011

Die AOK muss zur Erreichung ausreichender Fallzahlen drei Jahre zusammenfassen, um zu validen Aussagen zu Komplikationsraten bei Hüft-TEPs pro Klinik zu kommen. Auf Grundlage der Daten aller Krankenkassen wäre hierfür nur noch ein Jahr nötig (Heller 2010). Qualitätsverbesserungen wären damit schneller sichtbar.

239. Eine einheitliche sektorenübergreifende Qualitätssicherung scheiterte bislang an der zersplitterten Datenlage. Die KVen verfügen über die Daten zum ambulanten, das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) über die Daten zum stationären Versorgungsgeschehen. Die Krankenversicherungen verfügen über die Abrechnungsdaten ihrer Versicherten.

Der Auftrag, aus den §§ 303a-e SGB V einen gemeinsamen Datenpool zu schaffen, wurde von der Selbstverwaltung bisher nicht umgesetzt, sodass das Versorgungsstrukturgesetz den Auftrag nun an den Bund übertrug. Das Gesetz sieht den Zugang zu den Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs für alle relevanten Institutionen des Gesundheitswesens vor. Diese Daten sind insbesondere für die Versorgungsforschung interessant.

Darüber hinaus erlaubt das Versorgungsstrukturgesetz der vom G-BA beauftragten unabhängigen Institution (zur Zeit AQUA-Institut) die Nutzung der ambulanten und stationären Abrechnungsdaten und der Sozialdaten der Krankenversicherungen für die Qualitätssicherung (§ 299 SGB V). Der G-BA hat bereits das Datenflussmodell entwickelt (Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung – Qesü-RL) und eine Vertrauensstelle für die Pseudonymisierung eingerichtet.

240. Aufgrund der besonderen Bedeutung von Krebserkrankungen als besonders schwere und häufige Krankheit mit einem komplexen Versorgungsbedarf haben sich organbezogene „Krebs-

zentren“ entwickelt, die eine sektor- und einrichtungsübergreifende Behandlung der Patienten gewährleisten sollen. Diese verfügen über eine eigene zusätzliche Qualitätssicherung zwecks Zertifizierung und melden an regionale bzw. überregionale klinische Krebsregister.¹⁵⁵ Wesentliche Bestandteile der Zentrenbildung sind Vorgaben wie z. B. das Vorhalten von Psychoonkologen, onkologisch fortgebildetem Pflegepersonal und die Besprechung aller Patienten in einem interdisziplinären Tumorboard. Für die Dokumentation ist sektorenübergreifend eine Kooperation und kontinuierliche Nachverfolgung auch bei weiterbehandelnden ambulanten Onkologen, anderen Fach- und Hausärzten verpflichtend. Da die Zertifizierung als organbezogenes Tumorzentrum u. a. den Einschluss eines bestimmten Prozentsatzes an Patienten in klinische Studien erfordert, entsteht zusätzlicher Dokumentationsaufwand. Die folgende Grafik zeigt am Beispiel Brustkrebs exemplarisch die Vielzahl der Dokumentationsanforderungen.

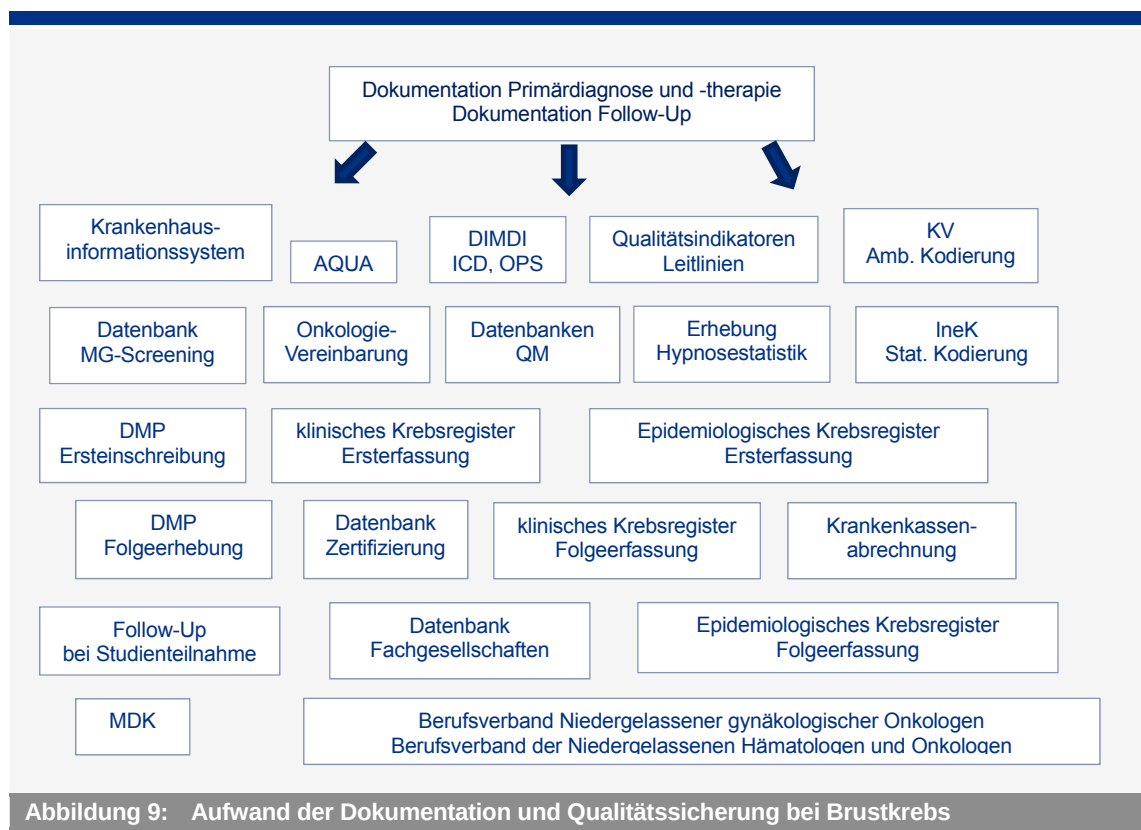


Abbildung 9: Aufwand der Dokumentation und Qualitätssicherung bei Brustkrebs

Quelle: Beckmann, Uniklinikum Erlangen nach Petzold 2011

¹⁵⁵ Um Teil eines Krebszentrums zu werden, müssen die beteiligten Einrichtungen an ein klinisches Krebsregister melden. Diese sind (bisher) nicht deckungsgleich mit den epidemiologischen Krebsregistern, die Neuerkrankungen erfassen und für die eine generelle Meldepflicht besteht. Epidemiologische Krebsregister bestehen auf Länderebene und erfassen die Häufigkeit und Verteilung (Alter, Geschlecht, Region) von Krebs, um daraus Rückschlüsse auf Ursachen (z. B. Industrieunfälle) zu ziehen und die Versorgung zu planen. Darüber hinaus erfassen die klinischen Krebsregister Daten zum Erkrankungsstadium und zur Behandlung. Sie sind häufig an größeren Krebszentren angesiedelt, die mit diesen Daten die Wirksamkeit verschiedener Therapien in unterschiedlichen Erkrankungsstadien, sowie die Qualität unterschiedlicher Einrichtungen erforschen können (BMG 2008). Für die zuliefernden kleinen Krebszentren und die niedergelassenen Ärzte hingegen bedeuten diese Register hauptsächlich Dokumentationsaufwand bei subjektiv häufig als unklar erlebtem Nutzen für die eigene Einrichtung.

Bisher ist keines dieser Verfahren so umfassend ausgebaut, dass es die anderen ersetzen könnte. Daraus resultiert ein erheblicher und oftmals doppelter Dokumentationsaufwand für die behandelnden Ärzte, für den häufig zusätzliches Dokumentationspersonal eingestellt wird. Im Brustkrebszentrum Erlangen wurde mit der Stoppuhr der Dokumentationsaufwand für Brustkrebspatientinnen bis zehn Jahre nach der Diagnose erfasst (siehe Tabelle 8). In einem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Forschungsprojekt soll deshalb der Dokumentationsaufwand noch für acht bis zehn weitere Einrichtungen erhoben werden. Erste Ergebnisse werden im September 2012 erwartet.

	Multiplikator	Dokumentationszeit	Dokumentationskosten
Diagnose und Abklärung im Mammographiescreening	1x	184 min.	131,37 €
Primär neoadjuvante medikamentöse Therapie (Chemotherapie pro Zyklus)	6x (außer Aufklärung = 1x)	540 min.	493,51 €
Sekundäre brusterhaltende Operation	1x	455 min.	282,11 €
postoperative Planung	1x	14 min.	11,51 €
Strahlentherapie (inkl. Studienteilnahme)	30x (außer Aufklärung = 1x)	1 680 min.	1 045,46 €
Nachsorge	15x	815 min.	504,06 €
Psychoonkologie	1x	86 min.	63,18 €
Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement	1x	257 min.	117,17 €

Tabelle 8: Beispielrechnung: Patientin mit Brustkrebs, Diagnose im Screening, neoadjuvante Chemotherapie, sekundäre Operation, postoperative Radio im Rahmen der Studie, Nachsorge und Qualitätssicherung*

* Plausibilitäts- und Validitätsprüfungen folgen

Quelle: Beckmann, Uniklinikum Erlangen nach Petzold 2011

Der Nationale Krebsplan schlägt vor, die klinischen Krebsregister flächendeckend so auszubauen, dass eine umfassende patientenbezogene Qualitätssicherung möglich ist, die die anderen Verfahren (außer der Abrechnung) ersetzt. Der Rat schließt sich dieser Empfehlung an. Die klinischen Krebsregister sollten auch als Grundlage für die Kooperation und den Informationsaustausch zwischen den beteiligten Ärzten und Einrichtungen dienen.

5.2.6 Qualitätstransparenz (Public Reporting) und Wettbewerb

241. Qualitätsmessung mit Indikatoren ist die Grundlage für Transparenz und damit für einen Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen. Es gibt grundsätzlich zwei Wege, wie Qualitätstransparenz über Wettbewerb zu Qualitätsverbesserungen führen könnte (Berwick et al. 2003). 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 (so genanntes „Benchmarking“). Dadurch wird langfristig die Qualität aller Ärzte und Krankenhäuser auf ein höheres Niveau gehoben. Da sich auch die Besten kontinuierlich weiterentwickeln, gilt es andauernd neue Bestmarken zu erreichen. Die ambulanten Qualitätszirkel und das Peer Review-Verfahren der Initiative Qualitätsmedizin zeigen, dass dies in

der Praxis funktionieren kann (Gerlach 2001; Rink 2011). In der Schweiz und in Österreich wurde dieses Verfahren gerade für alle Krankenhäuser verpflichtend eingeführt (Zahnd 2011; Fuchs/Amon 2011). Auch in Deutschland soll der "Strukturierte Dialog" der externen stationären Qualitätssicherung zu einem Visitationskonzept weiterentwickelt werden (AQUA-Institut 2010b).

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.

Die USA und Großbritannien experimentierten zuerst mit dem Selektionsmechanismus. In Evaluationsstudien zeigte sich, dass die Berichte über die technische Qualität hauptsächlich von den Krankenhäusern selbst für interne Verbesserungsprozesse genutzt wurden (Fung et al. 2008; GA 2007). Die Patienten dagegen interessieren sich eher für 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. Die Wahl eines Krankenhauses ist insofern ein komplexer Prozess, bei dem auf Erfahrungswerte vertraut wird. Das Vertrauen von Freunden, Familie oder dem Hausarzt ist ein soziales Gütesiegel (Marshall/McLoughlin 2010). Informationen über die Umgebungsqualität werden dagegen gezielt erfragt oder im Internet verglichen (z. B. Besuchszeiten). Für die Patienten sind die Berichte zur technischen Qualität zumeist nur nebensächlich, weil für sie Vertrauen das Hauptkriterium ist. Internationale Studien zeigen, dass selbst wenn die Rankings der technischen Qualität bekannt sind, sie nicht zentral für die Entscheidung des Patienten werden (Hibbard et al. 2005; Groot et al. 2011). Qualitätstransparenz und -berichterstattung als solche scheint aber das Vertrauen der Patienten zu steigern. Krankenhäuser, die mehr Indikatoren veröffentlichen als gesetzlich vorgeschrieben, können ihre Einweisungszahlen selbst dann steigern, wenn ihre Ergebnisse unterdurchschnittlich sind, wie eine Evaluation des Klinikführers Rhein-Ruhr zeigt (Wübker/Sauerland 2008).

Auch Einweiser, die über das medizinische Wissen verfügen, um die Qualitätsberichte der Krankenhäuser zu verstehen, sehen Qualitätsrankings skeptisch und verlassen sich lieber auf ihre eigenen Erfahrungen (Geraedts et al. 2010).

Bei den Krankenversicherungen besteht prinzipiell ein großes Interesse an Daten zur Qualität der Krankenhäuser. Die Abrechnungsdaten ermöglichen größeren Krankenkassen sogar eigene Evaluationen (z. B. AOK-Klinikführer Endoprothesen). Aufbauend auf diesen Evaluationen würden sie gerne Selektivverträge mit den besten Leistungserbringern schließen (siehe Unterkapitel 0). Im stationären Sektor sind Selektivverträge bisher aber nur über Verträge der integrierten Versorgungsformen zulässig.

Schon aus den dargestellten Zusammenhängen ergibt sich, dass der Rahmen für ergebnisqualitätsbasierte Selektivverträge sehr eingeschränkt ist. Sie sind auf Prozeduren begrenzt, die hoch standardisiert sind, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Sie müssen darüber hinaus zeitlich abgegrenzt sein, um einen klaren Bezug zwischen Behandlung und Ergebnis herstellen zu können. Wenn Krankenversicherungen eine Steuerungsfunktion übernehmen wollen, müssen die Behandlungen elektiv, das heißt planbar sein und ein relativ gesundes, autonomes Patientenkontingent betreffen, das die Kapazitäten hat, auf die gebotenen Anreize, in eine bestimmte Klinik zu gehen, zu reagieren

(Mansky 2008).¹⁵⁶ 2008 gab es bereits einen auf dem DRG-Katalog basierenden Vorschlag für mögliche Direktverträge im stationären Sektor. Dieser umfasste Behandlungen wie natürliche Geburten, Hüft- und Knie-Endoprothesen, Gallenblasen-, Katarakt- und Hernienoperationen. Insgesamt ergab sich ein Patientenkontingent von ca. drei Millionen Fällen pro Jahr. Diese Planungen bezogen sich nicht nur auf Verträge zur Ergebnisqualität, sondern auch zu Struktur- und Prozessindikatoren oder zu Preisnachlässen (Göbel/Wolff 2011).¹⁵⁷

Für die Wirksamkeit des zweiten Weges zur Qualitätsverbesserung – die Selektion der besten Anbieter durch Versicherungen oder Patienten und Ausscheiden der schlechten – gibt es bislang keine eindeutigen Belege (GA 2007). Internationale Studien zeigen konsistent einen Anteil von nur etwa 3 bis 4 % der Patienten, die sich aufgrund von Qualitätsberichten für ein Krankenhaus entscheiden¹⁵⁸ (Fung et al. 2008; Marshall et al. 2003; Dranove et al. 2003). Für die anderen Sektoren gibt es hierzulande generell noch zu wenig Berichtssysteme und aussagekräftige Evaluationen, um deren mögliche Wirkungen zu beurteilen.

Auch wenn die Qualitätsberichte nur eine Minderheit der Entscheidungen für oder gegen ein Krankenhaus beeinflussen, können sie großen Einfluss haben, denn bereits der Verlust weniger Prozente seiner Patienten kann ein Krankenhaus am Rande der Wirtschaftlichkeit treiben (Neubauer/Beivers 2008). Keinen Selektivvertrag mit der AOK für Knie- und Hüft-Endoprothesen zu bekommen, würde für viele Krankenhäuser die Schließung der orthopädischen Station bedeuten (Mansky 2008). Qualitätsverbesserung durch Selektion stößt auf der Arztebene sehr schnell an ihre Grenzen. Auch wenn es ein valides Ranking gäbe, könnte der beste Operateur nicht alle Patienten behandeln. Die traditionelle Einzelpraxisstruktur im ambulanten Bereich begrenzt Selektionseffekte auf sehr kleine Mengen. Auch der beste, oftmals bereits ausgelastete, niedergelassene Hausarzt kann nur eine bestimmte Anzahl von Patienten behandeln. Höhere Qualität führt zumeist nicht mehr zu einem größeren Marktanteil. Die anderen Patienten müssen zwangsläufig zu einem „schlechteren“ Kollegen. Somit macht eine Fokussierung auf die Förderung eines kontinuierlichen Qualitätsmanagements in der gesamten ambulanten Versorgung Sinn. Innerhalb der Regionen bietet der Weg des gegenseitigen Lernens vom Besten mehr Potenzial für Qualitätsverbesserung als der einer Selektion.

Qualitätssicherung mit ausgewählten Indikatoren birgt 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.

Öffentliche Berichterstattung kann auch die Gefahr von Risikoselektion erhöhen. Leistungserbringer könnten junge Patienten mit einem guten Allgemeinzustand 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 in Universitätskrankenhäuser weiter überwiesen wurden (was durchaus sinnvoll sein kann), während gleichzeitig die Durchschnitts-

156 So hat beispielsweise der BKK-Landesverband Bayern mit dem Berufsverband Reproduktionsmedizin unter Beteiligung der Frauenärzte einen Vertrag zur künstlichen Befruchtung abgeschlossen, bei dem die Ärzte eine erfolgsbezogene Zusatzvergütung von ca. 1.500,- € bei Eintritt einer Schwangerschaft erhalten (BKK in Bayern 2006; Braun 2009).

157 Die Selektivverträge für stationäre Leistungen scheiterten letztendlich am Widerstand der Bundesländer.

158 Die Forschungslage zu Selektion durch Versicherungen beschränkt sich bisher auf die USA. Studien zeigen allerdings keine Verschiebung von Marktanteilen zugunsten der besseren Häuser (Hibbard et al. 2005). Diese Ergebnisse sind aber nicht unbedingt auf Deutschland zu übertragen.

patienten immer "gesünder" wurden (Dranove et al. 2003). Die Indikationsstellung muss deshalb ein Teil der Qualitätsmessung werden.

Zuletzt birgt Qualitätstransparenz 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 (GA 2003, Aktionsbündnis Patientensicherheit 2012). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft warnt davor, dass ein Qualitätswettbewerb zu unkontrollierter Marktberreinigung führen und die flächendeckende Versorgung gefährden könnte (DKG 2010).

242. Qualitätstransparenz darf nicht die vertrauensvolle interne Qualitätsverbesserung zugunsten einer reinen externen Kontrolle gefährden. Es gibt relativ gute Evidenz dafür, dass systematisches Qualitätsmanagement und strukturierte Qualitätszirkel die Versorgungsqualität in Deutschland verbessern können (Gerlach 2001). Generell dürfte jedoch das Potenzial zur Qualitätsverbesserung durch öffentliche Berichterstattung größer sein, als durch ausschließlich vertrauliche, interne Qualitätsberichte. So erwies sich das Erreichen einer hohen öffentlichen Reputation als relevanter Wettbewerbsanreiz (Hibbard et al. 2005).

243. Auf dem Weg zu einer 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. Zurzeit übernehmen für alte, pflegebedürftige und demenzkranke Menschen häufig die Kinder die Informationssuche und Entscheidung für eine Pflegeeinrichtung. In zwanzig Jahren wird erstmals eine Generation in das ggf. pflegebedürftige Alter kommen, in der Viele keine Kinder haben. Für diese Menschen müssen dann bewährte, tragfähige Netze zur Verfügung stehen. Auch wenn Patienten die Möglichkeit haben, sich über schlechte Anbieter zu informieren und diese zu meiden, tragen andere Institutionen (insbesondere Länder, KVen, Krankenkassen) gemeinsam Verantwortung für die Sicherstellung bzw. Verbesserung einer angemessenen Versorgungsqualität.

244. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den Auswirkungen von Qualitätswettbewerb und Qualitätstransparenz basieren bislang fast ausschließlich auf Studien aus den USA (Smith 2009). Sowohl im kollektiv- wie im selektivvertraglichen Bereich müssen Maßnahmen zur Erhöhung der Transparenz bzw. zur (sektorenübergreifenden) Qualitätssicherung auch selbst einer Evaluation unterzogen werden. Generell können die Folgen bzw. die Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen und Vertragsformen nur durch eine entsprechende Versorgungsforschung aufgeklärt werden.

Die Qualitätstransparenz im deutschen Gesundheitswesen wird in Zukunft weiter zunehmen, auch weil mündige Bürger diese einfordern werden. Diese Entwicklung birgt sowohl Chancen als auch Risiken, die gut gegeneinander abgewogen werden sollten. Qualitätswettbewerb an der Schnittstelle kann sowohl um sektorengleiche Leistungen, also Behandlungen, die von niedergelassenen Fachärzten oder ambulant am Krankenhaus erbracht werden können, aber auch sektorenübergreifend, also um Behandlungen, die mehrere Sektoren involvieren, erfolgen.

245. Ein Qualitätswettbewerb um eine sektorenübergreifende Versorgung, welche die gesamte Behandlungskette umfasst, braucht eine höhere Ebene der Qualitätsmessung als die einer einzelnen

Arztpraxis oder eines einzelnen Krankenhauses. Die dazu notwendige Voraussetzung einer integrierten Versorgung könnte von Arztnetzen, von Gesundheitsregionen oder von Krankenversicherungen aufgebaut und verantwortet werden. Im Folgenden werden spezifische Probleme der sektorengleichen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung näher erläutert und Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt.

5.3 Wettbewerb um die Qualität sektorengleicher Verfahren

246. Sowohl im Bereich des ambulanten Operierens als auch in der neuen spezialfachärztlichen Versorgung sollen ambulante und stationäre Leistungserbringer miteinander konkurrieren. Es gibt einige Eingriffe bzw. Behandlungen die in beiden Sektoren auf die gleiche Art und Weise erbracht werden (sektorengleiche Verfahren, § 115b und § 116b SGB V).

Für einen fairen Qualitätswettbewerb müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen angeglichen werden. Dadurch soll es zu einem Wettbewerb zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern kommen, der primär ein Qualitätswettbewerb sein wird. Die Voraussetzungen zur Strukturqualität werden nun durch den G-BA einheitlich für die ambulanten und die stationären Leistungserbringer festgelegt. Das soll den Patienten eine sichere Versorgung garantieren. Strukturelle Vorgaben können aber nur eine Mindestqualität sichern, Ziel ist ein Wettbewerb um Ergebnisqualität. Die Indikatoren sollten sich soweit wie möglich an patientenrelevanten Ergebnissen orientieren und Ärzten und Krankenhäusern die Freiheit für Prozessinnovationen lassen.

Das AQUA-Institut wurde vom G-BA bereits beauftragt, Qualitätsindikatoren für Verfahren des Operierens zu entwickeln, die sowohl stationär als auch ambulant oder ambulant im Krankenhaus erbracht werden können.

Die ersten Aufträge betreffen:

- Kataraktoperation,
- PCI / Koronar-Angiographie,
- Konisation des Gebärmutterhalses,
- Arthroskopie am Kniegelenk.

Für die Verfahren zur Kataraktoperation, zur Konisation und zur PCI läuft inzwischen der Probetrieb. Für den Bereich der spezialfachärztlichen Versorgung wird der G-BA bis 2013 gemeinsame Qualitätsanforderungen erarbeiten.

5.3.1 Qualitätsvergleich niedergelassener Fachärzte und Krankenhäuser

247. Die Studienlage zur vergleichenden Qualitätsmessung bei sektorengleichen Behandlungen ist bisher sehr spärlich. Berechnungen auf Grundlage von Routinedaten sind für den ambulanten Sektor schwer zu realisieren. Ausnahmen bilden Studien zur Rehabilitation (Bürger et al. 2002; Bölsche et al. 2002) und zur Psychotherapie. Dabei zeigten sich keine relevanten Qualitätsunterschiede zwischen den Sektoren, wobei darauf hingewiesen werden muss, dass sich die ambulante Therapie nur für eine Teilgruppe der Patienten eignet. Ambulant behandelte Patienten sind generell

etwas gesünder. Stationär behandelte Patienten leiden häufiger an Komorbiditäten wie Diabetes oder Hypertonie (Lehmann et al. 2008) und haben bei der Psychotherapie einen niedrigeren Sozialstatus (Huber et al. 2002). Bei der Patientenzufriedenheit zeigen sich kaum Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Operationen am Krankenhaus (siehe Kapitel 6).

Auch die internationale Literatur bietet keinen Erkenntnisgewinn, da die Länder mit einer ausgebauten Versorgungsforschung nicht über eine parallele Facharztstruktur im ambulanten Bereich verfügen. Die Niederlande und Großbritannien haben gerade private Tageskliniken zugelassen, die mit den Krankenhäusern in einen Wettbewerb um die ambulanten Behandlungen, vor allem bei Operationen (z. B. bei Katarakt) treten. In den Niederlanden gründeten Fachärzte aus den Kliniken selbständige Behandlungszentren (van Schäfer et al. 2010). Die Aufsichtsbehörde sieht bei deren Qualität noch Verbesserungsbedarf (IGZ 2010). In Großbritannien hatte die Öffentlichkeit Bedenken – teilweise geschürt durch eine Kampagne der British Medical Society – dass die Independent Sector Treatment Centres (ISTC) schlechtere Qualität bieten würden. Daher wurde für die ISTC eine strenge Qualitätssicherung implementiert. Eine Evaluation der Healthcare Commission im Jahr 2007 zeigte, dass die ISTCs keine schlechtere Qualität liefern (The Kings Fund 2009). Allerdings behandeln sie insgesamt ein gesünderes Patientenkontingent und es fehlt manchmal die sektorenübergreifende Integration (OECD 2009).

Auf Basis dieser begrenzten nationalen und internationalen Erfahrungen ist also zu erwarten, dass im Wettbewerb innerhalb der spezialfachärztlichen Versorgung die gesünderen, sozial besser eingebundenen Patienten eher die wohnortnahe Versorgung beim Facharzt wählen werden, während die komplexeren Fälle eher in Krankenhäusern mit der Option einer stationären Aufnahme versorgt werden. Diese Verteilung ist durchaus wünschenswert, birgt aber aufgrund des damit verbundenen Selektionsbias methodische Probleme für die Qualitätssicherung.

5.3.2 Risikoadjustierung

248. Um die Ergebnisqualität vertragsärztlicher Facharztpraxen und ambulant tätiger Krankenhäuser fair vergleichen zu können, müssen die Messwerte – z. B. die Komplikationsraten – so korrigiert werden, als hätten alle Einrichtungen Patienten mit dem gleichen Risiko behandelt. Das AQUA-Institut schlägt vor, den Kriterienkatalog für eine stationäre Aufnahme (G-AEP) als Grundlage für einen Vergleich zwischen den Sektoren zu nutzen (AQUA-Institut 2010).

Die nachträgliche Risikoadjustierung anhand statistischer Faktoren ist allerdings niemals perfekt. Der risikoadverse Arzt, der den Patienten behandelt, kann dessen individuelles Risiko besser einschätzen und sich dadurch die „leichteren“ Patienten aussuchen. Qualitätsunterschiede zwischen den behandelnden Ärzten zeigen sich häufig erst bei schwierigen Fällen. Es macht deshalb ggf. für Ärzte Sinn, eine Risikoselektion zu betreiben, sich auf leichtere Fälle zu konzentrieren und damit die veröffentlichten Daten zu verbessern (Dranove et al. 2003).

5.3.3 Risiken der Qualitätstransparenz

249. Der neue spezialfachärztliche Bereich soll die Grundlage für einen gemeinsamen Rahmen für alle sektorengleichen Leistungen bilden. Angesichts der Abwesenheit von Budgetbegrenzungen und Bedarfsplanung, besteht jedoch die Gefahr einer Indikationsausweitung. In einem Qualitäts-

wettbewerb sollten sich mehr Patienten von den besten Einrichtungen behandeln lassen. Im Sinne einer Marktberreinigung müssten theoretisch die schlechten Anbieter aus dem Markt ausscheiden. Wahrscheinlicher ist es aber, dass sie ihre Indikationen ausweiten. Unter Qualitätsaspekten kann dies zu Über- und Fehlversorgung führen (siehe Kapitel 6).

In einer Studie zum Effekt von Qualitätstransparenz konnten Dranove et al. (2003) zeigen, dass durch die Veröffentlichung von Mortalitätsraten bei Koronararterien-Bypassen mehr Operationen an insgesamt gesünderen Patienten durchgeführt wurden. Dies ist auf Risikovermeidung bzw. Risiko-selektion der operierenden Ärzte zurückzuführen. Schwere Fälle wurden eher an ein anderes Krankenhaus überwiesen oder erhielten damit eine Therapie, für die keine Sterblichkeitsraten veröffentlicht wurden. Die Ärzte hatten freie Kapazitäten für Bypass-Operationen, die sie für ein gesünderes Patientenkontingent nutzten (Dranove et al. 2003). Die Ausweitung des ambulanten Operierens am Krankenhaus führt also nicht zwangsläufig zu weniger Leistungen der niedergelassenen Fachärzte.

Die regionalen Unterschiede bei vielen elektiven Eingriffen in Deutschland deuten darauf hin, dass bei diesen ohnehin eine sehr große Varianz innerhalb des medizinischen Entscheidungsspielraums möglich ist. Während an Bremer TK-Versicherten 290 Konisationen/100 000 Versicherten jährlich durchgeführt werden, sind es in der Region Nordbaden nur 73.¹⁵⁹ Diese Varianz kann auf die Struktur des ambulanten Sektors zurückgeführt werden (Müller 2011).

Kleinräumige Daten liegen allerdings nur für die Operationen im Krankenhaus vor. So zeigen sich beispielsweise deutliche regionale Unterschiede bei der Entfernung der Mandeln bei Kindern und Jugendlichen: In Schweinfurt wird dieser Eingriff mehr als doppelt so häufig im Krankenhaus vorgenommen wie im Bundesdurchschnitt, im nahegelegenen Kreis Neustadt an der Aisch nur halb so oft (Faktencheck Gesundheit 2012). Es ist unklar, ob die Varianzen auf Über- und Unterversorgung oder auf Unterschiede in der ambulanten Facharztstruktur zurückgehen. Um den Patienten vor Über-, Unter- und Fehlversorgung zu schützen, ist es deshalb elementar, die Indikationsstellung in die Qualitätssicherung mit aufzunehmen. Auch ein institutionalisiertes Zweitmeinungsverfahren kann ggf. überflüssige Eingriffe verhindern.

250. In der Gesetzesbegründung zum Versorgungsstrukturgesetz und in entsprechenden Veröffentlichungen wird der sektorenübergreifende Ansatz des neuen spezialfachärztlichen Bereichs hervorgehoben. Durch die Zusammenarbeit im neuen Sektor sollen Reibungsverluste verringert werden und eine bessere Koordination zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern entstehen. In der Versorgung von schweren Verlaufsformen von Krebs besteht sogar eine Kooperationsverpflichtung. Krankenhäuser müssen mit einem niedergelassenen Onkologen eine Kooperationsvereinbarung schließen (116b Abs. 4 SGB V).

Trotz der auf Integration der Anbieter zielenden Absichten könnte der Schwerpunkt letztlich eher auf einem intensivierten Wettbewerb zwischen verschiedenen Anbietern liegen. Die daraus entstehende Konkurrenz würde eine gemeinsame Qualitätsverantwortung eher behindern. Wenn der niedergelassene Onkologe und das Krankenhaus beide die Chemotherapie durchführen können und dabei in unmittelbare Konkurrenz treten, könnte das Kooperationsverhältnis bei dem nächsten Fall, in dem das Krankenhaus die OP durchgeführt hat und der Onkologe die Nachsorge übernehmen

¹⁵⁹ Die Konisation ist eine kegelförmige Gewebeentnahme aus dem Gebärmutterhals, durch die Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs entfernt werden sollen.

soll, angespannt sein. Die Anreize im Qualitätswettbewerb sollten daher so gesetzt werden, dass sie langfristige Vertrauensbeziehungen und Kooperationen ermöglichen bzw. fördern.

5.3.4 Empfehlung zu sektorengleichen Leistungen

251. Für gleiche Versorgungsleistungen sollten auch gleiche Qualitätsanforderungen bzw. -standards gelten. Wenn Krankenhäuser und Facharztpraxen innerhalb des neuen spezialfachärztlichen Bereichs und des ambulanten Operierens miteinander in Wettbewerb treten sollen, müssen insbesondere die Qualitätsergebnisse vergleichbar gemacht werden. Natürlich sind Strukturindikatoren wie Erreichbarkeit oder Kontinuität der Behandlung für den Patienten wichtige Entscheidungskriterien, aber er sollte in seiner Entscheidung nicht auf diese Informationen begrenzt werden.

Um einen fairen Vergleich der Leistungen zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern zu ermöglichen, müssen die Ergebnisindikatoren risikoadjustiert werden. Neben der Standard-Adjustierung nach Alter und Geschlecht empfiehlt sich eine Adjustierung nach Schwere der Erkrankung, da die leichteren Fälle eher von Niedergelassenen behandelt werden. Es ist zu prüfen, inwieweit auch eine Adjustierung nach sozio-ökonomischem Status sinnvoll und möglich ist (vgl. Unterkapitel 5.5).

Der Rat empfiehlt, bei der externen Qualitätssicherung der spezialfachärztlichen Versorgung einen Schwerpunkt auf die Indikationsstellung zu legen.

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 (Froschauer et al. 2011). 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, einige Versicherungen haben ausreichend große Fallzahlen um die Qualität selbst berechnen zu können. Ein zentraler Datenpool, analog zum AQUA-Verfahren würde allen Versicherungen diese Möglichkeit eröffnen. Der Rat empfiehlt hier qualitätsorientierte Selektivverträge.

5.4 Wettbewerb um sektorenübergreifende Versorgung

252. Das Gesundheitssystem der Zukunft soll eine integrierte Versorgung anbieten, bei der die Prävention eine zentrale Rolle spielt, chronische Krankheiten statt Akutversorgung im Mittelpunkt stehen und der Patient die Sektorengrenzen kaum noch wahrnimmt. Eine gute Koordination zwischen Allgemein- und Fachärzten, ambulanter und stationärer Versorgung sowie zwischen Medizin und Pflege sorgt für fließende Übergänge. Noch stehen starre Strukturen und divergente Anreizsysteme, die nur einzelne Bereiche optimieren, dieser Zukunftsvision im Wege (siehe auch SG 2009).

Bereits in den Gutachten 2007 und 2009 hatte der Rat empfohlen, vernetzte Strukturen zu etablieren, die das gesamte Versorgungsgeschehen umfassen: stationäre Leistungen von Intensivmedizin bis zu Low Care, dezentrale ambulante Primärversorgung, Rehabilitation und Pflege, die Versorgung mit Hilfsmitteln und Medikamenten, Prävention und schließlich auch Kontakte zu Selbsthilfe-

organisationen und zur Sozialarbeit (GA 2007, SG 2009 Ziffer 166ff). Die Sektorengrenzen können insbesondere durch eine gemeinsame Verantwortungsübernahme für die Qualität der Versorgung einer Population überwunden werden. In einem Qualitätswettbewerb sollten die Indikatoren und Anreize so gewählt werden, dass sich die Konzepte mit der besten Versorgung durchsetzen.

Die sektorenübergreifende, populationsbezogene Versorgung kann in unterschiedlicher Trägerschaft und Rechtsform geschaffen werden. Dabei lassen sich drei grundsätzliche Modelle unterscheiden:

1. lokale Leistungserbringer schließen sich zu einem Netzwerk zusammen, beispielsweise Ärztenetze oder ein Krankenhaus mit seinen Einweisern und einer Rehaklinik;
2. die Kommunen oder Landkreise übernehmen die Verantwortung für die Koordinierung der Gesundheitsversorgung in ihrer Region nach dem Vorbild der nationalen Gesundheitsdienste in Skandinavien;
3. die Krankenversicherungen schaffen durch selektive Verträge ein Versorgungsnetz nach dem Vorbild der Managed Care-Organisationen in den USA oder der Schweiz.¹⁶⁰

Jede Region muss die für sie passende Lösung finden. Während in Ballungsgebieten konkurrierende Ärztenetze in einen Qualitätswettbewerb treten können, besteht in ländlichen Regionen eher die Gefahr der Unterversorgung, der bereits heute kommunale Initiativen im Sinne einer Daseinsvorsorge entgegengetreten.

Allen Modellen ist gemein, dass sie sich nicht mehr an einzelnen akuten Krankheitsepisoden bzw. Indikationen orientieren, sondern an dem Gesundheitszustand einer zu versorgenden Bevölkerung. International ist dieser neue Ansatz der populationsbezogenen Gesundheitsversorgung bereits in Qualitätsindikatoren übersetzt worden. Integrierte Versorgung ist heute in allen entwickelten Gesundheitssystemen ein wichtiges Thema, gleich welchem Allokationsmodell sie folgen. Im Vergleich zeigt sich, dass sowohl die nationalen Gesundheitsdienste in Großbritannien, Kanada und Skandinavien als auch die Akkreditierungsagenturen in den USA ähnliche Sets an populationsbezogenen Qualitätsindikatoren nutzen. Die internationale Erfahrung kann deshalb hier zunächst systemneutral zusammengefasst werden.

5.4.1 Populationsbezogene Indikatoren

253. Populationsbezogene Indikatoren bieten die Chance, einer gemeinsamen Qualitätsverantwortung auch durch gemeinsame Qualitätsmessungen gerecht zu werden und dabei auch die Prävention und Rehabilitation zu berücksichtigen. Chronische Erkrankungen sind in allen Industrieländern die zentrale Herausforderung für die Zukunft der Gesundheitssysteme. Ihre Behandlung erfordert die langfristig ausgerichtete Koordination einer Vielzahl von Akteuren. Der Erfolg lässt sich nicht einer einzelnen Einrichtung zuschreiben und daher nur sektorenübergreifend messen.

Eine populationsbezogene Qualitätsmessung ermöglicht es auch, die Dimensionen der Qualität zu erfassen, die mit einrichtungsbezogenen Indikatoren nicht gemessen werden können. Dazu

¹⁶⁰ Auch in Deutschland erproben Versicherungen regionale populationsbezogene Versorgungsmodelle (siehe SG 2009 Ziffer 874ff. für eine Übersicht). Allerdings beziehen sich diese Verträge bisher nur auf die ambulante Versorgung.

gehören Zugangsgerechtigkeit, Vollständigkeit und Koordination sowie Prävention. Effizienz lässt sich sowohl auf Einrichtungsebene als auch auf der Ebene des gesamten Systems messen, wobei der zweite Ansatz für die Finanzierer, also die Krankenversicherungen und die Beitragszahler, interessanter ist.

Aufbauend auf den Arbeiten zu Qualitätsindikatoren in den USA, Schweden, Großbritannien, Kanada, der OECD (Agency for Healthcare Research and Quality 2012; SALAR 2007; Department of Health 2011; Canadian Institute for Health Information 2010; Kelley/Hurst 2006) und der einschlägigen Literatur (Nolte/McKee 2004), werden im Folgenden mögliche populationsbezogene Qualitätsindikatoren für das Gesamtsystem und für die ambulante Versorgung von chronischen Erkrankungen vorgestellt.

Exkurs: Qualitätswettbewerb in Schweden

254. Im schwedischen Gesundheitswesen findet ein Qualitätswettbewerb über Benchmarking zwischen den Regionen statt. Seit 2006 wird jährlich ein nationaler Qualitätsbericht mit Indikatoren auf Ebene der Provinzen veröffentlicht. Die Gesundheitsversorgung ist die zentrale Aufgabe der 21 Provinzen. Sie betreiben die Krankenhäuser und Gesundheitszentren, stellen die Ärzte an und finanzieren das System über regionale Steuern. Durch die regionale Organisationsstruktur ist der Populationsbezug der Indikatoren eindeutig gegeben. Stationäre und ambulante Versorgung unterliegen der gleichen Verantwortung, weshalb die Ergebnisqualität klar zuzuordnen ist. Der Bericht erhebt nur Ergebnisindikatoren. Die Provinzen haben relativ viel Freiheit, wie sie die Versorgung organisieren wollen, damit sie den regionalen Besonderheiten gerecht werden können. Im dünnbesiedelten Norden ist die Erreichbarkeit das zentrale Thema. Gemeindeschwestern und mobile Ärzte versorgen auch die abgelegenen Gemeinden. In Stockholm erwartet die urbane Bevölkerung dagegen Wahlmöglichkeiten, die parallel tätige private Leistungserbringer eröffnen (Verspohl 2012).

In den schwedischen Qualitätsindikatoren sind "Vermeidbare Mortalität" und "Vermeidbare Krankenhausaufenthalte" zentrale Konzepte. Des Weiteren misst Schweden auch Patientenzufriedenheit, Wartelisten und Kosten auf regionaler Ebene (SALAR 2007). Neuerdings wurden auch Indikatorensets für die großen Volkskrankheiten wie Krebs, Diabetes, Asthma und COPD entwickelt (Sveriges Kommuner/Landsting och Socialstyrelsen 2011).

Die wissenschaftliche Indikatorenentwicklung lässt sich prinzipiell auch gut für Deutschland nutzen, da die Bevölkerungsstruktur und Krankheitslast gut vergleichbar sind. Allerdings fehlt in Deutschland eine klare Verantwortung für sektorenübergreifende Gesundheitsergebnisse.

Exkurs: Qualitätsmessung in den USA

255. In den USA bestehen zwei populationsbezogene Indikatorensysteme. Die staatliche *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) misst Qualität mit einem geografischen Bezug, das privatwirtschaftliche *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) auf der Ebene der Versicherungen. AHRQ führt drei Gruppen von Indikatoren auf: Prävention, gemessen durch vermeidbare Krankenhauseinweisungen, stationäre Versorgung und Patientensicherheitsindikatoren. Ein Sonderset misst die Versorgungsqualität von Kindern (AHRQ 2012).

Das NCQA ist die bedeutendste Zertifizierungsstelle für die amerikanischen Krankenversicherungen, die *health plans*; ca. 90 % aller Pläne tragen sein Siegel. In den USA gibt es keinen Kollektivvertrag, so dass jede Versicherung mit Selektivverträgen eigene Versorgungsnetze schafft, zwischen denen naturgemäß Qualitätsunterschiede bestehen. Mit Hilfe der HEDIS-Indikatoren wird die Qualität der einzelnen Pläne gemessen – auch die der staatlichen Programme Medicare und Medicaid. Sie werden im Internet im Quality Compass veröffentlicht (<http://reportcard.ncqa.org>). Für den Versicherten werden sie übersichtlich in fünf Dimensionen mit Sternen bewertet: Zugang und Service, Qualifikation der kontrahierten Leistungserbringer, Prävention und Gesundheitsvorsorge (*staying healthy*), Heilung (*getting better*) und Krankheitsmanagement (*living with illness*).

Zusätzlich hat HEDIS das Indikatorenset relativer Ressourcenverbrauch bei fünf chronischen Erkrankungen (Diabetes, Asthma, COPD, Hypertonie und kardiovaskuläre Erkrankungen) entwickelt, um Effizienz zu messen (NCQA). Krankenhausaufenthalte schlagen sich in den Kosten deutlich nieder. Verringerbare Krankenhauseinweisungen sind also Teil der Effizienzmessung. Zusätzlich kann damit Unter- und Überversorgung gemessen werden, denn bei einer stärkeren Integration von Versicherungen und Leistungserbringern bestehen Anreize, Leistungen zu verknappen und vorzuenthalten. Der Grundleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland ist deutlich stärker reguliert als in den USA, sodass in dieser Dimension kein Qualitätsvergleich notwendig ist.¹⁶¹ Die amerikanischen Indikatoren zur Qualität der tatsächlichen Versorgung bieten dagegen eine gute Grundlage.

5.4.2 Sterblichkeit

256. Lebenserwartung bei Geburt und Neugeborenensterblichkeit sind die beliebtesten Indikatoren in Vergleichen zwischen Ländern – so beispielsweise in der Offenen Methode der Koordinierung im Bereich Gesundheitswesen und Langzeitpflege der EU oder dem World Health Report 2000. Studien haben aber gezeigt, dass diese beiden Indikatoren primär vom wirtschaftlichen Entwicklungsstand des Landes und nicht von der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems abhängig sind. Die Verlängerung der Lebenserwartung in Europa im zwanzigsten Jahrhundert ist hauptsächlich auf den wirtschaftlichen und nicht den medizinischen Fortschritt zurückzuführen (Navarro 2000).

Bereits 1987 hat der Sachverständigenrat deshalb das Konzept der "vermeidbaren Sterblichkeit" eingeführt (JG 1987). Darunter fallen nur Todesfälle, die nach dem aktuellen Stand der Medizin nicht hätten geschehen sollen, beispielsweise als Folge einer Blinddarmentzündung (Appendizitis). Gezählt werden ausschließlich Todesfälle bei unter 65-Jährigen, weil sich im Alter die Todesursachen häufig nicht mehr klar abgrenzen lassen.

Für die damals vom Sachverständigenrat definierten zehn Todesursachen veröffentlicht das Statistische Bundesamt seitdem jährlich die vermeidbaren Sterbefälle je 100 000 Einwohner, getrennt nach Geschlecht und Bundesländern. Dabei zeigen sich deutliche regionale Unterschiede: Männer haben insbesondere in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern ein erhöhtes Risiko, vorzeitig zu versterben, während für Frauen in Sachsen-Anhalt und im Saarland die vermeidbare Sterblichkeit besonders hoch ist (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012). Die Berichterstattung

¹⁶¹ Für die PKV könnte solch ein objektives Vergleichsportal ebenfalls sinnvoll sein. Wenn sich die GKV über Satzungsleistungen weiter differenziert, ist auch hier über einen Qualitätsvergleich nachzudenken (siehe Kapitel 8).

auf der Ebene der Bundesländer verwischt allerdings Unterschiede innerhalb der Flächenländer. Um handlungsleitend wirken zu können, sollte die Berichterstattung auf Ebene der Regierungsbezirke und der kleineren Bundesländer erfolgen, da diese 38 Einheiten eher den Versorgungsstrukturen entsprechen. Das deutsche Indikatoren-Set zur vermeidbaren Sterblichkeit fristet zudem leider ein Schattendasein und wurde seit 1987 nicht mehr dem wissenschaftlichen Fortschritt angepasst.

257. In der internationalen Debatte wurden dagegen kontinuierlich neue Indikatorensets entwickelt. Die EU hat 1988, 1991 und 1997 einen "Atlas der vermeidbaren Todesfälle" herausgegeben. Darüber hinaus gab es vielfältige wissenschaftliche Projekte, die die vermeidbare Sterblichkeit für Länder oder Regionen berechnet haben (für einen systematischen Überblick vgl. Nolte/McKee 2004). Da aufgrund des wissenschaftlichen Fortschritts immer mehr Krankheiten entweder heilbar sind oder aber einen chronischen Verlauf nehmen, wurde die Liste der vermeidbaren Todesfälle immer umfangreicher.

Auf Basis der Literatur und der internationalen Erfahrungen empfiehlt der Rat eine Aktualisierung der deutschen Indikatoren, bevor sie für einen systematischen, populationsbezogenen Qualitätsvergleich genutzt werden. Da die Lebenserwartung seit den 1980er Jahren weiter gestiegen ist, sollte die Standardaltersgrenze auf 74 Jahre angehoben werden (siehe Tabelle 9).

Für einige Indikationen gelten andere Altersgrenzen. So wird beispielsweise bei Diabetes nur bis 49 Jahren von einer verringerbaren Sterblichkeit ausgegangen.¹⁶² Säuglinge sollten noch nicht gegen Masern geimpft werden, die Sterblichkeit ist also erst ab dem ersten Lebensjahr durch Impfung verringierbar.

258. Die Neugeborenen- oder Säuglingssterblichkeit war lange Zeit ein zentraler Indikator für die Effektivität des Gesundheitssystems. Heute ist sie allerdings in den entwickelten Industriestaaten sehr niedrig. Die Unterschiede zwischen den Ländern Westeuropas sind hauptsächlich auf unterschiedliche Entscheidungen ab wann Frühchen behandelt werden zurückzuführen (Nolte/McKee 2004). Im innerdeutschen Vergleich kann der Indikator aber immer noch Hinweise auf eine möglicherweise schlecht organisierte Neonatalversorgung in einer Region liefern, wenn dabei auch Unterschiede im Elternwillen berücksichtigt werden.

259. Die Indikationen hinter den verringerbaren Sterblichkeiten 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 könnten, wie Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs. Die letzte Kategorie bilden die Fälle, deren Sterblichkeitsraten durch verbesserte medizinische Behandlung gesenkt werden können, z. B. Bluthochdruck oder Müttersterblichkeit. Diabetes mellitus Typ 1 ist zwar nicht zu verhindern, sollte aber bei guter Behandlung nicht zu einem vorzeitigen Tode führen (Nolte/McKee 2004). Durch die bessere Umsetzung der neu erstellten S3-Leitlinie zur gezielteren Diagnostik und Therapie ambulant erworbener Pneumonien konnte die Krankenhaussterblichkeit bundesweit zwischen 2006 und 2010 von 14,4 % auf 11,4 % gesenkt werden (Veit 2007; AQUA-Institut 2011). Auch wenn nicht jeder Einzelfall vermeidbar ist, so kann doch die Gesamtzahl der Todesfälle durch gute Behandlung verrin-

¹⁶² Aufgrund des medizinischen Fortschritts sollte Diabetes auch im höheren Alter und damit auch der „Altersdiabetes“ (Typ 2) nicht zum frühzeitigen Tode führen. Um die internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wird hier aber die international gebräuchliche Altersgrenze von 49 Jahren weiterverwendet.

gert werden. Heutzutage wird deshalb eher von verringerbarer Sterblichkeit (amenable mortality) gesprochen.

260. Die Indikatoren werden bevölkerungsbezogen dargestellt, in der gegenwärtigen Berechnung des Statistischen Bundesamtes als Todesfälle pro 100 000 Einwohner. Durch den Populationsbezug müssen die Indikatoren nicht auf die gefährdete Gruppe heruntergerechnet werden. Das heißt, die Todesfälle z. B. durch Blinddarmdurchbruch werden auf 100 000 Einwohner bezogen und nicht auf die bekannten Blinddarmentzündungen. Dadurch sind die populationsbezogenen Indikatoren leichter zu berechnen als einrichtungsbezogene Indikatoren.

261. Auch populationsbezogene Indikatoren müssen die Gütekriterien für Qualitätsindikatoren, wie sie in Kapitel 5.1 vorgestellt wurden, erfüllen. Sie sind vom Grundansatz her bereits sektorenübergreifend. Verringerbare Sterblichkeit ist ein primäres Ergebnis und damit relevant. Die Indikatoren können aus der Todesursachenstatistik berechnet werden und sind dadurch nicht nur praktikabel, sondern können sogar den bürokratischen Aufwand der Qualitätssicherung verringern. Für einen zukünftigen breiten Einsatz dieser Indikatoren muss allerdings die Qualität der Todesursachenstatistik weiter verbessert werden. Zusätzlich müssen Reliabilität und Validität für jede einzelne Todesursache geprüft werden. Hier stellt sich wieder die Fallzahlenproblematik. Für die klassischen Impfindikatoren sind die Sterblichkeitsraten in Deutschland inzwischen so niedrig, dass sich keine sicheren Aussagen über die Qualität der Primärprävention in einer Region machen lassen. An Tuberkulose starben beispielsweise 2010 nur 137 Menschen bis 74 Jahren in ganz Deutschland; an Masern, Röteln, (Wind-)Pocken und Herpes zusammen sogar nur 27 Menschen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012). Qualitätsindikatoren sind in diesem Zusammenhang valide, wenn sie durch die Gesundheitsversorgung beeinflusst werden können. Während Todesfälle durch Masern eindeutig durch eine gute medizinische Versorgung zu verhindern sind, gilt dies nicht für sehr seltene oder neuartige Viren.

Die Zielgruppengerechtigkeit der Darstellung ist die Herausforderung dieser Indikatoren. Für die Öffentlichkeit muss deutlich gemacht werden, dass "vermeidbare Todesfälle" nicht bedeutet, dass wirklich jeder einzelne Fall zu verhindern gewesen wäre und schon gar nicht, dass sich daraus ein Fehlverhalten des einzelnen Arztes ableiten lässt. Erhöhte Werte in einer Region sind als Auffälligkeiten zu betrachten und sollten Anlass geben, über Strukturen und Abläufe nachzudenken und dabei insbesondere potenzielle Qualitätsverluste an den Schnittstellen zu verringern.

262. In der folgenden Tabelle findet sich eine Zusammenstellung von Indikatoren der verringerbaren Sterblichkeit, aufbauend auf dem Jahresgutachten des Rates von 1987, dem Atlas der Europäischen Union – damals noch Europäischen Gemeinschaften –, den aktuellen Indikatoren, die in Schweden und in England¹⁶³ benutzt werden und einer italienischen Studie auf Basis von WHO-Daten.

¹⁶³ Der britische Gesundheitsdienst ist regional gegliedert. Schottland, Nordirland und Wales organisieren ihre eigene Qualitätssicherung.

Krankheitsart	ICD-10 Position	Altersgrenze	Quelle	Häufigkeit in Deutschland bis 74 Jahre
Impfungen				
Typhus	A01	15-74	SE, ECA	keine Fälle in 2010
Tuberkulose	A15 - A19, B90	0-74	SVR, SE, ECA, NHS	137
Andere Infektionen (Diphtherie, Tetanus, Polio)	A35, A36, A80	0-74	SE, ECA, NHS	in allen Regionen Geheimhaltung
Keuchhusten	A37	0-14	SE, ECA	keine Fälle in 2010
Masern	B05	1-14	ECA, NHS	keine Fälle in 2010
Früherkennung				
Sepsis	A40 - 41	0-74	NHS	2 643
Darmkrebs (Kolorektales Karzinom)	C18 - C21	0-74	NHS	11 757
Hautkrebs	C43, C44	0-74	ECA, Si, NHS	1 833
Brustkrebs	C50	0-74	ECA, Si, NHS	9 803
Gebärmutterhalskrebs	C53	0-74	SVR, SE, ECA, Si, NHS	1 082
Gebärmutterkrebs	C54, C55	0-44	ECA, Si, NHS	in allen Regionen Geheimhaltung
Verbesserte Behandlung				
Darminfektionen bei Kindern	A00, A02 - A09	0-14	ECA, NHS	in allen Regionen Geheimhaltung
Infektionen und Parasiten (ohne Sepsis)	A38-A39, A46, A48.1, B50-B54, G00, G03, L03	0-74	Si, NHS	258
Hodenkrebs	C62	0-74	Si, ECA, NHS	149: zu geringe Fallzahlen für einen Vergleich
Blasenkrebs	C67	0-74	NHS	1 889
Schilddrüsenkrebs	C73	0-74	NHS	348
Hodgin-Krankheit (Lymphogranulomatose)	C81	0-74	SVR, SE, ECA, Si, NHS	172: in einigen Regionen Geheimhaltung
Leukämie	C91 - C95	0-44	ECA, Si, NHS	327: in einigen Regionen Geheimhaltung
Gutartige Neubildungen	D10 - D36	0-74	NHS	171: zu geringe Fallzahlen für einen Vergleich
Schilddrüsenerkrankungen	E00 - E07	0-74	NHS	63: zu geringe Fallzahlen für einen Vergleich
Diabetes	E10 - E14	0-49	SE, NHS	439
Epilepsie	G40 - G41	0-74	NHS	1 196
Rheumatische Herzkrankheiten	I01 - I09	0-74	SVR, SE, ECA, NHS	442
Bluthochdruck (Hypertonie)	I10 - I15	0-74	SVR, SE, ECA, Si, NHS	4 012
Ischämische Herzkrankheit	I20 - I25	0-74	SE, ECA, NHS	35 283
Schlaganfall (Zerebrovaskuläre Krankheiten)	I60 - I69	0-74	SE, SVR, ECA, Si, NHS	12 621
Sonstige Atemwegserkrankungen bei Kindern	J00 - J99	0-14	SE, ECA, Si, NHS	29: in einigen Regionen Geheimhaltung

Tabelle 9: Indikatoren potenziell verringerbarer Sterblichkeit

Fortsetzung der Tabelle siehe nächste Seite

Grippe (Influenza)	J09 - J11	0-74	NHS	90: in einigen Regionen Geheimhaltung
Lungenentzündung (Pneumonie)	J12 - J18	0-74	NHS	3 858
Chronisch obstruktive Lungenkrankheit	J40 - J44	0-74	NHS	9 529
Asthma	J45 - J46	0-74	SE, ECA	562
Magengeschwüre	K25 - K28	0-74		807
Krankheiten des Blinddarm (Appendix)	K35 - K38	0-74	SVR, SE, ECA, Si, NHS	
Leistenbruch (Hernie des Unterleibs)	K40 - K46	0-74	SE, ECA, Si, NHS	55: in einigen Regionen Geheimhaltung
Gallenkrankheiten	K80 - K83, K91.5	0-74	SVR, SE, ECA, Si, NHS	433
Krankheiten der Bauchspeicheldrüse	K85, K86,	0-74		933
Knochenmarkentzündung (Osteomyelitis)	M86 - M87	0-74	SE, ECA	68: in einigen Regionen Geheimhaltung
Nierenentzündung (Nephritis und Nephrose)	N00 - N07, N17 - N19, N25 - N27	0-74	NHS	2 720
Krankheiten des Urogenital- systems, Harnstau (obstruktive Uropathie), Harn- stein, Prostatavergrößerung	N13, N20, N21, N35, N40, N99.1	0-74	NHS	98: zu geringe Fallzahlen für einen Vergleich
Müttersterblichkeit	O00 - O99	alle	SVR, SE, ECA, Si, NHS	37: zu geringe Fallzahlen für einen Vergleich
Neugeborenensterblichkeit	P00 - P96, A33	erste Woche	ECA, NHS	824 Totgeburten werden in der deutschen Todes- ursachenstatistik nicht erfasst, die Erfassung wird international aber empfohlen.
Angeborene Fehlbildungen Chromosomenanomalien	Q00 - Q99	0-74	ECA, NHS	1 499
Unerwünschte Ergebnisse, Behandlungsfehler	Y60 - Y69, Y83 - Y84	alle	NHS	die Kodierung ist noch nicht zuverlässig genug
Fortsetzung der Tabelle: Indikatoren potenziell verringerbarer Sterblichkeit				

Quelle: SVR: JG 1987; SE (Schweden): SALAR 2007; NHS: Department of Health 2011; ECA: European Community Atlas 1988, 1993, 1997 (Nolte/McKee 2004), Si: Simonato et al. 1998

5.4.3 Regionale Varianzen in der verringerbaren Sterblichkeit

263. Der Rat hat aufgrund dieser aktualisierten Liste eine Sonderauswertung der Todesursachenstatistik durch das Statistische Bundesamt vornehmen lassen. Wie bereits in der Tabelle 9 angegeben, lassen sich aufgrund von Datenschutzgründen nicht alle Indikatoren auswerten. Zahlen unter drei Todesfällen werden von den Statistischen Landesämtern häufig geheim gehalten. Die folgenden Grafiken zeigen die Auswertung nach Behandlungsarten auf Regierungsbezirksebene. Die verschiedenen Todesursachen sind nach Vorsorgeuntersuchungen, Akutversorgung und chronischer Behandlung, sowie bei den beiden letzteren nach Prävalenz sortiert. Die Indikationen mit zu geringen Fallzahlen für einen Vergleich werden hier nicht präsentiert, sie könnten je nach Versorgungsart zu Indizes zusammengefasst werden. Die Grafiken präsentieren die Sterbeziffern auf

1 Million Einwohner gerechnet. Sowohl die Sterbefälle als auch die Einwohnerzahlen beziehen sich nur auf die Bevölkerung unter 75 Jahren. Innerhalb dieser Gruppe sind die Zahlen nicht mehr nach Alter und auch nicht nach Geschlecht standardisiert.

Eine Auswertung auf Kreisebene wäre der Struktur der ambulanten Versorgung häufig angemessener, lässt aber aufgrund der niedrigen Fallzahlen keine sinnvollen Aussagen zu.

264. Die Sterblichkeit durch die in Abbildung 10 aufgeführten Krebserkrankungen ist nicht nur vom Zeitpunkt der Diagnose und der Qualität der Behandlung abhängig, sondern auch von der Prävalenz. Allerdings bildet die Prävention auch einen zentralen Bestandteil der sektorenübergreifenden, populationsbezogenen Versorgung, der mit diesen Indikatoren indirekt gemessen wird.

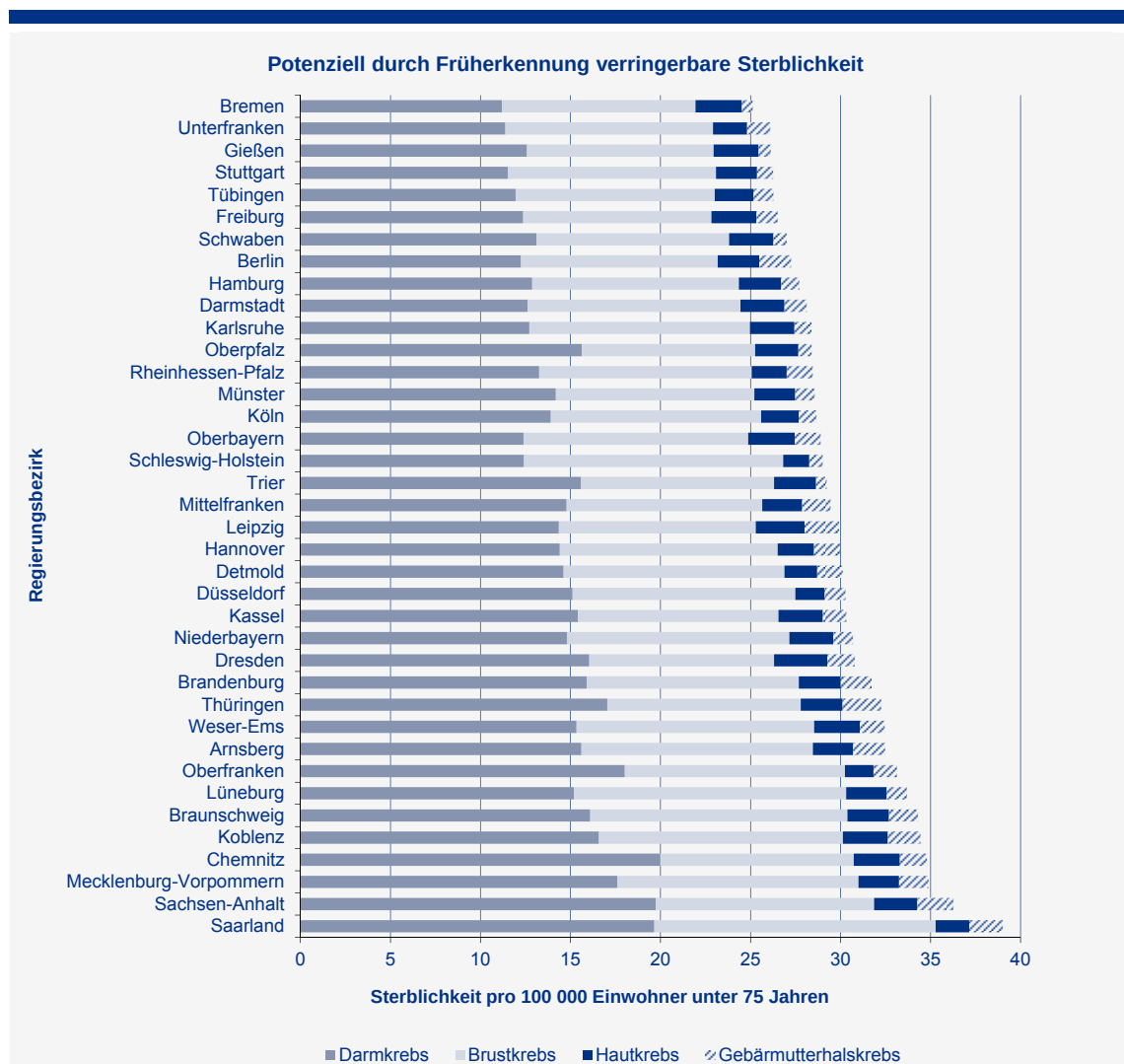
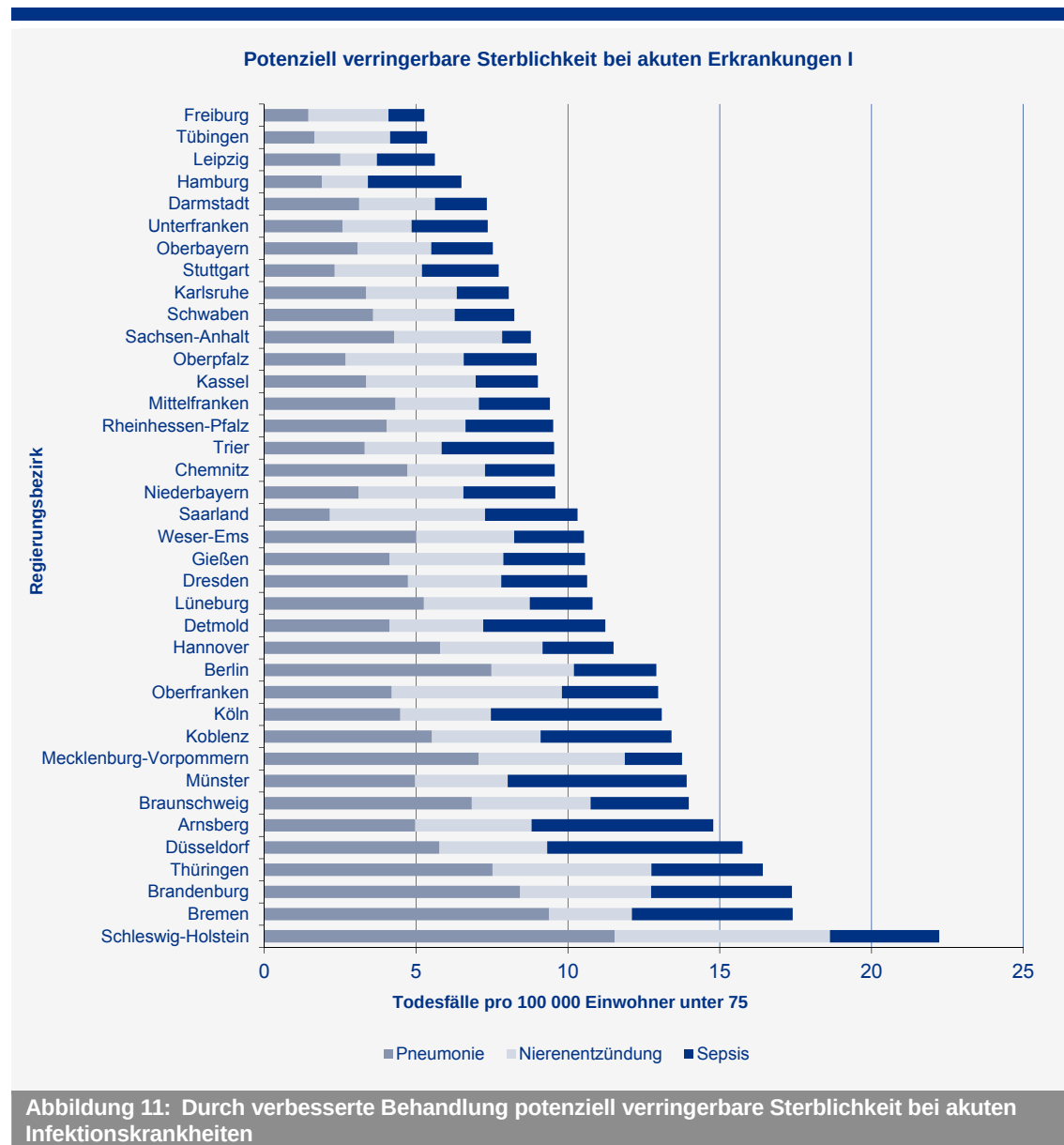


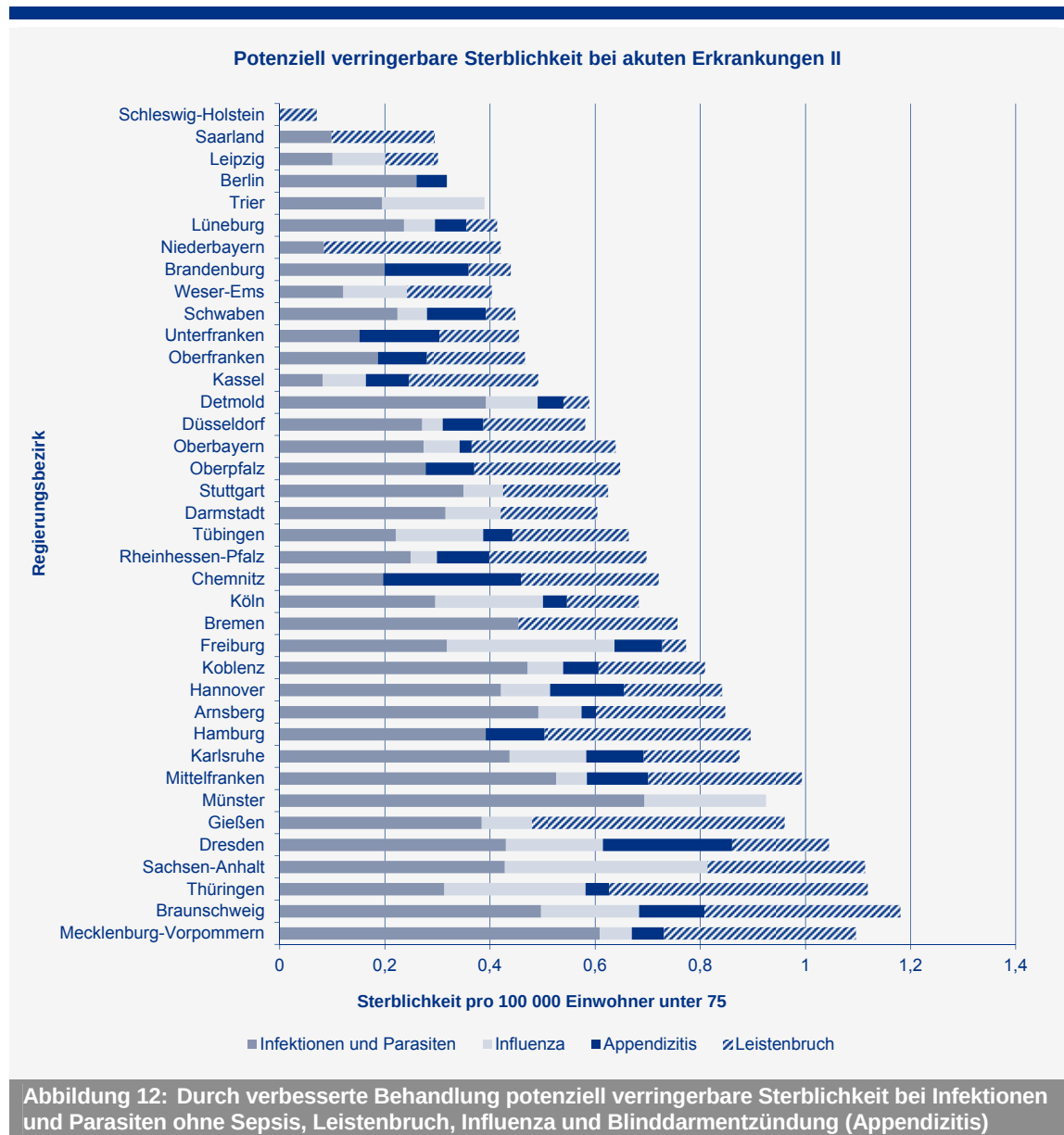
Abbildung 10: Durch Früherkennung potenziell verringerbare Sterblichkeit bei Krebserkrankungen

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Todesursachen- und der Bevölkerungsstatistik, 2010; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2012; Statistisches Bundesamt 2012

265. Die Position von Schleswig-Holstein in den Abbildungen 11 und 12 zeigt, dass Unterschiede in den Rankings eventuell teilweise mit der Kodierung der Todesursachen erklärbar sind. Eine Pneumonie kann im Rahmen einer Influenza oder infolge einer sonstigen Infektion (inklusive einer Influenza) auftreten. Als Todesursache kann dann sowohl Grippe (Influenza) als auch Lungenentzündung attestiert werden. Ähnliches gilt für die Sepsis, die beispielsweise die Folge eines Blinddarmdurchbruches sein kann.



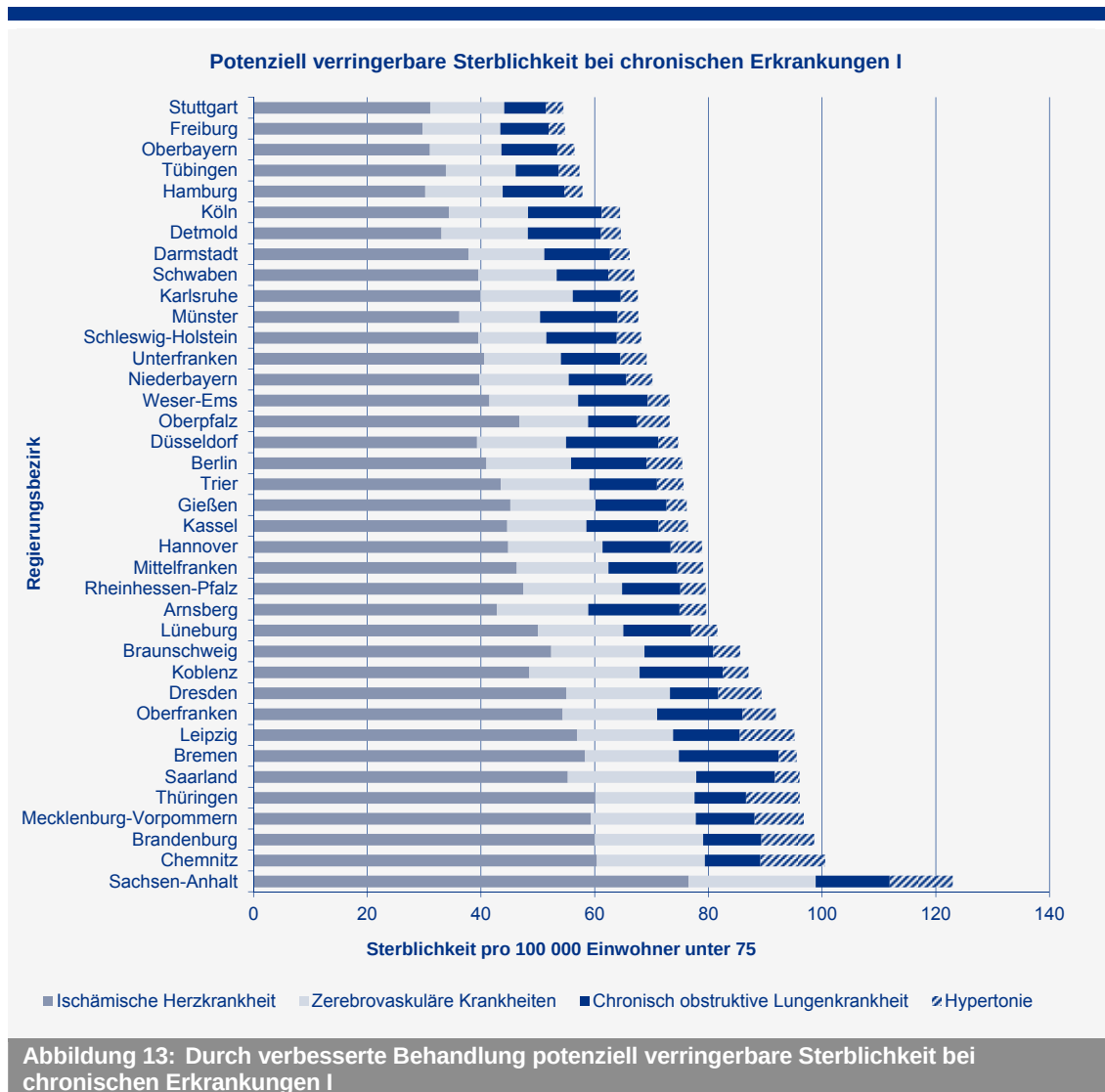
Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Todesursachen- und der Bevölkerungsstatistik, 2010, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2012; Statistisches Bundesamt 2012



In einigen Regionen fallen die Todesfälle durch Influenza und Appendizitis unter die Geheimhaltung. Keine Fälle bedeuten Todesfälle zwischen 0 und 3 Personen

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Todesursachen- und der Bevölkerungsstatistik, 2010; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2012; Statistisches Bundesamt 2012

266. Der Großteil der verringerbaren Sterblichkeit entfällt allerdings nicht auf diese Akuterkrankungen (Abbildung 11 und 12), sondern auf die chronischen Volkskrankheiten (Abbildung 13 und 14).

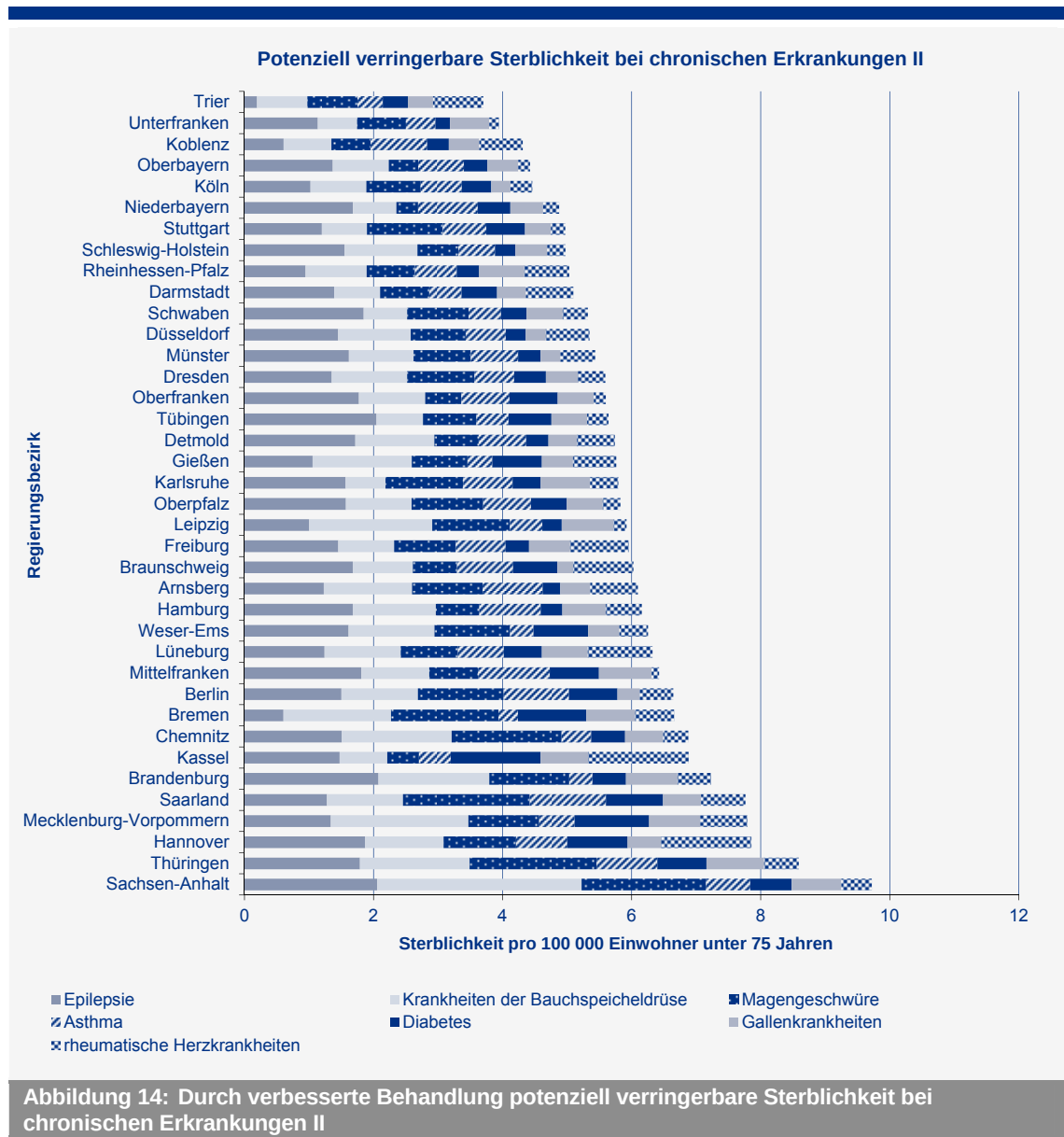


Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Todesursachen- und der Bevölkerungsstatistik, 2010; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2012; Statistisches Bundesamt 2012

Es scheint einen Zusammenhang zur sozialen und ökonomischen Lage der Region zu geben. Eine klare Ost-West-Trennung ist aber nicht zu erkennen. Auch die westlichen Bundesländer Bremen und Saarland und der Regierungsbezirk Oberfranken liegen im unteren Drittel. Bei den chronischen Erkrankungen mit niedrigeren Sterblichkeiten¹⁶⁴ (Abbildung 4) liegt Dresden sogar im oberen Drittel, während sich Hannover am unteren Ende der Skala wiederfindet.

Chronische Erkrankungen werden überwiegend ambulant behandelt. Leider liegen die Arztzahlen pro Kopf nicht auf Ebene der Regierungsbezirke vor, so dass der Zusammenhang zum Thema Unterversorgung nicht berechnet werden kann.

¹⁶⁴ Die rheumatische Herzkrankheit tritt in Industrieländern nur noch sehr selten auf, hier sind diagnostische Gewohnheiten und die Kodierqualität zu hinterfragen.



Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Todesursachen- und der Bevölkerungsstatistik, 2010; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2012; Statistisches Bundesamt 2012

267. Vor allem die Sterbefälle aufgrund von chronischen Erkrankungen, die bekannterweise einen generellen Zusammenhang mit dem sozio-ökonomischen Status aufweisen, sind nicht nur durch Verbesserung der medizinischen Versorgung, sondern auch durch Lebensstil- und Lebensumweltveränderungen zu verringern (GA 2007). Diese sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die von vielen Akteuren in der Region gemeinsam angegangen werden muss. Damit weisen die Werte in den obigen Grafiken nicht nur auf die mögliche Qualität des Gesundheitssystems hin, sondern werden auch beeinflusst von Aufklärungskampagnen, Nichtrauchererschutz, Sportmöglichkeiten, Arbeitsschutz, Gemeinschaftsverpflegung, Umweltschutz etc. Unterschiede in der Krankheitslast einer Region können auch durch unveränderliche Umstände (Klima, Vegetation etc.) entstehen.

Die Indikatoren sollen nicht nur dem Vergleich der Gesundheitsversorgung innerhalb Deutschlands, sondern auch dem internationalen Vergleich dienen. Dabei steht Deutschland insgesamt gut da. 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.

5.4.4 Indikatoren für die ambulante Versorgung

268. Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist nicht nur von der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung geprägt, sondern auch von Schnittstellen innerhalb des ambulanten Sektors. Hausärztliche, fach- und spezialfachärztliche Versorgung, Pflege, Rehabilitation, psychosoziale und palliative Versorgung sowie medizinische Heilmittel werden jeweils von getrennten Einrichtungen erbracht. Die Ergebnisqualität in Form des Gesundheitszustandes des Patienten ist also eine Gemeinschaftsleistung verschiedener Beteiligter. Populationsbezogene Indikatoren können diese gemeinsame Verantwortung widerspiegeln und einen Qualitätsvergleich zwischen den Regionen ermöglichen. Das Konzept einer gemeinsamen Qualitätsverantwortung, wie sie für Krankenhausärzte innerhalb eines Hauses gilt, würde damit auf den ambulanten Bereich ausgeweitet. Bereits heute arbeiten niedergelassene Ärzte in praxisübergreifenden Qualitätszirkeln oder Ärztenetzen gemeinsam an Qualitätsverbesserungen.

Wie oben bereits ausführlich erläutert, wird der Qualitätswettbewerb im ambulanten Sektor 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 einen Anstieg der mehrfach erkrankten Patienten noch weiter erschwert werden. Statt akuter, lebensbedrohlicher Krankheiten und Verletzungen nimmt nun das Management chronischer Leiden den zentralen Platz ein. 16 % der Bevölkerung, die älter und chronisch krank sind, benötigen die Hälfte aller Arztbesuche (Versorgungsatlas 2012). Populationsbezogene Qualitätsindikatoren für den ambulanten Bereich sollten deshalb einen besonderen Schwerpunkt auf die Versorgung chronischer Erkrankungen legen.¹⁶⁵ Die Vollständigkeit der ambulanten Versorgung und die Koordination zwischen allen beteiligten Einrichtungen und Personen ist hier 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 gibt es kein einziges, das sich auf eine chronische Erkrankung

¹⁶⁵ Das bundesweit erste „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, QISA“ stellt für inzwischen zehn häufige chronische Erkrankungen bzw. Versorgungsaufgaben Indikatorensets zur Verfügung, die sich insbesondere für den Einsatz in regionalen Praxisnetzen eignen (www.qisa.de). Dieses Indikatoren-Set ist für die interne Evaluation entwickelt worden, könnte aber zukünftig auch die Basis für externe Qualitätsvergleiche zwischen Ärztenetzen bilden. Denn umfassende Indikatorensysteme, die sektorenübergreifend und populationsbezogen ausgelegt sind, fehlen bislang in Deutschland noch.

bezieht. Lediglich das kolorektale Karzinom könnte, je nach individuellem Verlauf, Aspekte einer chronischen Erkrankung erfüllen. Stattdessen stehen Operationen im Vordergrund.

Erste Ansätze einer vergleichenden Qualitätsmessung finden sich in den Disease Management-Programmen (DMP). Allerdings werden die DMP-Indikatoren gesondert durch den behandelnden Arzt erhoben und sind dadurch fehler- und manipulationsanfällig. Trotz des großen Dokumentationsaufwandes ist kein Krankenkassenwettbewerb entstanden. Die regionalen Unterschiede ließen sich aufwandsärmer mit Routinedaten erheben. Selbst die Evaluationen der Krankenversicherungen zu den DMPs basieren vorwiegend auf Routinedaten (Miksch et al. 2010; Linder 2011; Graf 2011; Schubert/Köster 2011). Es ist daher kritisch zu hinterfragen, in welchem Umfang und mit welchem genauen Ziel DMP-Dokumentationen zukünftig noch sinnvoll bzw. notwendig sind (siehe Kapitel 7).

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. Präventionsindikatoren, z. B. Impfraten, müssen ebenfalls populationsbezogen gemessen werden.

5.4.5 Vermeidbare Krankenhauseinweisungen

269. Vermeidbare Todesfälle sind der Extremfall einer mangelhaften Versorgung und glücklicherweise sehr selten. Aber auch unterhalb dessen gibt es Ergebnisse, die unzureichende Qualität anzeigen können. Die Einlieferung ins Krankenhaus für Indikationen, die ambulant zu behandeln sind, ist so ein potenziell negatives Ereignis. Auch bei ambulant zu behandelnden Erkrankungen ist aufgrund besonderer Umstände manchmal ein Krankenhausaufenthalt sinnvoll. Wie auch bei den Todesfällen ist nicht jede Einweisung bei Indikationen, die ambulant zu behandeln sind, ein Fehler der Gesundheitsversorgung. Entsprechende Zahlen werden erst im Vergleich aussagekräftig. Deshalb wird häufig auch von verringerbaren Krankenhauseinweisungen gesprochen.

Vermeidbare Krankenhausaufenthalte können sowohl das Ergebnis eines schlechten Zugangs zu ambulanter Versorgung als auch einer schlechten Qualität der ambulanten Versorgung, insbesondere von Mängeln in der Koordinierung der Arzneimittelverordnung sein. In der internationalen Forschung hat sich ein Zusammenhang zwischen dem Angebot sowie der Erreichbarkeit der ambulanten Versorgung und den Krankenhauseinweisungen gezeigt (SALAR 2007; Marshall et al. 2004). Die hohe Versorgungsdichte, eine kontinuierliche Langzeitversorgung, der direkte Zugang zu Haus- bzw. Fachärzten und eine universelle Krankenversicherung ermöglichen allen Bürgern den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. Auch wenn die gesamten Krankenhausfälle pro Einwohner im internationalen Vergleich recht hoch sind, steht Deutschland bei den vermeidbaren Krankenhauseinweisungen relativ gut dar. Bei der Zahl der durch Asthmaanfälle bedingten Krankenhauseinweisungen liegt Deutschland im besten Viertel der OECD-Länder (OECD 2011).

Vermeidbare Krankenhauseinweisungen sollten mit Bezug zur Gesamtpopulation und nicht nur zu allen Asthma-Patienten erhoben werden, denn insbesondere nicht diagnostizierte Asthma-Erkrankungen sind ein Indikator für unzureichende ambulante Versorgung. Insgesamt wäre auch hier eine kleinteiligere Aufschlüsselung auf Ebene der Regierungsbezirke oder Kreise wünschenswert. Das Konzept der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen lässt sich für alle chronischen

Krankheiten anwenden, die ambulant behandelt werden können. Es misst indirekt sowohl die medikamentöse Einstellung als auch die Qualität der Patientenschulungen.

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. Vermeidbare Krankenhauseinweisungen mit Dekubitus, Dehydration und Verletzungen durch Stürze lassen sich mit Routinedaten erfassen (Wingefeld et al. 2011). Durch einen Abgleich der Daten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung ließe sich so für jede Pflegeeinrichtung – sowohl ambulant als auch stationär – die Ergebnisqualität berechnen.

In der Modellregion „Gesundes Kinzigtal“ entwickelten niedergelassene Ärzte und Pflegeheime zusammen ein Programm zur besseren Versorgung von Heimbewohnern. Monatliche Visiten der Hausärzte, ein geriatrisches Assessment mit den Pflegenden, gerontopsychiatrische Versorgung, verbesserte Medikationskontrolle, Funktionsgymnastik sowie eine abendliche Rufbereitschaft der Ärzte konnten die Krankenhauseinweisungen deutlich senken (Gesundes Kinzigtal 2012a). In Berlin, Brandenburg und neuerdings auch Mecklenburg-Vorpommern haben AOK und IKK über Verträge zur integrierten Versorgung Heimärzte gefördert.¹⁶⁶ Die Evaluation weist darauf hin, dass durch die bessere Abstimmung zwischen Pflege und Heimarzt die Krankenhauseinweisungen gesenkt werden konnten. Dadurch sanken auch die Kosten für die Krankenversicherungen, sodass diese einen Anreiz haben, gezielt solche Modelle zu fördern (Henkel-Hoving 2009). Das bedeutet nicht nur geringere Kosten für die Krankenkassen, sondern auch eine höhere Lebensqualität für die Patienten und weniger Stress für die Pflegenden. Auch wenn bei den Heimarztmodellen Pflegende und Ärzte gemeinsam auf Visite gehen, ist immer noch eine getrennte Dokumentation nach getrennten Vorschriften notwendig (Grätzel von Grätz 2012). Zukünftig sollte nicht nur die Versorgung, sondern auch die Qualitätsmessung integriert werden.

Die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung fällt in den Aufgabenbereich der KVen. Diese verfügen allerdings nicht über die Daten der Krankenhausaufnahmen. Eine Qualitätsmessung würde sinnvollerweise auch in ein unabhängiges Institut nach dem Vorbild der stationären bzw. sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ausgelagert, dass die Daten auch direkt für die Pflegeversicherung mit auswertet.

Die zentrale Voraussetzung für den Erfolg ist allerdings das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Pflegenden, das durch die gemeinsame Entwicklung des Programms gewachsen ist. Deshalb muss jede Region ihr eigenes Programm entwickeln und an die lokalen Bedürfnisse und (Infra-)Strukturen anpassen.

Modellprojekte zur integrierten Versorgung gibt es inzwischen viele, aber nur wenige sind systematisch evaluiert. Publikationen mit überzeugend dargestellten Evaluationsergebnissen auf der Basis methodisch solider Vorhaben zur Versorgungsforschung fehlen nahezu regelhaft (siehe Unterkapitel 7.6). Eine breite Verwendung der hier vorgeschlagenen Indikatoren könnte auch die Versorgungsforschung und die Evaluation von Selektivverträgen erleichtern.

270. Für die einrichtungsbezogene Qualitätssicherung wäre eine Unterscheidung zwischen im Krankenhaus erworbenen und bereits bei Aufnahme bestehenden Erkrankungen sinnvoll. Bei der Lungenentzündung wird dies bereits getan (mit dem speziellen ICD-Code U69.!). Mit einem eigenen

¹⁶⁶ Verträge zur integrierten Versorgung unter Einbezug von Pflegeheimen sind seit 2007 möglich.

Kodierfeld für ambulant erworbene Nebendiagnosen ließe sich viel Risikoadjustierungsarbeit sparen. So könnte z. B. elektronisch erfasst werden, ob ein Dekubitus bereits bestand oder erst im Krankenhaus erworben wurde (Heller 2011b).

271. Internationale Metaanalysen zeigen, dass circa 5 % aller Krankenhausaufnahmen auf unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln zurückzuführen sind (Pirmohamed et al. 2004; Lazarou 1998; Einarson 1993). Für Deutschland zeigen sich auf der Basis der DRG-Abrechnungen, dass 5 % der Krankenhauseinweisungen vielleicht und 0,7 % sehr wahrscheinlich durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen verursacht werden. Allerdings werden unerwünschte Arzneimittelwirkungen häufig nichts als Hauptdiagnose kodiert, sondern die daraus resultierenden Symptome. Bei den Nebendiagnosen lässt sich nicht unterscheiden, ob diese im Krankenhaus oder bereits ambulant erworben wurden (Stausberg/Hasford 2010). Zwischen 2003 und 2007 stiegen die Aufnahmen durch Arzneimittelnebenwirkungen kontinuierlich an. 30 bis 40 % davon gelten als vermeidbar durch eine bessere Abstimmung der Medikation (Stausberg/Hasford 2011). Darüberhinaus werden 20 % der Fälle in der Notaufnahme durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen verursacht, aber die Mehrheit führt nicht zu einer stationären Aufnahme (Müller et al. 2011). Diese Fälle in der Notfallambulanz werden über die KV abgerechnet und damit nicht im InEK-System kodiert. Gerade viele dieser Fälle könnten durch eine verbesserte ambulante Behandlung vermieden werden.

Der Rat empfiehlt zu erforschen, inwieweit Routinedaten (Arzneimittelverordnungen, Krankenhausdiagnosen) zur Messung der Qualität der ambulanten Arzneimittelversorgung, insbesondere der Koordination und Kontinuität, genutzt werden können.

272. Die Indikatoren "vermeidbare Krankenhauseinweisungen" erfüllen die Gütekriterien für Qualitätsindikatoren ähnlich gut wie die Indikatoren "verringerbare Sterblichkeit".

Die zugrunde liegenden Indikationen haben eine hohe Prävalenz in der Bevölkerung und sind damit relevant. Die Krankenhausaufnahme erfolgt meist in einer Notsituation, bei rechtzeitiger Behandlung hätte dem Patienten Leid erspart bleiben können (Marshall et al. 2004). Vermeidbare Krankenhauseinweisungen sind auch ökonomisch relevant, weil Krankenhausbehandlungen in der Regel höhere Kosten verursachen als ambulante Behandlungen.

Auch bei den unten aufgeführten Indikationen gibt es durchaus Fälle, bei denen eine Krankenhausaufnahme sinnvoll ist. Die Indikatoren sind also nur valide für verringerbare Krankenhauseinweisungen im regionalen Vergleich. Sie können aus den Diagnose-Codes der Krankenhäuser und damit aus Routinedaten berechnet werden. Mit der Einführung der DRGs hat sich die Vollständigkeit der Diagnosekodierung deutlich verbessert, dadurch sind die Daten zuverlässig und praktikabel. Kritiker bemängeln allerdings, dass die beiden Bereiche Zugang zu und Qualität von ambulanter Behandlung vermischt werden. Um wirklich die Qualität der ambulanten Behandlung zu messen, müssen die Daten den Regionen, in denen die Primärversorgung stattfand oder hätte stattfinden sollen, zugerechnet werden, nicht dem Standort des Krankenhauses. Zusätzlich ist zu diskutieren, ob nur Primär- oder auch Sekundär Diagnosen, wie in Schweden, einbezogen werden. Sekundär Diagnosen, z. B. Dekubitus, sind nicht der Grund für die vermeidbare Krankenhauseinweisung, erschweren aber unter Umständen die ambulante Behandlung.

273. Verringerbare Krankenhauseinweisungen werden bereits in vielen Ländern als Indikatoren für die Qualität der ambulanten Versorgung genutzt. Im englischen NHS sind sie sogar Teil der qualitätsorientierten Vergütung für die Hausärzte. Die Indikatoren werden sowohl in öffentlichen

Gesundheitsdiensten (England, Schweden, Kanada) als auch im US-amerikanischen System¹⁶⁷ verwendet (Department of Health 2011; SALAR 2007; Canadian Institute for Health Information 2010; Agency for Healthcare Research and Quality 2012). In Deutschland hat die Bertelsmann-Stiftung erste Indikatoren zu verringerbaren Krankenhauseinweisungen veröffentlicht (www.faktencheck-gesundheit.de). In der verpflichtenden externen Qualitätssicherung gibt es bisher nur den Indikator „ambulant erworbene Pneumonie“, der vom AQUA-Institut in den Krankenhausberichten erfasst wird (AQUA-Institut 2011).

In der OECD gibt es Bemühungen, die Indikatorensets zu harmonisieren, um auch internationale Vergleiche zu ermöglichen. Die OECD hatte 2008 bereits eine sehr umfangreiche Liste vorgeschlagen (OECD 2008), es zeigte sich allerdings, dass die bestehenden Unterschiede in der Kodierung zu groß für einen Vergleich sind. Es wird vorgeschlagen, dass Deutschland sich in der weiteren Indikatorenentwicklung mit der OECD koordiniert, um internationale Versorgungsforschung zu ermöglichen.

Zunächst wird empfohlen, die Indikatoren auf die Volkskrankheiten Diabetes, Asthma, Herzinsuffizienz und Hypertonie zu konzentrieren, da diese den Arbeitsalltag der hausärztlichen Praxis widerspiegeln. Zusätzlich ist die Prävalenz dieser Krankheiten so hoch, dass eine Auswertung auf Kreisebene möglich ist, was ungefähr dem Einzugsbereich vieler Qualitätszirkel entsprechen würde. Für die chronisch obstruktive Lungenkrankheit, ebenfalls eine wichtige Volkskrankheit, für die Krankenhauseinlieferungen zu vermeiden sind, ist die Kodierqualität in Deutschland noch nicht ausreichend für einen Qualitätsvergleich.

274. Die folgende Tabelle stellt internationale Indikatoren zu vermeidbaren Krankenhauseinweisungen zusammen. Nur ein kleiner Teil davon wird für die sofortige Verwendung empfohlen, bei den übrigen ist noch weitere konzeptionell-methodische Arbeit notwendig.

¹⁶⁷ In den USA wird noch die ICD-9 Klassifikation verwendet, die Diagnosen sind entsprechend angepasst.

Krankheitsart	ICD-10 Position	Quelle
<i>vermeidbare Krankenhauseinweisungen, sofortige Verwendung</i>		
Diabetes	E101–E108 E110–E118 E130–E138 E140–E148	AHRQ, SE, FG, OECD, NHS
Asthma	J45, J46	AHRQ, SE, OECD, CIHI, NHS
Hypertonie (Bluthochdruck), Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	I10, I11.9	AHRQ, SE, OECD, CIHI, NHS
Herzinsuffizienz (ohne vorherige OP), hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	I50, I11.0	AHRQ, SE, CIHI, OECD, NHS
<i>Indikatoren zur Pflege</i>		
Dehydration	E86	AHRQ, SE, Wingenfeld
Dekubitus	L89	Wingenfeld
<i>vermeidbare Krankenhauseinweisungen, zukünftige Verwendung</i>		
<i>chronische Erkrankungen</i>		
neurotische Störung	–	OECD ¹⁶⁸
chronische Virushepatitis B	B18.0-18.1	NHS
Anämie (Blutarmut)	D501, D508, D509	SE
Vitamin-B12-Mangelanämie, Folsäure-Mangelanämie	D51, D52	NHS
Depression	F32	FG, OECD
Hypertensive Nierenkrankheit	I12	OECD
Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	I13	NHS
Angina Pectoris (ohne vorherige OP)	I20, I240, I248, I249	AHRQ, SE, CIHI, NHS
chronische ischämische Herzkrankheit	I25	NHS
chronische Bronchitis, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Bronchiektasen	J41-J44, J47	AHRQ, SE, CIHI, NHS, OECD
Lungenödem	J81	SE, NHS
Amputationen der unteren Extremitäten als Folge von Diabetes	über OPS zu kodieren	AHRQ
<i>akute Leiden</i>		
niedriges Geburtsgewicht	–	AHRQ
Epilepsie, epileptischer Anfall	O15, G40, G41, R56	CIHI, SE
Hals-, Nasen-, Ohreninfektionen	H66, H67, J02, J03, J06, J312	SE
Pneumonie (Lungenentzündung)	J12-J18	AHRQ
akute Bronchitis	J20	NHS
Lungenödem	J81	CIHI
blutende Geschwüre	K250-K252, K254-K256, K260-K262, K264-K266, K270-K272, K274-K276, K280-K282, K284-K286	SE

Tabelle 10: Indikatoren potenziell vermeidbarer Krankenhauseinweisungen

Fortsetzung der Tabelle siehe nächste Seite

168 Die OECD-Liste enthält keine ICD-Codes, die Indikationen sind hier entsprechend zugeordnet

Krankheitsart	ICD-10 Position	Quelle
Blinddarmdurchbruch	K35.31	AHRQ
nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis (Durchfall)	K52.2, K52.8, K52.9	SE
Nierenentzündung bei der Frau	N10, N11, N12, N13.6, N39.0	AHRQ, SE
Entzündungen im weiblichen Becken	N70, N73, N74	SE
<i>Pflege, zukünftige Verwendung</i>		
Stürze	S00-S09	die Kodierung bezieht sich auf alle Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen. Das ist noch zu ungenau.
Fortsetzung der Tabelle: Indikatoren potenziell vermeidbarer Krankenhauseinweisungen		

Quelle: AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality); SE (SALAR 2007); CIHI (Canadian Institute for Health Information 2010), (Department of Health 2011), OECD (OECD 2008), FG: Faktencheck Gesundheit, Wingenfeld 2011

5.4.6 Regionale Varianzen in den vermeidbaren Krankenhauseinweisungen

275. Erste Auswertungen zeigen deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern und zwischen den Geschlechtern. Bei Asthma bronchiale beispielsweise, schwanken bei Männern die Notaufnahmen pro 100 000 Einwohner zwischen 7,62 in Berlin und 20,26 in Nordrhein-Westfalen, bei Frauen sind sie generell höher und schwanken zwischen 16,15 in Berlin und 36,7 in Bremen (Weyermann 2011).¹⁶⁹

Für das Beispiel Diabetes mellitus weisen die neuen Bundesländer sowohl bei den Krankenhauseinweisungen als auch bei den Amputationen deutlich höhere Werte auf (siehe Abbildung 15). Die Auswertung basiert auf dem Wohnort des Patienten, nicht auf dem Standort des Krankenhauses. Dadurch sind die Verzerrungseffekte der Stadtstaaten, die das ländliche Umland eines anderen Bundeslandes mitversorgen, bereits herausgerechnet.

¹⁶⁹ Die Daten sind nach Alter standardisiert, aber nicht nach Morbidität.

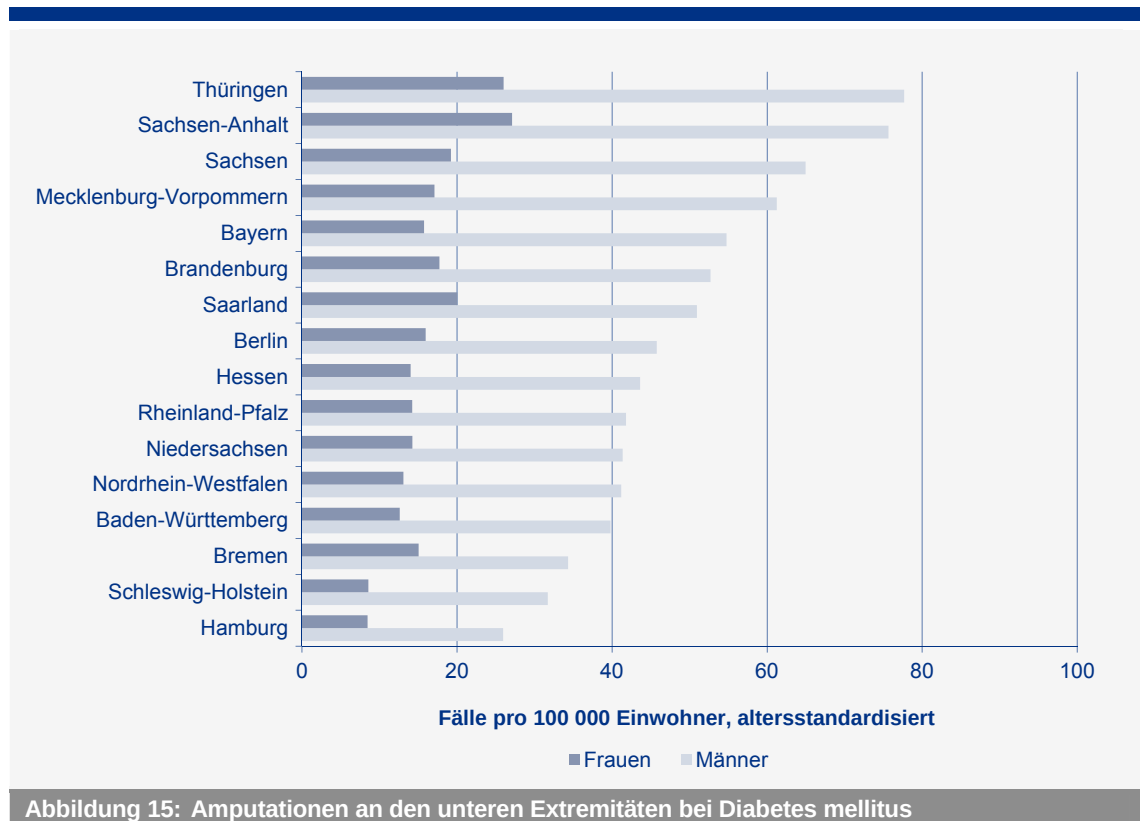


Abbildung 15: Amputationen an den unteren Extremitäten bei Diabetes mellitus

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten von Weyermann et al. 2010

Eine Korrelationsanalyse zwischen vermeidbaren Krankenhausaufnahmen bei chronischen Komplikationen eines Diabetes mellitus mit der Vertragsarztdichte ergab sowohl für Männer als auch für Frauen einen signifikanten negativen Zusammenhang. Das heißt in Gegenden mit vielen bzw. ausreichend niedergelassenen Ärzten werden Diabetiker seltener wegen einer chronischen Komplikation ins Krankenhaus eingeliefert. Damit ist der Zusammenhang deutlicher als bei älteren Berechnungen mit allen Krankenhauseinweisungen, die einen zwar signifikanten aber nur schwachen negativen Zusammenhang zwischen Haus- und Facharztdichte und regionalen Krankenhauseinweisungen zeigten (Augurzky et al. 2012).

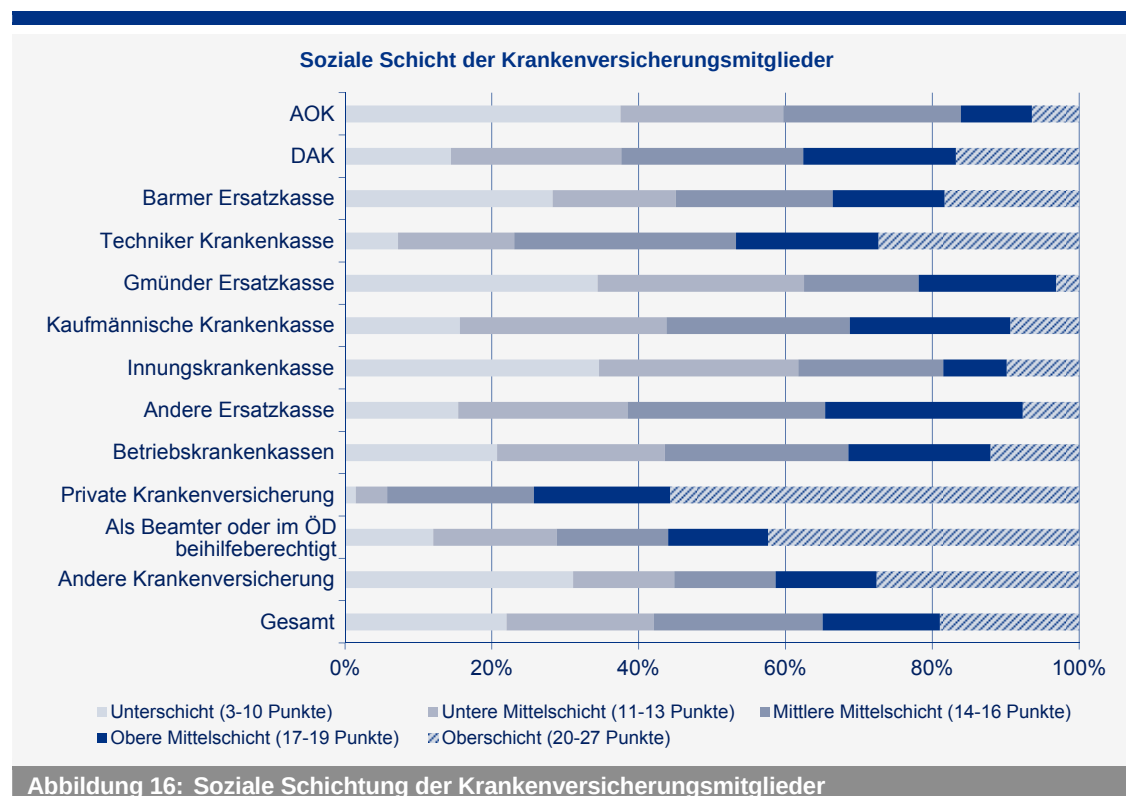
Es ist wahrscheinlich, dass die Notaufnahme des Krankenhauses bei einer Unterversorgung mit Hausärzten häufiger in Anspruch genommen wird. Der Kausalzusammenhang ist allerdings nicht zwingend. Die neuen Bundesländer könnten auch aufgrund ihrer schwierigeren sozio-ökonomischen Lage sowohl höhere Diabetes-Raten haben, als auch unattraktiver für niederlassungswillige Ärzte sein. Für eine genauere Untersuchung der Zusammenhänge ist eine kleinräumigere Berechnung auf Ebene der Regierungsbezirke und Kreise notwendig.

5.5 Sozioökonomische Risikoadjustierung

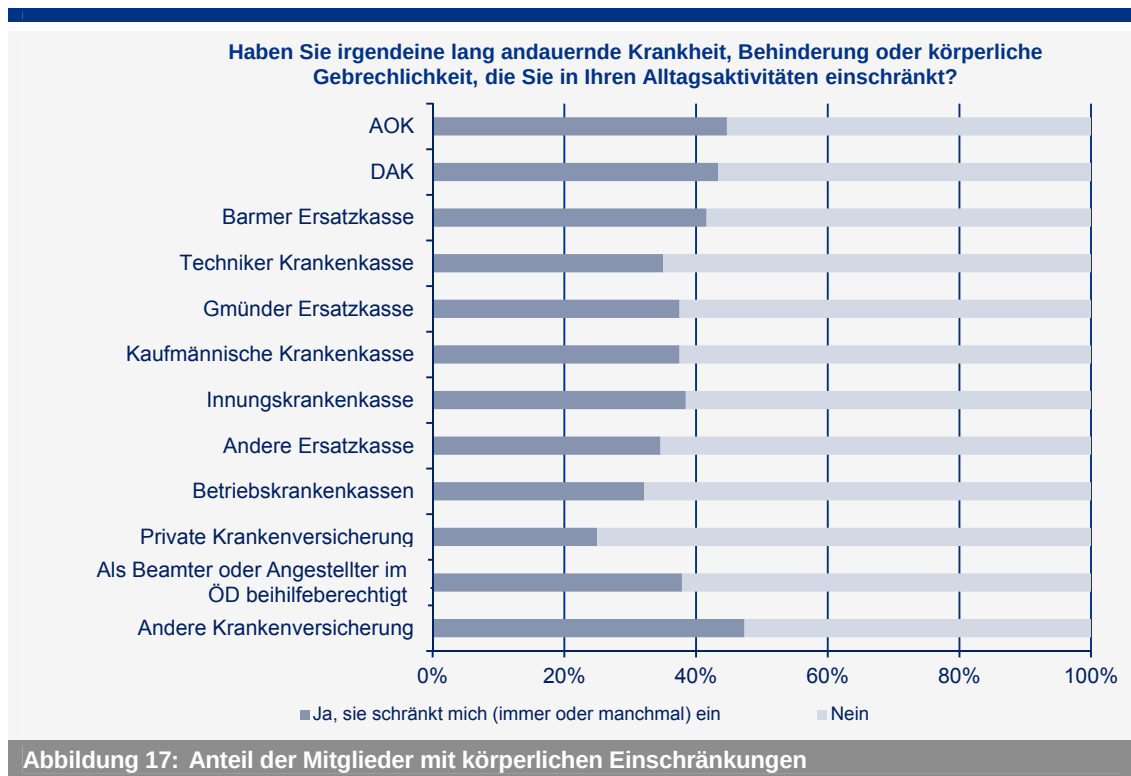
276. Für einen sinnvoll funktionierenden Qualitätswettbewerb müssen die Daten nicht nur nach Alter und Geschlecht, sondern auch nach sozialer Schicht (Einkommen, Bildung, Beruf) adjustiert werden. Studien in Deutschland und internationale Daten zeigen einen klaren Schichtgradienten nicht nur in der Prävalenz von Krankheiten, sondern auch in den Heilungsraten (Lampert et al. 2005; Lampert/Kroll 2008; Heidemann et al. 2011; Brenner et al. 1991; COM 2009). Diese Unterschiede sind nicht alleine auf das unterschiedliche Risikoverhalten zurückzuführen (Brenner et al. 1991).

Das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen hat beispielsweise auf Kreisebene den Zusammenhang von standardisierter Mortalitätsrate nach Krebs auf der einen Seite und sozio-ökonomischen und demografischen Indikatoren auf der anderen Seite gezeigt. Dabei zeigt sich für die Einflussfaktoren verfügbares Einkommen, Bundestagswahlbeteiligung, hochqualifizierte Beschäftigte, Arbeitslosenquote und Beschäftigtenquote (am Wohnort) ein signifikanter Zusammenhang (Sirri/Kieschke 2010). Diese Unterschiede verzerren die populationsbezogenen Ergebnisindikatoren, sowohl auf Ebene der Krankenversicherungen als auch auf Ebene der Regionen.

Die Grafiken zeigen die soziale Zusammensetzung der Mitglieder der großen Krankenkassen und die Anteile der chronisch Kranken. Während bei der Barmer 45 % der Versicherten durch gesundheitliche Probleme in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind, sind es in der Gmünder nur 29 % und in der PKV sogar nur 23 %.



Quelle: Eigene Darstellung nach (Gesundheitsmonitor März, 2009)



Quelle: Eigene Darstellung nach Gesundheitsmonitor März 2009

Eine sozioökonomische Risikoadjustierung auf individueller Ebene ist sehr aufwendig. Die Daten in den Grafiken basieren auf einer telefonischen Stichprobenbefragung. Für die Evaluation von Versorgungsmodellen mit Einschreibung müssten für jeden Versicherten Bildungsgrad, Einkommen und beruflicher Status gesondert erhoben werden. In den Niederlanden erfolgt dies durch die Verknüpfung mit den Daten des Finanzamtes zu Einkommen und Wohneigentum (Kunst 2007). Dies ist in Deutschland u. a. aus kulturellen und historischen Gründen nicht realisierbar. In Großbritannien wurde eine gute Annäherung über eine Gruppierung nach Postleitzahlen erreicht. Dabei wird die Deprivation einer Region gemessen. Für Deutschland wird dieser Ansatz im Auftrag des RKI gerade entwickelt, erste Ergebnisse für Bayern sind sehr erfolgversprechend. Aus sozioökonomischen, soziodemografischen und umweltrelevanten Daten der bayerischen Kommunen wurde ein Multipler Deprivations Index errechnet. Es zeigt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen diesem Index und der vorzeitigen Mortalität (Verstorbene unter 65). Das relative Risiko, frühzeitig zu versterben, war in den Gemeinden mit der höchsten Deprivation deutlich größer (RR 1,49) (Maier et al. 2011).

Ab 2013 stehen die Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs für die Versorgungsforschung zur Verfügung. Analog zur Entwicklung der Qualitätsmessung mit Routinedaten sollte erforscht werden, ob diese Daten, die zum Ausgabenausgleich entwickelt wurden, auch für eine Standardisierung von Qualitätsergebnissen genutzt werden können.

Die Standardisierung darf dabei nur so weit gehen, wie die Unterschiede im Behandlungsergebnis außerhalb des Einflussbereichs des Versorgungssystems stehen. Unterschiede im Zugang zu Gesundheitsversorgung zwischen bestimmten Gruppen, Kommunikationsprobleme oder Unterversorgung in Stadtteilen mit wenigen Privatpatienten dürfen nicht durch eine Standardisierung überdeckt

werden. Der Rat empfiehlt deshalb, Ergebnisindikatoren für gefährdete Gruppen (bsp. mit Migrationshintergrund) gesondert auszuweisen, um Ungleichheiten in der Versorgung zu erkennen. In den angel-sächsischen Ländern wird eine Stratifizierung der Ergebnisse nach sozialen Gruppen bereits angewendet.

5.6 Organisation und Verantwortung

277. Gemeinsame Verantwortung für Gesundheitsergebnisse braucht eine gemeinsame Organisationsstruktur. Im Krankenhaus sind die verschiedenen Berufe und Disziplinen institutionell miteinander verbunden und tragen gemeinsam Verantwortung für das Gesamtergebnis. Qualitätsberichte werden hier bereits veröffentlicht und zeigen Wirkung (AQUA-Institut 2011). Erste Initiativen wie IQM etablieren krankenhausesübergreifende Peer Review-Verfahren. Zukünftig wird das AQUA-Institut die Ergebnisse der Qualitätsberichte der Krankenhäuser auch als Geo-Daten darstellen, sodass hier eine regionale Verantwortung von Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen entstehen kann.

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. Die in Einzelpraxen niedergelassenen Ärzte wurden als Einzelkämpfer sozialisiert, für eine Zusammenarbeit, die später auch Peer Review erlaubt, muss Vertrauen geschaffen werden. Metaanalysen zeigen, dass Kommunikation, Koordination und Evaluation in Netzwerken Vertrauen schaffen und partnerschaftliches Verhalten fördern (Bogenstahl 2012).

Eine Verantwortung für die Qualität sektorenübergreifender Versorgung muss künftig noch entstehen. Dazu müssen Krankenhäuser und die verschiedenen Einrichtungen im ambulanten Sektor zusammenarbeiten. Erste Modellprojekte der Leistungserbringer gibt es 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 verschiedene Krankenkassen hier keine konkurrierenden Netze aufbauen können. Bereits seit 1993 können Krankenkassen sowohl mit den KVen, mit Leistungserbringern und mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst Arbeitsgemeinschaften zur Förderung der Gesundheit, Prävention, Versorgung chronisch Kranker und Rehabilitation gründen (§219 SGB V). Bisher wird diese Möglichkeit allerdings nur selten genutzt.

Für die sektorenübergreifende Versorgung hat das Versorgungsstrukturgesetz 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 (Beske et al. 2011).

Eine weitere wichtige Aufgabe der Landesregierungen und Kommunen ist die Primärprävention. Die Primärprävention soll die Entstehung von Krankheiten verhindern¹⁷⁰ und zielt darauf ab, sowohl den Lebensstil als auch die Lebensumstände gesundheitsförderlicher zu gestalten. Aufklärungskampagnen müssen auch noch gesunde Menschen direkt erreichen und werden deshalb vorzugsweise in den Lebenswelten (z. B. Schule, Arbeitsplatz, Seniorenheim) durchgeführt. Hierzu fördern die Krankenkassen Projekte (§ 20 SGB V). Für einen umfassenden Ansatz braucht es aber das Land bzw. die Region. Auch Initiativen für mehr Radwege oder Rauchverbote erfordern den Gesetzgeber. Arztnetze und Versicherungen können dies nicht leisten. Der hier diskutierte Wettbewerb setzt keine Anreize für eine bessere Primärprävention. Sekundär- und Tertiärprävention sind dagegen bevorzugte Ansätze für Netze, die Ergebnisqualität zu verbessern. Ein Beispiel dafür ist das Programm "Starke Muskeln – feste Knochen" des Gesunden Kinzigtals, in dem versucht wird, durch Sport, Ernährungsumstellung und Medikation Stürzen bei Osteoporose-Patientinnen vorzubeugen (Gesundes Kinzigtal 2012b).

5.7 Fazit und Empfehlungen

278. 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 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.

279. Der Rat empfiehlt eine Fokussierung auf populationsorientierte und sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren. Einen zentralen Ansatz zur Qualitätsverbesserung stellen potenziell verringerbare Sterbefälle und vermeidbare 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 Krankenkassen 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.

280. 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 Diabetes-Patienten ist es nicht wichtig, wie oft sein Hausarzt seinen Fußstatus kontrolliert. Wichtig ist, dass sein Fuß optimal erhalten und letztlich nicht amputiert wird. In einem Versorgungsnetz könnte das auch über eine bessere podologische oder pflegerische Versorgung erreicht werden.

¹⁷⁰ Davon unterschieden werden die Sekundärprävention, die das Fortschreiten einer Krankheit verhindern soll, und die Tertiärprävention, die die Rehabilitation nach einer Krankheit umfasst.

So 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. Qualitätsverbesserungen oder -defizite werden dann innerhalb des Netzes diskutiert bzw. erarbeitet.

281. Gemeinsame Verantwortung für Gesundheitsergebnisse braucht eine gemeinsame Organisationsstruktur. Eine stärkere Kooperation und Koordination in Arztnetzen könnte die Grundlage bilden 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.

282. Für einen Qualitätswettbewerb in der Gesundheitsversorgung sind transparente, zuverlässige Informationen eine Grundvoraussetzung. Dazu ist neben einem einrichtungsinternem 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 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.

283. 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.

284. Als Qualitätsindikator für die Koordination der Arzneimittelversorgung in der ambulanten Versorgung empfiehlt der Rat zu erforschen, inwieweit aus den Routinedaten (Arzneimittelverordnungen, Krankenhausdiagnosen) verringerbare Krankenhauseinweisungen infolge vermeidbarer unerwünschter Arzneimittelwirkungen abgelesen werden können, oder ob ein zusätzliches Kodierfeld, analog zur ambulant erworbenen Pneumonie hilfreich wäre.

Die Qualitätssicherung der Krankenhäuser (SGB V) und der Pflegeheime (SGB XI) sollte kompatibel gestaltet werden. Sektorengegenseitige Qualitätsmessung kann die Dokumentationslast verringern.

Die Primärprävention muss zunächst flächendeckend ausgebaut werden, bevor hierfür Qualitätsindikatoren sinnvoll angewendet werden können.

285. 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.

286. 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 Marktbereinigung durch Ausscheiden der Schlechtesten.

287. 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.

Es ist generell kritisch zu hinterfragen, in welchem Umfang und mit welchem genauen Ziel die inzwischen langjährig etablierten DMP-Dokumentationen zukünftig noch sinnvoll bzw. notwendig sind (siehe Kapitel 7).

288. 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.

289. Bis populationsbezogene, sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren der 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 klarer 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.

5.8 Literatur

- Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ Quality Indicators, <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/> (Stand 3.1.2012).
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2012): Skandalisierung von Fehlerstatistiken schadet der Patientensicherheit. Kommentar des APD zur Berichterstattung in der BILD Zeitung am 16. Februar 2012.
- AQUA-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) (2010): Qualitätsreport 2009, Auftraggeber: Gemeinsamer Bundesausschuss, Göttingen
- AQUA-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) (2011a): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung – Anlage 3: Werte der Expertenbefragung und der Statistischen Prüfung, Göttingen.
- AQUA-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) (2011b): Qualitätsreport 2010, Auftraggeber: Gemeinsamer Bundesausschuss, Göttingen.
- AQUA-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) (2010a): Konisation - Abschlussbericht.
- AQUA-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) (2010b): Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V, Göttingen.
- Augurzky, B., Kopetsch, T. und Schmitz, H. (2012): Was erklärt die regionalen Unterschiede in der Krankenhausinanspruchnahme in Deutschland?
- Berliner Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit (2012): Datenschutz und Informationsfreiheit – Bericht 2011, www.datenschutz-berlin.de/content/veroeffentlichungen/jahresberichte (Stand 2.4.2012).
- Berwick, D.M., James, B. und Coye, M.J. (2003): Connections Between Quality Measurement and Improvement. *Medical Care* 41(1): I-30-I-38.
- Beske, F.; F. Brix; V. Gebel; T. Schwarz: (2011): Gesundheit und Pflege in Schleswig-Holstein – Interessenübergreifende Analyse und Perspektive. Kiel (Schriftenreihe / Fritz Beske Institut für Gesundheits-System- Forschung Kiel: 122).
- Birkmeyer, J., Dimick, J. und Birkmeyer, N. (2004): Measuring the Quality of Surgical Care – Structure, Process, or Outcomes. *Journal of the American College of Surgeons* 198(4): 626-632.
- BKK in Bayern (2006): Jahresbericht 2005/2006. http://www.bkk-bayern.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Jahresberichte/jahresbericht_2006.pdf (Stand 31.05.2012)
- BMG (2008): Nationaler Krebsplan – Handlungsfeld 2: Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung.
- Bogenstahl, C. (2012): Management von Netzwerken, Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Bölsche, F., Hasenbein, U., Reißberg, H., Lotz-Rambaldi, W. und Wallesch, C.-W. (2002): Kurzfristige Ergebnisse ambulanter vs. stationärer Phase-D-Rehabilitation nach Schlaganfall, *Die Rehabilitation* 41(2/3): 175–182.
- Boyd, C.M. (2005): Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases: Implications for Pay for Performance, *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 294(6): 716-724.
- Braun, G.E. (2009): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung mit 20 Tabellen, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Brenner, H., Mielck, A., Klein, R. und Ziegler, H. (1991): The Role of Socioeconomic Factor in the Survival of Patients with Colorectal Cancer in Saarland/Germany, *Journal of clinical epidemiology* 44(8): 807-815.
- Bürger, W., Dietsche, S., Morfeld, M. und Koch, U. (2002): Ambulante und stationäre orthopädische Rehabilitation: Ergebnisse einer Studie zum Vergleich der Behandlungsergebnisse und Kosten, *Die Rehabilitation*, 41(2/3): 92–102.

- Canadian Institute for Health Information (2010): Technical Note – Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/health%20system%20performance/indicators/health/tech_acsc_2010 (Stand 19.01.2012).
- Commission of the European Communities (2009): Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU – COM (2009), 567 final.
- Cruppé, W. und Geraedts, M. (2011): Wie wählen Patienten ein Krankenhaus für elektive operative Eingriffe?, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 54(8): 951-957.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen: GeroStat, www.gerostat.de (Stand 6.1.2012).
- Department of Health (1997): The new NHS: modern, dependable: The Stationery Office. DKG (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft) (2010): Positionspapier der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Qualitätsdarlegung und Qualitätssicherung mit "Routinedaten", Deutsche Krankenhausgesellschaft.
- Department of Health (2011): The NHS Outcomes Framework 2012/13, London.
- Donabedian, A. (1980): Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Explorations in quality assessment and monitoring Vol 1, Ann Arbor, Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988): The Quality of Care – How Can It Be Assessed?, Journal of the American Medical Association 260: 1743-1748.
- Dranove, D., Kessler, D., McClellan, M. und Satterthwaite, M. (2003): Is more information better?, Journal of political economy 111(3): 555–588.
- Einarson, T. R. (1993): Drug-related hospital admissions, Ann Pharmacother 27(7-8): 832–840.
- Eurostat (2011): Indikatoren der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege, Statistisches Amt der Europäischen Union http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_social_policy_equality/omc_social_inclusion_and_social_protection/health_long_term_care_strand, (Stand 09.01.2012.) Faktencheck Gesundheit (Hrsg.) (2012): Entfernung der Mandeln bei Kindern und Jugendlichen, faktencheck-gesundheit.de/regionale-unterschiede/entfernung-der-mandeln/ (Stand 7.3.2012).
- Fitzpatrick, R. (2009): Patient-reported outcome measures and performance measurement, in: Smith, P., Mossialos, E., Papanicolas, I. und Leatherman, S. (Hrsg.), Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects, Cambridge: 63-87.
- Froschauer, S., Munte, A. und Neumann, A. (2011): Zwischen den Welten – die „ambulante spezialärztliche Versorgung“, Gesundheits- und Sozialpolitik 65(4): 20–27.
- Fuchs, F. und Amon, M. (2011): Erfahrungsbericht Einführung A-IQI Version 1.0 und Peer-Review-Verfahren in Niederösterreich und Österreich, in: Kühlen, R., Rink, O. und Zacher, J. (Hrsg.), Jahrbuch Qualitätsmedizin 2011, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin: 67–75.
- Fung, C., Lim, Y., Matke, S., Damberg, C. und Shekelle, P. (2008): Systematic Review: The Evidence That Publishing Patient Care Performance Data Improves Quality of Care, Annals of Internal Medicine, 148(2): 111-123.
- Gaede, K. (2012): Auslaufmodell KTQ, kma - das Gesundheitswirtschaftsmagazin.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2012): Sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Gemeinsamer Bundesausschuss. <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/sektoreneuebergreifend/>, zuletzt aktualisiert am 17.02.2012 (Stand 23.04.2012).
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2010) : Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGBV über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung – Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung - Qesü-RL, Gemeinsamer Bundesausschuss.
- Geraedts, M. (2008): Informationsbedarf und Informationssuchverhalten bei der Arztsuche, in: Böcken, J., Braun, B. und Amhof, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2008: Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung, Verl. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh: 29-47.
- Geraedts, M., Auras, S., Hermeling, P. und de Cruppé, W. (2010): Abschlussbericht zum Forschungsauftrag zur Verbesserung der gesetzlichen Qualitätsberichte auf der Basis einer Krankenhaus-, Patienten- und Einweiserbefragung – Revidierte Fassung auf der Basis der Diskussionen in der AG Qualitätsbericht des UA Qualitätssicherung des G-BA, Witten, www.g-ba.de/downloads/17-98-2967/2010-10-21_QS-KH_Geraedts-Abschlussbericht.pdf (Stand: 24.05.2012).

- Geraedts, M.; Brechtel, T.; Zöll, R. und Hermeling, P. (2011): Beurteilungskriterien für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung. In: Böcken, J., Braun, B. und Repschläger, U. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2011. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK: 155–172.
- Gerlach, F.M. (2001): Qualitätsförderung in Praxis und Klinik – Eine Chance für die Medizin, 1. Auflage, Thieme, Stuttgart.
- Gesundes Kinzigtal (2012b): Starke Muskeln-Feste Knochen – präventiv gegen Frakturen.
- Gesundes Kinzigtal (2012a): ÄrztePlusPflege – reduziert Krankenhaus-Fälle bei Heimbewohnern.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012), www.gbe-bund.de (Stand: 24.05.2012).
- Gesundheitsmonitor (2009): Versichertenbefragung Einzelwelle 16. Bertelsmann-Stiftung, http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-B15FB844-360DE1C2/bst/hs.xsl/7097_98932.htm (Stand 05.03.2012).
- GKV-Spitzenverband und KBV (2010): Onkologie-Vereinbarung – Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen), Berlin.
- Glassen, K., Urban, E., Miksch, A. und Szecsenyi, J. (2011): Diabetes mellitus Typ 2 – Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, QiSA, KomPart Verlagsgesellschaft(C2).
- Göbel, T. und Wolff, J. (2011): Direktverträge für stationäre Leistungen - Chance für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Krankenhaussektor, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2012: Schwerpunkt: Regionalität, Schattauer, Stuttgart:123-147.
- Graf, C. (2011): Evaluation von Disease-Management-Programmen – am Beispiel des DMP Diabetes der BARMER, DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift, 136(S 02): S64.
- Grätzel von Grätz, P. (2012): Heimarzt. ein Job mit Lotsen-Funktion. Ärzte Zeitung (14): 10.
- Grisel, J. und Arjmand, E. (2009): Comparing quality at an ambulatory surgery center and a hospital-based facility: Preliminary findings, Otolaryngology - Head and Neck Surgery 141: 701–709.
- Groot, I., Otten, W., Smeets, H. und de Marang-van Mheen, P. (2011): Is the impact of hospital performance data greater in patients who have compared hospitals?, BMC Health Services Research (11): 214.
- Hasford, J.; Schubert, I.; Garbe, E.; Dietlein, G. und Glaeske, G. (2004): Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. St. Augustin: Asgard.
- Heidemann, C., Du, Y. und Scheidt-Nave, C. (2011): Diabetes mellitus in Deutschland, GBE kompakt, 2(3).
- Heller, G. (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung, in: Klauber, J.; Geraedts, M.; Friedrich, J. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?, Schattauer, Stuttgart:239–253.
- Heller, G. (2011a): Qualitätssicherung in der Versorgung von Früh- und Neugeborenen. Veranstaltung vom 25.-26.11.2011, aus der Reihe "5. nationaler Qualitätskongress", Berlin.
- Heller, G. (2011b): Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2011, WIdO, www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorschlaege/vorschlaege2011/037-icd-poa.pdf (Stand: 24.05.2012).
- Henkel-Hoving, H.-B. (2009): Heimärzte sind gefragt, Gesundheit und Gesellschaft 12(4): 17.
- Hermeling, P., de Cruppé, W. und Geraedts, M. (2011): Qualitätsberichte zur Unterstützung der ärztlichen Patientenberatung, Das Gesundheitswesen 73(08/09).
- Hibbard, J.H., Stockard, J. und Tusler, M. (2005): Hospital Performance Reports: Impact On Quality, Market Share, And Reputation, Health Affairs 24(4): 1150-1160.
- Holt, S., Schmiedl, S. und Thürmann, P.A. (2010): Potentially inappropriate medication in the elderly - PRISCUS list, Deutsches Ärzteblatt (107): 543-551.
- Huber, D., Brandl, T., Henrich, G. und Klug, G. (2002): Ambulant oder stationär?, Psychotherapeut 47(1): 16–23.
- IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) (2010): Kwaliteit Zelfstandige Behandelcentra en privéklinieken verbeterd, <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/kwaliteitzelfstandigebehandelcentraenpriviekliniekenverbeterd.aspx?sgURI=tcm:294-47462-4&nodeJump=4> (Stand 6.3.2012).

- Institute of Medicine (2001): Crossing the quality chasm – A new health system for the 21st century, National Academy Press, Washington, DC.
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2008): Menge und Ergebnis bei der Versorgung von Frühgeborenen, https://www.iqwig.de/download/V07-01_Abschlussbericht_Kurzfassung_Menge_und_Ergebnis_bei_der_Versorgung_von_Fruehgeborenen.pdf (Stand 10.1.2012).
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2007): Bundesmantelvertrag - Zahnärzte (BMV-Z), www.kzvb.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin%2Fuser_upload%2FKZVB%2FRec ht_und_Vertraege%2FBlaue_Vertragsmappe%2Fpdf%2FC_I_1_Bundesmantelvertrag_Zahnaerzte.pdf&hash=c02c822722f4877647295906144ed793 (Stand 7.3.2012).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2005): Umfrage zum Aufwand für Bürokratie in Arztpraxen. Ergebnisbericht. daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=4b24514a25c6f0148bd04f2ab521cb16&DocId=003748860&Page=1 (Stand 23.04.2012).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2011): Qualitätsbericht – Ausgabe 2011, Berlin.
- Kelley, E. und Hurst, J. (2006): Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper, OECD Health Working Papers: 23.
- Kleudgen, S., Diel, F., Burgdorf, F., Quasdorf, I., Cruppé, W. und Geraedts, M. (2011): KBV entwickelt Starter-Set ambulanter Qualitätsindikatoren – AQUiK®-Set, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 105(1).
- Koch, K., Schürmann, C. und Sawicki, P. (2010): Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Die Perspektive der Patienten, Deutsches Ärzteblatt 107(24): 427–437.
- Kopp, I.B. (2011a): Leitlinien und Versorgungsforschung. Veranstaltung vom 20.-22.10.2011, aus der Reihe „10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung.“, Köln, http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/AWMF-Publikationen/Vortrag_Kopp_DKVF2011.pdf (31.05.2012).
- Kopp, I.B. (2011b): Von Leitlinien zur Qualitätssicherung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 54: 160-165.
- Kuhlen, R., Rink, O. und Zacher, J. (2011): Jahrbuch Qualitätsmedizin 2011, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Kunst, A. (2007): Sociaal-economische verschillen in sterfte en gezondheid in Nederland – Een overzicht van vorderingen in recent beschrijvend onderzoek, Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Lampert, T., Saß, A-C, Häfeler, M. und Ziese, T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes).
- Lampert, T. und Kroll, L.E. (2008): Einkommen und Lebenserwartung in Deutschland – Eine Analyse mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels 1995–2005, Das Gesundheitswesen 70(07).
- Lazarou, J. (1998): Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients: A Meta-analysis of Prospective Studies, JAMA: The Journal of the American Medical Association 27 (15): 1200–1205.
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E. und Glinos, I. (2008): Assuring the quality of health care in the European Union – A case for action, Observatory Studies Series: 12.
- Lehmann, C., Bergelt, C., Welk, H., Hagen-Aukamp, C., Berger, D. und Koch, U. (2008): Unterscheiden sich ambulante und stationäre onkologische Rehabilitationsmaßnahmen im Hinblick auf Leistungserbringung und Erfolg? Eine Analyse der medizinischen Entlassungsberichte, Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 18(2): 59–68.
- Linder, R. (2011): Wirkt DMP qualitätsverbessernd? – Eine empirische Untersuchung mittels Routinedaten, DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 136(S 02): S65.
- Lohr, K. (1990): Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume I, The National Academies Press, Washington, D.C..
- Maier, W., Fairburn, J. und Mielck, A. (2011): Regionale Deprivation und Mortalität in Bayern. Entwicklung eines ‚Index Multipler Deprivation‘ auf Gemeindeebene, Das Gesundheitswesen.
- Mansky, T. (2008): Wenn die Kasse das Klinikum auswählt, führen und wirtschaften im Krankenhaus 25(3): 270-272.

- Mansky, T. (2011): Stand und Perspektive der stationären Qualitätssicherung in Deutschland, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2011: Qualität durch Wettbewerb. 1 Aufl., Schattauer, Stuttgart: 19-37.
- Mansky, T., Nimptsch, U., Winklmair, C., Vogel, K. und Hellerhoff, F. (2011): G-IQI - German Inpatient Quality Indicators - Version 3.1, http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2011/3004/pdf/G_IQI_31.pdf (Stand 04.08.2011).
- Marshall, M. und McLoughlin, V. (2010): How do patients use information on health providers?, *BMJ* 341(nov25 1): c5272.
- Marshall, M., Leatherman, S. und Mattke, S. (2004): Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries, *OECD HEALTH TECHNICAL PAPERS*: 16.
- Marshall, M.N., Shekelle, P.G., Davies, H.T. und Smith, P.C. (2003): Public Reporting On Quality In The United States And The United Kingdom, *Health Affairs* 22(3): 134-148.
- Miksch, A., Laux, G., Ose, D., Joos, S., Campbell, S., Riens, B. und Szecsenyi, J. (2010): Is There a Survival Benefit Within a German Primary Care-Based Disease Management Program?, *The American Journal of Managed Care* 16(1): 49-54.
- Mohrmann, M. und Koch, V. (2011): Selektivverträge im Krankenhausbereich als Instrument zur Verbesserung von Qualität und Effizienz, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2011: Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb, Schattauer, Stuttgart: 61-79.
- Müller, F., Mathews, A., Kirchner, M., Patapovas, A., Pfistermeister, B., Plank-Kiegele, B., Vogler, R., Sojer, R., Bürkle, T., Dormann, H. und Maas, R. (2011): Adverse drug events and medication errors in an emergency department. *Br J Clin Pharmacol* 72, Suppl. 1: 20 (Abstr 39).
- Müller, H. (2011): Effekte des Screenings auf Zervix- Karzinom in Deutschland – Häufigkeit und Verteilung von Konisationen. Veranstaltung vom 20.- 22.10.2011, aus der Reihe „10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 18. GAA-Jahrestagung“, Köln.
- National Committee for Quality Assurance (o.J.): Guide to Relative Resource Use – Getting the Most Return for Our Health Care Dollars.
- National Quality Forum (2011): Measure Evaluation Criteria, http://www.qualityforum.org/docs/measure_evaluation_criteria.aspx. (Stand 31.5.12).
- Navarro, V. (2000): Assessment of the World Health Report 2000, *The Lancet* 356(4).
- Neubauer, G. und Beivers, A. (2008): Qualitäts- und Versorgungssteuerung über Vergütungsanreize, in: Klusen, N. und Meusch, A. (Hrsg.), Zukunft der Krankenhausversorgung: Qualität, Wettbewerb und neue Steuerungsansätze im DRG-System, Nomos, Baden-Baden: 199-207.
- Neugebauer, E.A.M., Icks, A. und Schrappe, M. (2010): Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 2), *Gesundheitswesen* 72(10) :739-748.
- Nightingale, F. (1863): Notes on hospitals, Third edition, Longman, Roberts and Green, London.
- Nolte, E. und McKee, M. (2004): Does health care save lives? – avoidable mortality revisited.
- Nolte, E., Roland, M., Damberg, C., Mattke, S., Cacace, M., Goshev, S., Brereton, L., Conklin, A., Hiatt, L., Quigley, D. und Lovejoy, S. (2011): Informing the development of a resource allocation framework in the German healthcare system, RAND, Cambridge.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2008): Health Care Quality Indicators – Indicators of the Quality of Primary Care at the Systems Level, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Health Committee, www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/HQC%282008%294&docLanguage=En (Stand 27.02.2012) .
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2010): Improving Value in Health Care – Measuring Quality.
- OECD (Organisation for Economic Co -operation and Development) (2009): Achieving better value for money in health care, Paris: OECD, OECD health policy studies.
- OECD (Organisation for Economic Co -operation and Development) (2011): Health Data, Paris.
- Petzold, T. (2011): Einsatz der G-IQI Qualitätsindikatoren in einer Universitätsklinik. Veranstaltung vom 19.9.2011, aus der Reihe "Qualitätsmessung mit Routinedaten", Potsdam.

- Pirmohamed, M., James, S., Meakin, S., Green, C., Scott, A.K., Walley, T.J. et al. (2004): Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients, *BMJ* 32(7456): 15–19.
- Reiter, A., Fischer, B., Kötting, J., Geraedts, M., Jäckel, W.H., Barlag, H. und Döbler, K. (2007): QUALIFY – Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, Düsseldorf, <http://online.abo.bqs-online.com/download/qualify/qualify-down.pdf> (Stand 14.02.2012).
- Rink, O. (2011): Erste Ergebnisse trägerübergreifender Reviews bei IQM 2010, in: Kühlen, R., Rink, O. und Zacher, J. (Hrsg.), *Jahrbuch Qualitätsmedizin 2011*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin: 99–110.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1987): Medizinische und ökonomische Orientierung: Vorschläge für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Sondergutachten 1995, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Gutachten 2000/2001, Bd. II, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität: Qualität und Versorgungsstrukturen, Gutachten 2003, Bd. II, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008): Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007, Bd. II, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010): Koordination und Integration: Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009, Bd. II, Nomos, Baden-Baden.
- SALAR (Swedish Association of Local Authorities and Regions) (2007): Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparison, Herausgegeben von Swedish National Board of Health and Welfare, Swedish Association of Local Authorities and Regions, Stockholm.
- Schneider, A., Broge, B. und Szecsenyi, J. (2003): Müssen wir messen, um (noch) besser werden zu können? Die Bedeutung von Qualitätsindikatoren in strukturierten Behandlungsprogrammen und Qualitätsmanagement, *Integrierte Versorgung* 79: 547–552.
- Schoen, C. und Osborn, R. (2010): The Commonwealth Fund 2010. International Health Policy Survey in Eleven Countries. Commonwealth Fund.
- Schubert, I. und Köster, I. (2011): Versorgungsmonitoring mit Routinedaten am Beispiel Diabetes mellitus. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 136(S 02): S63.
- Shahian, D. (2011): Quality indicators: What is the right way to measure outcome?, Veranstaltung vom 19.-20.9.2011, aus der Reihe "Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement mit Routinedaten", Potsdam.
- Sidorenkov, G., Haaijer-Ruskamp, F.M., Zeeuw, D. de, Bilo, H. und Denig, P. (2011): Relation Between Quality-of-Care Indicators for Diabetes and Patient Outcomes – A Systematic Literature Review, *Medical Care Research and Review* 68(3): 263–289.
- Simonato, L., Ballard, T., Bellini, P. und Winkelmann, R. (1998): Avoidable mortality in Europe 1955–1994 – a plea for prevention, *Journal of Epidemiology & Community Health* 52: 624–630.
- Sirri, E. und Kieschke, J. (2010): Sozioökonomische – demografische – Indikatoren und Krebsmortalität: eine ökologische Untersuchung des Epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsen (EKN). Veranstaltung vom 24.-27.2.2010, aus der Reihe "Deutscher Krebskongress", Berlin.
- Smith, P. (2009): Market Mechanisms and the Use of Health Care Resources, in: OECD (Hrsg.), *Achieving better value for money in health care*, Paris: 53–77.
- Smith, P., Mossialos, E. und Papanicolas, I., et al. (Hrsg.) (2009): *Performance Measurement for Health System Improvement – Experiences, Challenges and Prospects*, Cambridge: Cambridge Univ. Press.

- Statistisches Bundesamt (2012): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerungsfortschreibung 2010, Fachserie 1 Reihe 1.3, Wiesbaden.
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2012): Sonderaufbereitung der Todesursachenstatistik 2010 [Anfrage].
- Stausberg, J. und Hasford, J. (2011): Drug-related admissions and hospital-acquired adverse drug events in Germany – a longitudinal analysis from 2003 to 2007 of ICD-10-coded routine data. *BMC Health Services Research* 11(1): 134.
- Stausberg, J. und Hasford, J. (2010): Erkennung von unerwünschten Arzneimittelereignissen – Nutzung von ICD-10-codierten Diagnosen in Routinedaten von Krankenhäusern. *Deutsches Ärzteblatt* 107(3): 23–29.
- Sveriges Kommuner und Landsting och Socialstyrelsen (2011): Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – Jämförelser mellan landsting 2011, Solna.
- Szecsényi, J., Campbell, S., Broge, B., Laux, G., Willms, S., Wensing, M. und Goetz, K. (2011): Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. *Canadian Medical Association Journal* 183(18): E1326.
- The Kings Fund (2009): Independent sector treatment centres – Briefing October 2009.
- van Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., den Berg, M., Westert, G., Devillé, W. und Ginneken, E. (2010): The Netherlands: Health system review, *Health Systems in Transition*: 12(1).
- Veit, C. (2007): Qualität sichtbar machen – BQS-Qualitätsreport 2006, Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung.
- Versorgungsatlas (2012): Wie häufig gehen die Deutschen wirklich zum Arzt? Pressemitteilung, Berlin.
- Verspohl, I. (2012): Health care reforms in Europe, Univ. : Nomos, Baden-Baden, Osnabrück.
- Wensing, M., Broge, B., Riens, B., Kaufmann-Kolle, P., Akkermans, R., Grol, R. und Szecsényi, J. (2009): Quality circles to improve prescribing of primary care physicians – Three comparative studies. *Pharmacoepidemiol Drug Safety* (18): 763–769.
- Weyermann, M. (2011): Asthma Admission Rates in Germany – An Analysis of the Nationwide DRG-Statistic of the Year 2009. Veranstaltung vom 6.12.2011, aus der Reihe "XXII. World Allergy Congress", Cancun, Mexico, <http://wao.confex.com/wao/2011wac/webprogram/Paper4229.html>.
- Weyermann, M., Knorr, S. und Drösler, S. (2010): Qualitätsindikatoren der Versorgung von Diabetikern in Deutschland.
- Wingenfeld, K., Kleina, T., Franz, S., Engels, D., Mehlan, S. und Engel, H. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bielefeld, Köln.
- Wübker, A., Sauerland, D. und Wübker, A. (2008): Does better information about hospital quality affect patients' choice? – Empirical findings from Germany, Munich Personal RePEc Archive, München.
- Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2010): Leitlinie Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms, Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, [www3.zzq-koeln.de/zzqpubl3.nsf/30c7ccae1fb54ce8c12573380037acd9/dd878a3d9b6a8529c12576e700349cd7/\\$FILE/Vorl%C3%A4uferl%C3%A4sionen%20des%20oralen%20Plattenepithelkarzinoms.pdf](http://www3.zzq-koeln.de/zzqpubl3.nsf/30c7ccae1fb54ce8c12573380037acd9/dd878a3d9b6a8529c12576e700349cd7/$FILE/Vorl%C3%A4uferl%C3%A4sionen%20des%20oralen%20Plattenepithelkarzinoms.pdf).
- Zahnd, D. (2011): IQM-Version 2.0 Adaption auf die Schweiz: Die CH-IQI, in: Kuhlen, R., Rink, O. und Zacher, J. (Hrsg.), *Jahrbuch Qualitätsmedizin 2011*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 55–65.
- Zichtbare Zorg (2009): We hebben uit alle landen ideeën opgedaan – interview met Kees Birkhoff en Jan Peter Heida, [www.zichtbarezorg.nl/page/Programma-Zichtbare-Zorg/Nieuws-programma-zichtbare-zorg?mod\[BrickworkNewsModule\]\[n\]=164](http://www.zichtbarezorg.nl/page/Programma-Zichtbare-Zorg/Nieuws-programma-zichtbare-zorg?mod[BrickworkNewsModule][n]=164) (Stand 12.3.2012).

6 Wettbewerbsbedingungen an der Sektorgrenze zwischen ambulant und stationär

6.1 Potenziale ambulanter Leistungserbringung

290. Der medizinisch-technische Fortschritt (z. B. in den Bereichen Anästhesie, minimalinvasive Chirurgie, Medizintechnik oder auch bei der pharmakologischen Therapie) 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: Ein wachsender Anteil bislang stationär behandlungsbedürftiger Patienten benötigt diese Form der Versorgung teilweise nur noch wenige Tage oder zukünftig gar nicht mehr. 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 (Schmidt/Möller 2006). Darüber hinaus könnte dieser Trend auch Potenziale zur Überwindung der fragmentierten Versorgung durch vermehrt integrierte Leistungsangebote bieten. Es ist derzeit jedoch noch unklar, zu welchem Anteil ambulante Behandlungen vormals stationäre Aufenthalte substituieren und in welchem Ausmaß gänzlich neue Fälle hinzukommen, bei denen es in früheren Zeiten aufgrund fehlender medizinischer Möglichkeiten (oder vorzeitigen Versterbens) zu gar keiner Leistung kam. Die in Abbildung 18 dargestellten Steigerungsraten der verschiedenen Kategorien erlauben somit keine definitiven Aussagen bzgl. einer Substitution. Auf den ersten Blick kommt es zu einer leichten Zunahme stationärer Fälle trotz der häufiger genutzten Möglichkeit ambulanter Operationen. Es lässt sich derzeit kaum beurteilen, in welchem Ausmaß die aufgrund von Morbiditätsveränderungen ohnehin zu erwartenden stationären Fallzahlsteigerungen ohne die Zuwächse an ambulanten Operationen nicht sogar noch deutlicher ausgefallen wären (hierauf deutet zumindest der leichte Rückgang stationärer Fallzahlen in den Jahren 2003 bis 2005 hin) und wie viele Leistungen additiv erbracht wurden (hierfür spricht der Zuwachs der Gesamtzahl aller Fälle; zu beachten ist allerdings auch das abnehmende Wachstum der ambulanten Operationen am Krankenhaus in den letzten Jahren). Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang insbesondere auf die Gefahr Angebotsinduzierter Nachfragesteigerungen, die vor allem durch nicht budgetierte Abrechnungsmöglichkeiten provoziert werden könnten.

Erste Ansätze zur Quantifizierung von Verlagerungseffekten gibt es bereits, jedoch verbleiben große methodische Herausforderungen z. B. bei der Abgrenzung des Verlagerungseffektes von der fortlaufenden Morbiditätsentwicklung und anderen Einflussfaktoren auf den Behandlungsbedarf (Stillfried et al. 2011).¹⁷¹

291. Obwohl sich nicht abschließend beziffern lässt, wie groß die ambulanten Substitutionseffekte letztlich sind, gibt es doch einige Hinweise darauf, dass dieses Potenzial derzeit bei weitem noch nicht ausgeschöpft ist (siehe Abschnitt 6.4 zu ambulanten Operationen). Im Jahr 2010 betrug die Verweildauer bei mehr als einem Drittel aller im Krankenhaus erbrachten stationären Fälle höchstens drei Tage, d. h. über 6 Millionen stationäre Fälle gelten aktuell als so genannte Kurzlieger. Wenngleich sicher nicht sämtliche dieser Fälle ambulant hätten erbracht werden können und die Verweildauerverkürzung z. T. auch mit Leistungsverdichtungen begründet werden können, zeigen die kontinuierlich sinkende Gesamtverweildauer, die Zunahme von Kurzliegern und die Existenz vieler Stundenfälle das erhebliche Potenzial einer zunehmenden ambulanten Leistungserbringung auf. So errechnen Lungen und Rath (2010) am Beispiel der onkologischen Versorgung, dass bis zu 553 000 derzeitige stationäre und teilstationäre Onkologie-Krankenhausfälle mit einer Verweildauer von bis zu zwei Tagen künftig im Rahmen der ambulanten Versorgung erbracht werden könnten.

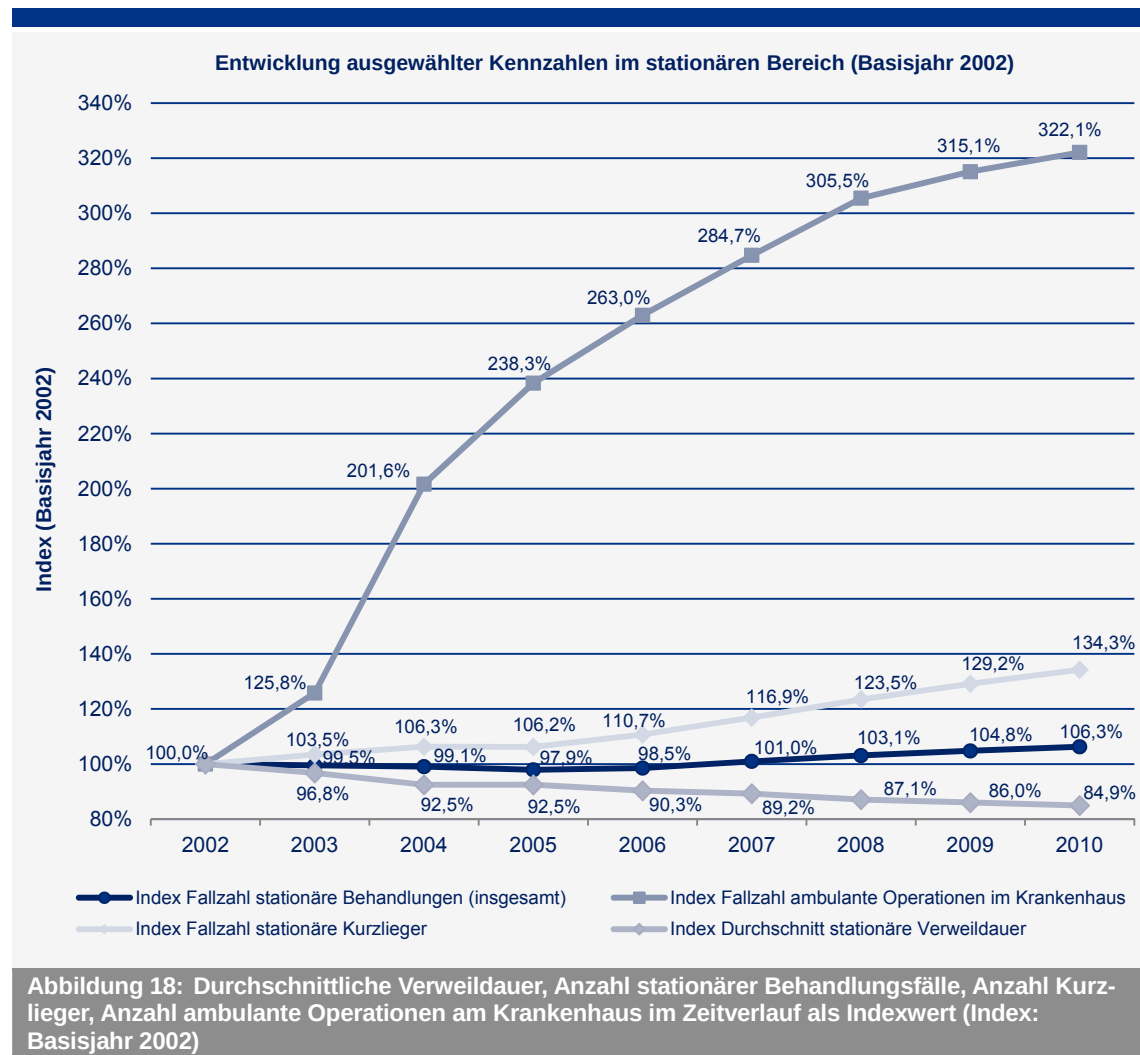
Verweildauer in Tagen	Anzahl Patienten	%-Anteil der Patienten
Stundenfall	528 461	2,9 %
1	2 274 486	12,3 %
2	2 421 623	13,1 %
3	2 131 914	11,5 %
4	1 762 886	9,5 %
5	1 373 270	7,4 %
6	1 120 587	6,1 %
7	1 006 855	5,4 %
8-9	1 464 226	7,9 %
10-12	1 353 277	7,3 %
13-14	690 938	3,7 %
15-21	1 155 208	6,2 %
22-28	488 819	2,6 %
≥ 29	717 448	3,9 %
Insgesamt	18 489 998	100,0 %

Tabelle 11: Verweildauer von aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten/-innen (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) nach Anzahl der Verweildauertage im Jahr 2010

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes 2012a

¹⁷¹ Neben rein quantitativen Analysen sollten an dieser Stelle auch qualitative Aspekte berücksichtigt werden, bspw. inwiefern die Patientensicherheit bei ambulanten Operationen in gleichem Maße gewährleistet ist wie bei vollstationärer Überwachung des Patienten. Auf der einen Seite gibt es in Fällen ambulanter Operationen in der Regel keine kontinuierliche professionelle Überwachung des Patienten in den Tagen nach dem Eingriff, auf der anderen Seite bieten vermiedene oder verkürzte Krankenhausaufenthalte auch potenzielle Vorteile durch geringere Gefahren von Infektionen im Krankenhaus. Substitutive Leistungsausweitungen im ambulanten Bereich sollten stets auch aus qualitativer Sicht evaluiert werden.

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.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes 2012b und 2012d

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	9,3	9,0	8,6	8,6	8,4	8,3	8,1	8,0	7,9
Vollstationäre Behandlungsfälle	17 398 538	17 313 222	17 233 624	17 033 775	17 142 476	17 568 576	17 937 101	18 231 569	18 489 998
davon: Anzahl stationärer Kurzlieger (1-3 Tage)	5 086 019	5 262 823	5 406 254	5 401 207	5 631 308	5 944 592	6 279 504	6 568 703	6 828 023
Ambulante Operationen im Krankenhaus (§ 115b SGB V)	575 613	724 310	1 160 573	1 371 708	1 513 716	1 638 911	1 758 305	1 813 727	1 854 125

Tabelle 12: Durchschnittliche Verweildauer, Anzahl stationärer Behandlungsfälle, Anzahl Kurzlieger, Anzahl ambulante Operationen im Krankenhaus im Zeitverlauf

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes 2012b und 2012d

292. Ein internationaler Vergleich der Krankenhausaussgaben pro Fall auf Basis von OECD-Gesundheitsdaten zeigt, dass über alle eingeschlossenen Länder hinweg eine geringe Krankenhausfallzahl je Einwohner mit hohen durchschnittlichen Ausgaben pro Fall korreliert. Deutschland nimmt hierbei einen Platz im unteren Mittelfeld der (nach Kaufkraftparitäten bereinigten) Krankenhausaussgaben je Fall ein (Geissler et al. 2010).

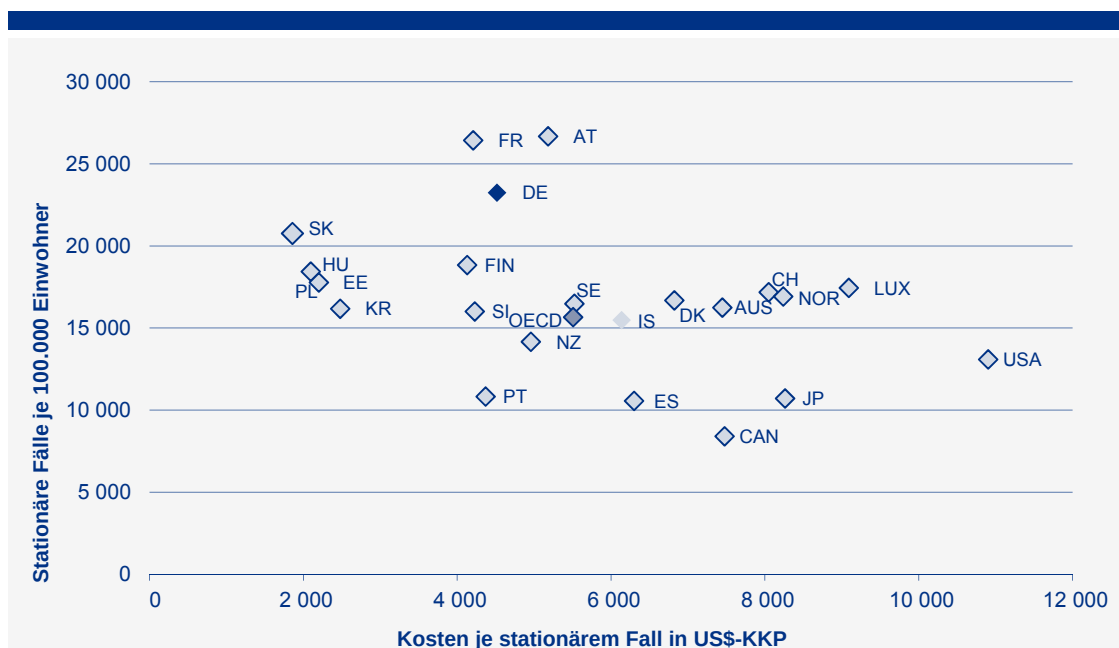


Abbildung 19: Internationaler Vergleich zur Häufigkeit von stationären Fällen im Verhältnis zu Kosten pro stationärem Fall im Jahr 2008 (in US\$-KKP)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von OECD 2011 (Stand Juni 2011)

Die Krankenhausaussgaben je Fall sind dabei abhängig von einer Vielzahl von Faktoren. Besonders wichtig ist die Zusammensetzung des Klientels (Case Mix). Hierbei wird deutlich, dass sich diejenigen Länder mit hohen Fallkosten – wie Kanada oder Dänemark – gleichzeitig durch einen hohen Anteil ambulanter Operationen auszeichnen. Als eine mögliche Interpretation folgern Geissler et al. (2010) hieraus, dass in diesen Ländern vor allem Fälle mit vergleichsweise hohem Aufwand stationär behandelt werden, wodurch zwar die durchschnittlichen Fallkosten hoch sind, jedoch die stationären Fallzahlen sinken.

293. Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass sich der deutsche stationäre Sektor im internationalen Vergleich durch unterdurchschnittliche Kosten je Fall sowie eine überdurchschnittlich hohe Fallzahl und Bettendichte auszeichnet (OECD 2011). Die Vermutung, dass die recht ausgeprägte ambulante Facharztdichte in Deutschland vornehmlich die schweren Fälle einer stationären Behandlung zuführt, ist auf Basis dieser Daten nicht zu halten: Im Vergleich mit anderen Ländern leistet sich Deutschland sowohl ambulant wie stationär eine relativ hohe Versorgungsdichte (Augurzky et al. 2009).

294. In Deutschland bestehen bereits heute vielfache Optionen für die Krankenhäuser an der ambulanten Leistungserbringung teilzunehmen:

- Medizinische Versorgungszentren in Trägerschaft eines Krankenhauses (§ 95 Abs. 1, 1a SGB V),
- ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus (§ 115 SGB V i.V.m. § 75 Abs. 1 SGB V),
- vor- und nachstationäre Versorgung im Krankenhaus (§ 115a SGB V),
- ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V),
- ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung (Ermächtigung durch Zulassungsausschuss nach § 116a SGB V) bzw. durch Krankenhausärzte (§ 116 SGB V),
- ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus (§ 116b SGB V),
- Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V); ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung durch psychiatrische Krankenhäuser (§ 118 SGB V); ambulante sozialpädiatrische Behandlung (§ 119 SGB V); ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 119a SGB V) und in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 119b SGB V),
- integrierte Versorgung (§ 140a-d SGB V).

Das Gesamtvolumen aller Ausgaben für ambulante Krankenhausleistungen beträgt nach Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes derzeit rund vier Milliarden Euro jährlich (Hitpaß/Leber 2012).

295. Im Vergleich zu diesen Möglichkeiten der Krankenhäuser im ambulanten Bereich tätig zu sein, verfügt der niedergelassene Bereich über deutlich weniger Optionen für den Eintritt in die sektorenübergreifende Versorgung an der Schnittstelle ambulant-stationär (GA 2007, Ziffer 294). Ein wichtiges Beispiel sind jedoch die belegärztlichen Leistungen gemäß § 121 SGB V (siehe Unterkapitel 6.6). Hinzu kommt die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) eingeführte Option einer parallelen Anstellung des Vertragsarztes im Krankenhaus bzw. dessen Tätigkeit als Honorararzt. Hier sind jedoch zeitliche Höchstgrenzen einzuhalten, um die Vereinbarkeit mit der Tätigkeit als Vertragsarzt nicht zu gefährden. Darüber hinaus bestehen auch für den niedergelassenen Arzt Möglichkeiten zur Teilnahme an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V.

296. Der Bestimmung funktionsgerechter Wettbewerbsbedingungen an der Schnittstelle ambulant-stationär kommt vor allem durch die gewachsenen Optionen ambulanter Leistungserbringung für Krankenhäuser eine große Bedeutung zu. Das Zulassen von Konkurrenz unter fairen Wettbewerbsvoraussetzungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten ist die 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 (SG 2009, Ziffer 756). Dazu sind bestehende Doppelstrukturen mit zwischen den Sektoren divergierenden Regulierungen trotz der Fortschritte des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes weiter abzubauen.

Nach einem kurzen Überblick zu übergeordneten wettbewerbstheoretischen Überlegungen sollen in der Folge anhand der ausgewählten Bereiche

- a) ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V,
- b) ambulante Operationen gemäß § 115b SGB V,
- c) Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und
- d) belegärztliche Leistungen

die Anforderungen an wettbewerbsintensivierende Regelungen dargestellt werden.

6.2 Effizienzsteigernder Wettbewerb aus theoretischer Sicht

Vertikale Integration

297. Die hier thematisierte schnittstellenübergreifende Zusammenführung ambulanter und stationärer Elemente des Gesundheitswesens kann auch als Integration verschiedener Leistungserbringerebenen verstanden und mit dem Begriff der vertikalen Integration beschrieben werden. Grundsätzlich ist unter vertikaler Integration der Zusammenschluss verschiedener Stufen der Wertschöpfungskette (z. B. Zulieferer, Endprodukthersteller und Vertriebskanal) zu verstehen. Wenn gleich diese im Gesundheitssektor nicht immer als vor- und nachgelagerte Ebenen im ursprünglichen Sinne zu verstehen sind (bspw. setzt nicht jede stationäre Behandlung eine ambulante Vorbehandlung voraus), können doch viele der generellen wettbewerbstheoretischen Überlegungen auch auf diesen Bereich übertragen werden.

298. In den USA ist eine Tendenz zur vertikalen Integration ambulanter und stationärer Einrichtungen bereits seit Mitte der 1990er Jahre festzustellen. Als Ursache für diesen Prozess werden oftmals die gleichzeitig beobachtbaren Konzentrationsprozesse auf Versichererseite benannt, wie sie seit einigen Jahren auch in Deutschland zu verzeichnen sind. Große Einheiten auf Leistungserbringerebene dienen auch als Schutz vor einer übermäßigen Verhandlungsmacht der Krankenversicherer. Verschiedene Studien versuchen die ökonomischen Effekte dieser Prozesse empirisch zu analysieren, kommen dabei jedoch zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen: So stellen Cuellar und Gertler (2006) fest, dass vertikale Integration in den USA zu negativen anti-kompetitiven Effekten (in Form von Preissteigerungen) geführt hat, wohingegen Ciliberto und Dranove (2006) gegenteilige Wirkungen beobachten. Genau wie in diesen empirischen Analysen sind auch aus theoretischer Sicht die Ergebnisse vertikaler Integration unklar. Die ökonomischen Argumente deuten in verschiedene Richtungen. Die vertikale Integration kann grundsätzlich zu Effizienzsteigerungen, aber auch zu

Wettbewerbsbeschränkungen führen (Gaynor 2006). 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 erstens in Marktverschließungseffekten liegen, indem z. B. Konkurrenzkrankenhäusern der Zugang zu Ärzten durch deren bereits erfolgte Integration mit einem Wettbewerber verwehrt bleibt. Insbesondere besteht die Gefahr einer Überwälzung monopolistischer Tendenzen von einem Markt auf den anderen. Es könnte dabei bereits ausreichen, dass nur auf einem der Märkte diese monopolistische Situation entsteht, um die negativen Wirkungen des Monopols auch auf den zuvor wettbewerblich ausgestalteten Markt zu übertragen. Findet eine vertikale Integration zwischen einem Krankenhaus und mehreren Arztpraxen statt, so kann dies zweitens auch den horizontalen Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten einschränken. Eine Verminderung der Vielfalt wäre eine mögliche langfristige Konsequenz. Drittens wären Preissteigerungen möglich, wenn durch die vertikale Integration eine verbesserte Verhandlungssituation gegenüber den Versicherern möglich ist. Dieser Aspekt ist jedoch nur von Bedeutung, sofern es zukünftig tatsächlich relevanten Spielraum hierzu in den Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern gäbe. Es ist also der Effekt einer vergrößerten (bis hin zur monopolistischen) Verhandlungsmacht des nun stärkeren Leistungserbringers gegenüber dem Versicherer zu bedenken (Gaynor 2006). Mittelfristig ist letzteres für den deutschen Markt jedoch kaum zu erwarten, da es derzeit eher die Krankenkassen sind, die in der Lage wären, ihre Marktmacht zulasten der Leistungserbringer auszunutzen. 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. Außerdem ist die Leistungserbringung überwiegend kollektivvertraglich organisiert, sodass selektive Vertragsverhandlungen zurzeit eher die Ausnahme bilden.

Risiken vertikaler Integration sind in aller Regel nur dann zu erwarten, wenn einer der beteiligten Partner schon vor dem Zusammenschluss signifikante Marktmacht besaß. Primäre Aufgabe einer strikten Kartellüberwachung (welche stets auf beiden Verhandlungsseiten eingreifen muss, um entsprechende Tendenzen zu verhindern) ist es somit, sicherzustellen, dass es einem Anbieter nicht gelingt, eine monopolähnliche Stellung in andere Tätigkeitsgebiete zu übertragen. Diese ergeben sich lokal betrachtet teilweise schon dadurch, dass es nur ein Krankenhaus in einem Gebiet gibt.¹⁷² Wettbewerbsvorteile sollen auf Effizienzvorteilen wie Skalen- und Verbundeffekten beruhen, doch darf sich hieraus keine Wettbewerbsverzerrung zulasten Dritter ergeben. Beispielsweise darf der freie Marktzutritt weiterer unabhängiger Leistungserbringer nicht behindert werden (Rürup et al. 2009).

Effizienzüberlegungen zur Betriebsgröße: Produktions- und Transaktionskostenanalyse

299. Wirkungen so genannter 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. Zum einen werden horizontale Integrationen, also Zusammenschlüsse von Leistungserbringern desselben Sektors, diese Effekte aus-

¹⁷² Neben der Betrachtung des beteiligten Krankenhauses sollte die Kartellamtsüberwachung auch im Falle der Beteiligung großer, ggf. regional monopolartig agierender, ambulanter Einrichtungen greifen (wie bspw. einem hochspezialisierten Onkologen).

lösen. Viele der Größenvorteile kommen allerdings erst ab einer gewissen Menge (Fall- bzw. Umsatzzahl) zum Tragen. Zum anderen sind auch die erwähnten vertikalen Integrationen relevant, also beispielsweise der Zusammenschluss von Krankenhäusern mit ambulanten Anbietern. Verbundvorteile entstehen bspw. durch sinkende Transaktionskosten an der ambulant-stationären Schnittstelle oder auch durch die gemeinsame Nutzung von Ressourcen wie der Räumlichkeiten, des Personals oder der Geräte. Die sektorale Trennung steht der optimalen Verwendung vorhandener Geräte, Kenntnisse und Methoden häufig im Wege.

Zusätzlich kommen größere Einheiten auch eher als Vertragspartner für Krankenkassen zur Umsetzung umfassender, populationsbezogener, integrierter Versorgungsmodelle in Betracht. Überregional tätige und inhaltlich breit aufgestellte Anbieter mit Verbundsystemen oder Zweigpraxiskonzepten wären eher in der Lage, die Anforderungen an komplexe Verträge zu erfüllen (Amelung/Cornelius 2009; Knieps/Amelung 2010). Der Ausbau eines selektivvertraglichen Systems mit Wettbewerb um Effizienz und Qualität wäre in einem Markt mit größeren Anbietereinheiten insbesondere auch durch so genannte Transaktionskostenvorteile erleichtert. Ein System kann durch die Reduzierung der notwendigen Kontakte zu bestehenden und potenziellen Transaktionspartnern an Effizienz gewinnen. Skalenerträge durch Bündelung von Transaktionen entstehen bspw. dadurch, dass nur noch eine einzige Abteilung zum Management selektiver Verträge benötigt wird. Damit sinken nicht nur bei den Anbietern die Transaktionskosten, sondern auch auf Seite der Krankenkassen, da auch diese lediglich einen zentralen Ansprechpartner haben. Darüber hinaus spricht für den Aufbau vertikal integrierter Konzepte, dass kostenverursachende Inanspruchnahmen des Marktes (z. B. durch die Aushandlung und den Abschluss eines Vertrages) beim neuen Anbieter internalisiert werden.¹⁷³ Übertragen auf den Fall der medizinischen Leistungserbringung können hier Abstimmungsprozesse zwischen den Leistungserbringern, z. B. beim Datenaustausch oder bei der Koordination klinischer Behandlungspfade, angeführt werden. Ein Argument zur Schaffung größerer Einheiten liegt also darin, dass auf diese Weise höhere Markttransaktionskosten durch geringere, unternehmensinterne Transaktionskosten substituiert werden könnten.

Auch die Potenziale einer Fixkostendegression und die besseren Möglichkeiten zur Risikosteuerung größerer Einheiten sind bedeutsam. Bei größeren Leistungsmengen können Produktionstechnologien oder -methoden eingesetzt werden, die einen verbesserten Ressourceneinsatz ermöglichen. Konstante Fixkosten unteilbarer Ressourcen können so auf eine größere Fallzahl verteilt werden (Lindstädt/Hauser 2004). 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. Hinzu treten Spezialisierungsvorteile bzw. Vorteile der Arbeitsteilung: Je größer die Patientenzahl ist, desto effizienter lässt sich der Arbeitsprozess in einzelne Teilaktivitäten aufspalten.

173 Die Tatsache, dass trotzdem Märkte existieren, ist dagegen auf steigende Kosten zusätzlicher, intern abgewickelter Transaktionen zurückzuführen, die bei einem wachsenden Unternehmen entstehen.

300. Der Abbau der Sektorentrennung könnte darüber hinaus zu zusätzlichen Anreizen führen, in den neuen Bereich der integrierten fachärztlichen Sekundärversorgung zu investieren (SG 2009, Ziffer 1144). Im Ergebnis ist zu erwarten, dass größere Verbünde (aus Krankenhäusern, MVZ und/oder ambulanten Großpraxen) in der Lage sind, die spezifischen personellen, strukturellen und organisatorischen Ressourcen besser zu bündeln und so das vorhandene Rationalisierungspotenzial auszuschöpfen bzw. für eine gewisse Zeit die Treiber der sektorenübergreifenden Versorgung zu sein (SG 2009, Ziffer 756).

Kartellrechtliche Kontrolle muss an dieser Stelle garantieren, dass Monopole – auch regionaler Art – nicht entstehen. Kooperationen, an denen marktmächtige Unternehmen beteiligt sind, sollten daher dem Kartell- und Wettbewerbsrecht unterworfen sein. Ziel ist es, den Versicherern und Versicherten Auswahl zwischen verschiedenen integrierten Anbietern zu garantieren.

Allgemeine Voraussetzungen des Wettbewerbs

301. 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. Vielmehr sollte es dem Wettbewerb überlassen bleiben, welche Anbieter und Organisationsformen sich langfristig durchsetzen.

In der ökonomischen Wettbewerbstheorie werden eine Vielzahl von Bedingungen genannt, damit der Wettbewerb die erwünschten Wirkungen erzielen kann. Neben sehr allgemeinen Voraussetzungen wie der Existenz privater Eigentums- bzw. Verfügungsrechte, Gewerbe- und Investitionsfreiheit, der Annahme von gewinnstrebendem Verhalten der Marktteilnehmer, einer funktionsfähigen Justiz oder einem funktionierenden Währungssystem (Eucken 1952) sind einige weitere für den Gesundheitsmarkt besonders zu diskutierenden Punkte zu bedenken. Die in der Folge zu prüfenden Wettbewerbsvoraussetzungen können dabei in drei Bereiche untergliedert werden:

1. Wettbewerbsvoraussetzungen auf Nachfragerseite:

- Entscheidungsfreiheit und Reaktionsbereitschaft des Nachfragers (siehe auch Ziffern 342, 356 und 371 zu Fragen der Nutzerkompetenz und -präferenz),
- Reaktionsfähigkeit (Existenz von Auswahloptionen),
- Planbarkeit des Handelns (selbständiger Auswahlprozess des Nachfragers, z. B. kein Vorliegen einer Notfallsituation)

2. Wettbewerbsvoraussetzungen auf Anbieterseite:

- Marktoffenheit im Sinne niedriger Markteintrittsschranken (z. B. Niederlassungsfreiheit) und Marktaustrittsschranken (Ausscheiden bei Misserfolg, keine Verzerrung durch Subventionierung),
- Abwesenheit von wettbewerbsschädigender Marktmacht,
- Möglichkeit zu wettbewerblichem Handeln (flexibles Reaktionsvermögen auf Umfeldänderungen),

- Verfügung über notwendige technische, personelle und finanzielle Ressourcen,
- Wille zu rivalisierendem Handeln

3. Markttransparenz:

- Messbarkeit der Qualität (siehe hierzu Kapitel 5),
- Informiertheit der Marktteilnehmer,
- Existenz eines funktionsfähigen Preissystems.

Diese Bedingungen sollen im weiteren Verlauf auf die hier thematisierte ambulant-stationäre Schnittstelle der Leistungserbringung angewandt werden, um zu prüfen inwieweit die betroffenen Leistungen für eine wettbewerbliche Steuerung geeignet wären.

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

Derzeitige Marktsituation

302. Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz einen eigenständigen Regelungsrahmen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (in Abgrenzung zur ambulanten haus- und fachärztlichen Grundversorgung sowie zur stationären Versorgung) geschaffen. Wenn gleich 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.

Die Leistungen, die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erbracht werden können, sind zunächst identisch mit denen, die bis Ende des Jahres 2011 gemäß § 116b Abs. 2-6 SGB V (alte Fassung) von speziell hierzu zugelassenen Krankenhäusern ambulant erbracht und abgerechnet werden konnten. Im Grundsatz handelt es sich dabei um die Diagnostik und Behandlung von 1.) seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen, 2.) hochspezialisierten Leistungen sowie von 3.) Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, wobei letztere seit 2012 auf schwere Verlaufsformen begrenzt sind. Diese Begrenzung führt faktisch dazu, dass der Umfang der im Rahmen des § 116b SGB V zu erbringenden Leistungen im Vergleich zur vorherigen Rechtslage zunächst sogar reduziert wurde. Hier gilt es die genaueren Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) abzuwarten.

303. Nach alter Rechtslage war ein Krankenhaus zur ambulanten Erbringung dieser Leistungen berechtigt, wenn es durch die zuständige Landesbehörde dazu bestimmt¹⁷⁴ worden war. Dies erfolgte auf Antrag des Krankenhausträgers und unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation.¹⁷⁵ Die bereits erfolgten Bewilligungen gelten derzeit weiter und werden nach alter

¹⁷⁴ Der offiziell im Gesetzestext des § 116b Abs. 2 SGB V (alte Fassung) verwendete Terminus lautete, dass ein Krankenhaus vom Bundesland zur ambulanten Behandlung „bestimmt“ wird. In der Folge werden die Begriffe „Bestimmung“, „Bewilligung“ und „Zulassung“ synonym verwendet.

¹⁷⁵ Bis zum Jahr 2011 war eine Vielzahl von Gerichtsverfahren mit Klagen aus dem niedergelassenen Bereich bzgl. der Interpretation der laut Gesetzgeber erforderlichen „Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“ anhängig. Im Kern ging es um die Frage, wie und ob eine Berücksichtigung der Bedarfsplanung nötig/zulässig ist bzw. ob Versorgungslücken eine notwendige Voraussetzung für eine Zulassung seien. Niedergelassene

Rechtslage abgerechnet, um keine Versorgungslücken entstehen zu lassen und die Fortführung von Behandlungen nicht zu gefährden.

304. Zum Aufbau des neuen Bereichs der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden die Leistungsbereiche des § 116b Abs. 1 SGB V bis Jahresende 2012 vom G-BA präzisiert. Hierzu zählen Konkretisierungen der Erkrankungen und Merkmale, Bestimmungen zum Behandlungsumfang, die Vorgabe sächlicher und personeller Anforderungen, indikationsspezifische Kooperationsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern, Überweisungserfordernisse (die teilweise verpflichtend vom Gesetzgeber vorgeschrieben sind und teilweise optional gestaltet sein können) sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung. Außerdem definiert der G-BA Tatbestände, bei deren Vorliegen die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ausnahmsweise keinen Vorrang vor teil- oder vollstationären Leistungen hat. Zudem ist dem G-BA künftig auf Antrag eine Ergänzung um weitere Leistungen erlaubt, die komplexe, schwer therapierbare Krankheiten betreffen, deren Diagnostik oder Behandlung eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit oder besondere Ausstattungen erfordern.

Erst mit einer Frist von zwei Jahren nach Inkrafttreten der neuformulierten Richtlinien des G-BA müssen die bestehenden Zulassungen in die neue Rechtslage transferiert werden. Die volle Tragweite der Neufassung dieser Versorgungsebene wird somit erst erkennbar sein, wenn der G-BA in seinen Richtlinien den Versorgungsumfang konkretisiert hat. Die Auswirkungen der neu geschaffenen Regelungen auf Kostenträger, Leistungserbringer und Patientenversorgung sollen nach einer Frist von fünf Jahren evaluiert werden. Hierbei kann u. a. die im Rahmen dieses Gutachtens vorgenommene Analyse des Rates (siehe Ziffern 308 bis 332) als Ausgangspunkt, d. h. als Vergleichsmaßstab vor Einführung der neuen Rechtslage dienen. Zudem könnte eine Evaluation schon während der Einführungsphase dieses neuen Rechtsrahmens hilfreich sein, um frühzeitig Erkenntnisse zum Umsetzungsstand und ggf. aufgetretenen Problemen zu erhalten.

305. Als wesentliche Änderung besteht seit der Neufassung der Rechtslage durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz nun die Vorgabe, in einigen Bereichen Regelungen für Kooperationsvereinbarungen zu treffen, die eine Abstimmung der Versorgung zwischen den beteiligten Leistungserbringern fördern. Verpflichtend sind diese Kooperationsvereinbarungen für die spezialfachärztliche Behandlung von onkologischen Patienten. Es sollen also Verträge zwischen Krankenhäusern und geeigneten ambulanten Leistungserbringern geschlossen werden. Dies geschieht auch mit dem Ziel, strukturelle Nachteile der Niedergelassenen beim Patientenzugang zu beheben. Auf diese Verpflichtung kann laut Gesetzestext nur dann verzichtet werden, wenn der Leistungserbringer glaubhaft versichert, dass ihm die Vorlage eines solchen Nachweises nicht möglich ist, da in dem für

sahen sich in ihrer Berufsfreiheit beeinträchtigt, fraglich war jedoch bereits, ob diese überhaupt klageberechtigt sind. Die diesbezüglichen Urteile fallen sehr unterschiedlich aus – jedoch mit der Tendenz, den Vertragsärzten Rechtsschutz zu gewähren. So kamen z. B. das LSG Sachsen in seinem Beschluss vom 03.06.2010 (Az. L 1 KR 94/10 B ER) und das SG Dresden (Az. S 18 KR 312/10) zu der Ansicht, dass Vertragsärzte die Zulassung eines Krankenhauses zur Erbringung von Leistungen nach §116b SGB V anfechten dürfen. Die fehlende "Berücksichtigung" wird als Anfechtungsrecht für Niedergelassene interpretiert. Es ergibt sich eine drittschützende Wirkung zugunsten der zugelassenen Vertragsärzte. Der Vertragsarzt müsse allerdings geltend machen, in erheblichem Maß in der wirtschaftlichen Existenz bedroht zu sein. Das LSG Sachsen geht außerdem davon aus, dass ebenfalls die zahlungspflichtigen Krankenkassen zur Anfechtung einer Zulassung berechtigt sind. Hervorzuheben ist auch der Hinweis auf die undurchsichtige Zulassungspraxis der Landesbehörden als Grund für die Zulässigkeit einer gerichtlichen Prüfung. Auch das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (Az. L 11 KA 91/10 B ER) kam zu einer ähnlichen Entscheidung, derzufolge die Bestimmung eines Krankenhauses zur spezialfachärztlichen ambulanten Behandlung anfechtbar sei.

ihn relevanten Einzugsgebiet kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder trotz ernsthaften Bemühens kein geeigneter kooperationsbereiter Partner gefunden werden konnte.

306. Eine weitere wesentliche Änderung besteht 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 jede Mengenregulierung ausschließlich abhängig von der Erfüllung der vom G-BA aufgestellten Kriterien. Der bis 2011 bestehende Ermessensspielraum der Zulassungsinstanzen wurde damit deutlich reduziert.

Insbesondere für Krankenhäuser, deren Eintritt in diesen Bereich tendenziell erleichtert wird, bedeutet dies eine große Änderung der Marktzugangbedingungen. Die rechtlichen Streitigkeiten bzgl. der Berücksichtigung der ambulanten vertragsärztlichen Situation bei der Zulassung eines Hauses werden damit weitgehend hinfällig. Neues Klagepotenzial findet sich nun allerdings im Bereich der geforderten Kooperationsvereinbarungen um die Frage, wie und ob ein „ernsthaftes Bemühen“ um eine solche Vereinbarung definiert und nachgewiesen werden kann.

307. Wie sonst nur im stationären Sektor gilt die so genannte Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt inzwischen auch für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Alle zugelassenen Leistungserbringer dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anwenden, solange vom G-BA im Rahmen der Beschlüsse des § 137c SGB V keine ablehnende Entscheidung getroffen wurde. Auch soll das Vergütungssystem um Möglichkeiten zur Abrechnung dieser Leistungen erweitert werden.

Die Vergütung erfolgt einheitlich für Niedergelassene und Krankenhäuser unmittelbar durch die Krankenkassen, wobei Vertragsärzte auch ihre KV mit der Abwicklung der Abrechnung beauftragen können. Langfristig soll eine stärker pauschalierte, eigenständige und einheitliche Vergütungssystematik vom GKV-Spitzenverband gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG) vereinbart werden. Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage und ausgehend vom bisherigen einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), wobei nichtärztliche Leistungen, Sachkosten und Investitionsanteile ergänzend berücksichtigt werden sollen. Bis zum Inkrafttreten dieser Vereinbarung erfolgt die Vergütung auf Grundlage der vom Bewertungsausschuss bestimmten abrechnungsfähigen Leistungen des angepassten EBM mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung. Bei öffentlich geförderten Krankenhäusern ist die Vergütung um einen Investitionskostenabschlag von 5 % zu kürzen. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist dabei insgesamt um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind. Eine Bereinigung stationärer, auch teil- und kurzstationärer Budgets ist derzeit nicht vorgesehen.

Aktuell ist noch unklar, wie die konkreten Bereinigungsregeln aussehen werden. Sachgerecht wäre es hier, die Gesamtvergütung einmalig um die nunmehr in der neuen spezialfachärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen zu kürzen und diesen Betrag nominell in den Folgejahren beizubehalten.¹⁷⁶ Auf diese Weise sind die im bisherigen Kollektivvertrag verbliebenen Leistungsanbieter nicht schlechter gestellt und das Morbiditäts- und Anreizrisiko liegt bei den Krankenkassen, was deren Aufgabe entspricht. Die fortlaufende Bereinigung darf nicht bewirken, dass die ambulanten

176 Zudem sollten auch die substituierten stationären Leistungen aus den DRG-Krankenhauserlösbudgets entfernt werden.

Vertragsärzte das volle Risiko einer Ausweitung der Leistungen infolge von Morbiditätsverschiebungen oder von durch spezialfachärztliche Anbieter zusätzlich induzierter Nachfrage tragen (zumal in diesem neuen Bereich keine Budget- oder Mengenbegrenzungen gelten).

Exkurs: Umsetzungsstand der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser

308. Bezüglich des bisherigen Umsetzungsstandes ambulanter Leistungserbringung durch Krankenhäuser nach § 116b SGB V (alte Fassung) liegen nur wenige und teils widersprüchliche Zahlen vor (vgl. DKI 2008, 2009, 2010; DKI 2009; DKI 2008; o.V. 2009; Norden 2009; o.V. 2010). In einer recht aktuellen Erhebung wird für Mitte des Jahres 2011 eine Zahl von etwa 2 470 Anträgen angegeben, von denen ca. 1 200 bewilligt wurden. Die Onkologie stellt dabei die dominierende Indikation dar: Etwa die Hälfte aller Zulassungen entfällt demnach auf diesen Bereich (Hitpaß/Leber 2012).

In den offiziellen Statistiken zu den jährlichen Gesamtausgaben der GKV findet sich ein weiterer 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 Millionen Euro zu beobachten, doch befinden sich diese im Vergleich z. B. zu den ambulanten Operationen (siehe Ziffer 351) weiter auf einem recht geringen Niveau.

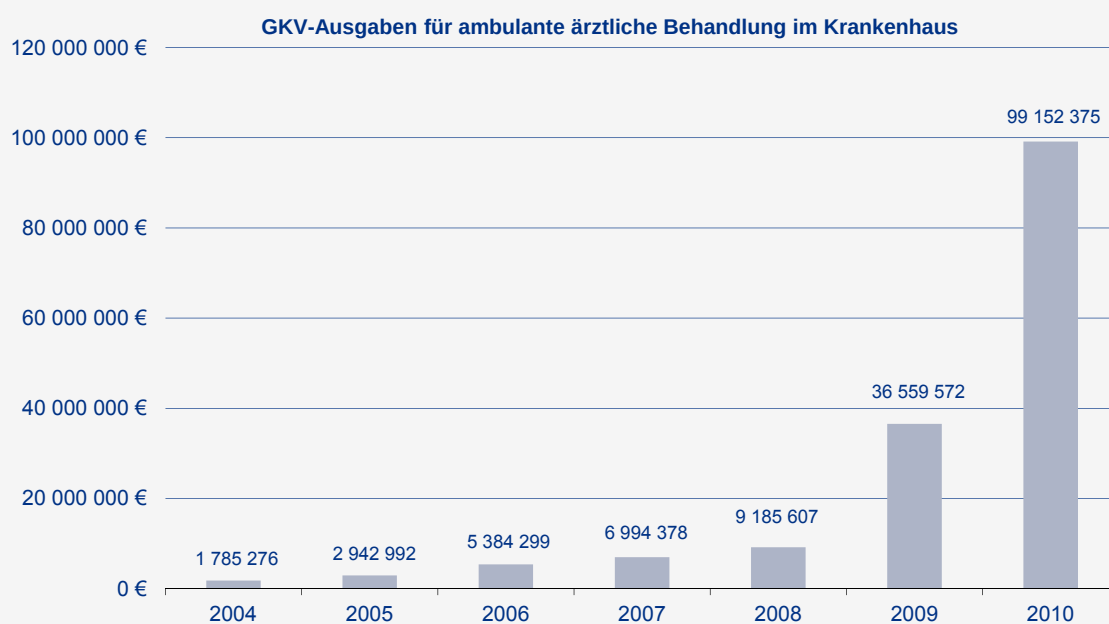


Abbildung 20: GKV-Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlungen im Krankenhaus (§ 116b SGB V), über den Zeitverlauf in Euro

Quelle: Eigene Darstellung nach BMG 2011, KJ1-Statistik, Konto 403.

In der Literatur bestehen außerdem einige Hinweise auf große Unterschiede in der Antrags- und Genehmigungspraxis zwischen den Bundesländern. Wiederholt wird vermerkt, dass die Länder Nordrhein-Westfalen, Brandenburg, Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein bei der

Öffnung der Kliniken Vorreiterrollen einnehmen. Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz seien dagegen diejenigen Länder mit nur verhaltener Bewilligungsbereitschaft (Norden 2009; Flintrop/Rieser 2009; o.V. 2010; Hitpaß/Leber 2012).

Neben breiten empirischen Erhebungen fehlt es zudem an gemeinsamen Definitionen. Eine offizielle und einheitliche Zählung der Anträge je Bundesland scheitert schon an der fehlenden Definition eines solchen „ernsthaft verfolgten Antrags“. Auch die Ermittlung von Fallzahlen gestaltet sich äußerst schwierig. Eine Befragung der Krankenhäuser durch das Deutsche Krankenhaus Institut (DKI) führte zu der Auskunft, dass im Jahr 2009 im Median rund 1 700 Fälle gemäß § 116b SGB V je zugelassenem Krankenhaus erbracht wurden. Der durchschnittliche Erlös je Fall lag bei 391 Euro, was Ausdruck einer entsprechend kosten- und damit auch erlösintensiven Leistungserbringung in diesem Bereich ist (DKI 2010).¹⁷⁷

309. Die lückenhafte, teils widersprüchliche Informationslage zum Umsetzungsstand der ambulanten Leistungserbringung von Krankenhäusern gemäß § 116b Abs. 2-6 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 vor Einführung der neuen Rechtslage untersucht.¹⁷⁸ Nach einem Pretest bei ausgewählten Krankenhäusern fand die schriftliche Befragung in der Zeit vom 21. April bis 17. Juni 2011 statt (inkl. einmaliger Erinnerung Ende Mai 2011). Den angeschriebenen Krankenhäusern wurde die Möglichkeit eingeräumt, postalisch oder per E-Mail an der Befragung teilzunehmen.¹⁷⁹ Mithilfe der generierten Daten soll die Ausgangslage vor der Neuordnung dieses Versorgungsbereichs dargestellt werden. Ziel der Befragung ist die Erhebung von Angaben zur Anzahl teilnehmender Krankenhäuser, zu Fallzahlen und zu gewählten Indikationen sowie die Darstellung von Motiven, Plänen und Zukunftsperspektiven der Krankenhäuser bzgl. der ambulanten Leistungserbringung. Weiterhin sollen aus Sicht der Krankenhäuser rechtliche und praktische Hindernisse bei der Umsetzung ambulanter Konzepte dargestellt sowie Unterschiede in der Zulassungspraxis zwischen den Bundesländern aufgezeigt werden.

Hierfür wurden alle deutschen Krankenhäuser mit über 50 Planbetten angeschrieben und um Beantwortung der Fragen gebeten. Zusammen mit den Auskünften der Bundesländer konnte auf diese Weise erstmals in dieser ausführlichen Form der Umsetzungsstand ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung in deutschen Krankenhäusern abgebildet werden.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass diese einen – zum Zeitpunkt der Befragung möglichst aktuellen – temporären Ausschnitt des Umsetzungsstands darstellen, der jedoch einer fortlaufenden Dynamik unterworfen ist. So wurde zum Jahresbeginn 2012 der gesetzliche Rahmen im Bereich § 116b SGB V und bei der Zulassung von MVZ neu gefasst. Die resultierenden Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen konnten hier noch nicht einbezogen

177 Die Definition eines "Falles" ist an dieser Stelle jedoch unklar. Diese Zahlen basieren auf einer nach Angaben der Verfasser repräsentativen schriftlichen Befragung von 347 Krankenhäusern ab 50 Betten in Deutschland.

178 Der Fragebogen kann auf Nachfrage von der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zugesandt werden.

179 Die Antworten der Krankenhäuser zum Umsetzungsstand der §116b SGB V-Zulassungsverfahren beziehen sich auf den Stichtag 31.12.2010. Die Abfrage bei den zuständigen Landesbehörden zeigt den Umsetzungsstand zum September 2011 auf. Die Zusammenführung dieser beiden Zeitpunkte ist weitgehend unproblematisch, da im Jahr 2011 nur geringe Veränderungen des Umsetzungsgeschehens zu beobachten sind (siehe unten).

werden und sind lediglich durch einige Aussagen zur zukünftigen Planung der Krankenhäuser berücksichtigt.

Befragung der Krankenhäuser

310. Im Rahmen dieser Erhebung wurden 1 703 deutschen Krankenhäuser mit mehr als 50 Betten angeschrieben, wovon 695 an der Befragung teilgenommen haben. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 40,8 %, welche jedoch zwischen den Bundesländern teils deutlich differiert (Berlin 21,2 %, NRW 22,7 % vs. Hessen 56,6 %, Sachsen 61,7 %, Bremen 76,9 %).

Weitere Angaben zur Repräsentativität der erhobenen Stichprobe sind der folgenden Tabelle 13 zu entnehmen.

	Stichprobe (n=695)	Grundgesamtheit (n=1 703)	Signifikanz der Abweichung
Größe			
bis 149 Betten	27,6 %	33,2 %	
150-299 Betten	31,9 %	32,1 %	
300-499 Betten	22,0 %	20,1 %	
ab 500 Betten	18,5 %	14,6 %	
durchschnittliche (Plan-)Bettenzahl	318	297	p=0,063*
durchschnittliche Mitarbeiterzahl	751	unbekannt	nicht möglich
durchschnittliche Fallzahl (voll- und teilstationär)	13 159	unbekannt	nicht möglich
Trägerschaft			
Öffentlich	42,9 %	37,3 %	
Freigemeinnützig	35,7 %	41,9 %	
Privat	21,4 %	20,8 %	p=0,002**
Versorgungsstufe			
Grund-/Regelversorgung	54,2 %		
Schwerpunktversorgung	15,7 %	unbekannt für	
Maximalversorgung	7,0 %	Krankenhäuser	
Fachkrankenhaus	23,1 %	> 50 Betten	nicht möglich
Siedlungsstrukturtyp			
Kernstädte	27,4 %	29,3 %	
Verdichtetes Umland	41,1 %	40,8 %	
Ländliches Umland	15,3 %	15,0 %	
Ländlicher Raum	16,2 %	14,9 %	p=0,658**

Tabelle 13: Repräsentativität der erhobenen Stichprobe

* It. Einstichproben-t-Test; ** It. Chi-Quadrat-Einzeltest zur Analyse der prozentualen Verteilung; ein signifikantes Testergebnis weist hier auf einen signifikanten Unterschied zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit im betroffenen Merkmal hin.

Quelle: Eigene Berechnung

Befragung der Bundesländer

311. Auf eine zusätzliche und zunächst geplante direkte Befragung der Bundesländer als Zulassungsinstanz wurde verzichtet, da von der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft Oberster Landesbehörden Gesundheit (AOLG) selbst erhobene Daten zum Umsetzungsstand der § 116b SGB V-Zulassungsverfahren bereits vorliegen, die zur weiteren Verwen-

dung bereit gestellt wurden. Informationen zu erfolgten Zulassungen und hiergegen vorliegende Klagen liegen je Bundesland und je Indikation vor.¹⁸⁰

Im weiteren Verlauf werden nun im Wesentlichen die Ergebnisse der eigenen Krankenhausbefragung aufbereitet. An Stellen, an denen die von den Bundesländern übermittelten Daten die eigenen Ergebnisse ergänzen, ist dies gesondert ausgewiesen.

Ergebnisse zum Bereich § 116b SGB V

312. 61,2 % aller befragten 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. Knapp die Hälfte dieser Häuser hat bislang mindestens einen offiziellen und ernsthaft verfolgten Antrag auf Zulassung bei den Landesbehörden gestellt, wovon wiederum etwa die Hälfte erfolgreich war.

Zu Beginn des Jahres 2011 hatten damit 17,3 % der deutschen Krankenhäuser über 50 Betten mindestens eine Zulassung zur ambulanten Leistungserbringung gemäß § 116b SGB V erhalten. Dies entspricht jedoch nur rund 28 % der laut Selbstauskunft eigentlich hierfür geeigneten Häuser.

	%-Anteil Krankenhäuser > 50 Betten (n=659)
Eignung zur Leistungserbringung nach § 116b Abs. 2-6 SGB V hinsichtlich Leistungsspektrum und Erfüllung gesetzlicher Anforderungen und Vorgaben des G-BA (nach eigener Einschätzung)	61,2 %
Ernsthaft verfolgte offizielle Antragstellung zur ambulanten Leistungserbringung gemäß § 116b Abs. 2-6 SGB V (unabhängig davon, ob dieser erfolgreich war)	30,5 %
Zulassung/ Teilnahme an ambulanter Leistungserbringung gemäß § 116b Abs. 2-6 SGB V	17,3 %

Tabelle 14: Leistungserbringung von Krankenhäusern im Bereich § 116b SGB V

Quelle: Eigene Berechnung

313. Insgesamt wurden bis September 2011 in ganz Deutschland 1 261 Zulassungsbescheide für ambulante Behandlungsleistungen nach § 116b SGB V erteilt, hiervon waren zu diesem Zeitpunkt 147 Zulassungen (d. h. 11,7 %) beklagt. Dabei gilt es zu beachten, dass die Krankenhäuser für jede zulässige Indikation separate Anträge stellen und einzelne Zulassungen erhalten, sodass die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser weit geringer ist.

Eine Hochrechnung für ganz Deutschland auf Basis der hier erhobenen Zahlen führt zu dem Ergebnis, dass bis Ende des Jahres 2010 insgesamt etwa 2 600 Anträge auf Zulassung zur

¹⁸⁰ Der Abgleich dieser Informationen mit den Ergebnissen der Krankenhausbefragung gibt einen weiteren Hinweis auf die gute Repräsentativität der Befragungsergebnisse: Die im Datensatz der Bundesländer berichtete Gesamtanzahl von 1 261 erteilten Zulassungen ist nahezu identisch mit einer Hochrechnung der im Rahmen der Krankenhaus-Befragung ermittelten Anzahl (hier ergibt sich ein Wert von 1 270 Zulassungen). Zwar zeigen sich – auch aufgrund der differierenden Antwortquoten – teilweise Abweichungen in den einzelnen Bundesländern, doch bildet die bundesweite Hochrechnung annähernd die tatsächliche Zahl erteilter Zulassungen ab.

Leistungserbringung nach § 116b SGB V von den Krankenhäusern mit über 50 Betten gestellt wurden. Durchschnittlich wurden 49,4 % dieser Anträge von den Zulassungsbehörden der Länder bewilligt. Die restlichen Anträge sind jedoch zum Großteil nicht abgelehnt worden, sondern es ist zwischen noch offenen (28,1 %), zurückgezogenen (19,2 %) und einem nur sehr geringen Anteil von tatsächlich abgelehnten (3,0 %) Anträgen zu unterscheiden.

314. 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. 200 Anträge. Dies deutet auf eine nach und nach stattfindende Sättigung hin – in einigen Fällen begleitet von befürchteten Konflikten mit Niedergelassenen und KVen.

315. Seit dem Jahr 2007 sind durchgängig wachsende Fallzahlen zu beobachten, wenngleich auch hier ein Abflachen des Wachstums zu beobachten ist: Lagen die von den Teilnehmern berichteten durchschnittlichen Fallzahlen je zugelassenem Krankenhaus im ersten vollständig berichteten Jahr 2008 über alle Indikationen hinweg noch bei 1 037 Fällen, so waren es im Jahr 2009 mit 2 237 Fällen schon mehr als doppelt so viele. Im Jahr 2010 waren es durchschnittlich 2 286 Fälle und auch für das Jahr 2011 wurde nur ein leichtes Wachstum auf einen Mittelwert von 2 774 Fällen je zugelassenem Krankenhaus erwartet. Basierend auf den Werten des Jahres 2010 ergibt sich deutschlandweit ein Fallvolumen von rund 450 000 bis 675 000 Fällen, die durchschnittliche Vergütung wird dabei mit 218,67 Euro pro Fall berichtet.¹⁸¹

316. Etwa die Hälfte aller Krankenhäuser gibt dabei die Onkologie als Indikation mit der höchsten Fallzahl an (konstant über alle Jahre und auch mit Blick in die Zukunft). 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: Mehr als die Hälfte aller Zulassungen in ganz Deutschland entfällt auf die Onkologie (mehr hierzu Ziffer 321f.).

317. Bezüglich der Anreizsituation von Krankenhäusern für oder wider einer Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungserbringung nach § 116b SGB V ergeben sich die in Tabelle 15 dargestellten Argumente.

181 Hier lassen sich Hochrechnungen auf Basis verschiedener Szenarien entwickeln: Die Obergrenze bildet die Annahme einer ungekürzten Extrapolation der in der Befragung berichteten Zahlen. In diesem Fall erbringen 295 Krankenhäuser jährlich durchschnittlich 2 286 Fälle gemäß §116b SGB V (Ergebnis dieser Hochrechnung sind 675 140 Fälle).

Einige Limitationen der hier vorgenommenen Befragung führen allerdings zu der Vermutung, dass dieser Wert die tatsächliche Fallzahl überschätzt, da eine leichte Verzerrung der Befragung zugunsten großer und an der Befragung besonders interessierter (d. h. geeigneter) Krankenhäuser vermutet werden kann. Wird die Schätzung der deutschlandweiten Anzahl der „§ 116b-Krankenhäuser“ auf 200 reduziert, so ergibt sich ein Wert von 457 200 Fällen jährlich.

Realistisch ist vermutlich ein Wert von ca. 500 000 Fällen, die jährlich mit etwa 200 Euro vergütet werden (da hier leicht unterrepräsentierte kleinere Krankenhäuser auch geringere Fallschweren behandeln, siehe Subgruppenauswertungen). Das sich hieraus ergebende jährliche Vergütungsvolumen von 100 Millionen Euro entspricht fast genau den in der KJ1-Statistik des BMG dokumentierten Ausgaben in Höhe von 99,15 Millionen Euro durch die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2010 (vgl. BMG 2011).

Gründe für eine Antragsstellung (n=199 Krankenhäuser)	% der Krankenhäuser	Gründe gegen eine Antragsstellung (n=457 Krankenhäuser)	% der Krankenhäuser
Vorteile für den Patienten: integrierter, sektorenübergreifender Behandlungsprozess	84,9 %	Ungeeignetes Leistungsspektrum	44,0 %
"Kundenbindung" für den Fall zukünftiger stationärer Aufenthalte	59,3 %	Befürchtung von Konflikt mit Niedergelassenen/sonstigen Zuweisern	42,0 %
Vorteile gegenüber persönlichen oder Instituts-Ermächtigungen	52,8 %	Kompliziertes Antrags- und Zulassungsprozedere	30,2 %
Verbesserte Kooperation mit Niedergelassenen	34,2 %	Zu hohe Mindestmengen	24,7 %
Betriebswirtschaftliche Attraktivität	28,6 %	Unklare Rechtslage (Gefährdung einmal aufgebauter Strukturen durch Klagen oder Gesetzesänderungen)	24,7 %
Auslastung vorhandener Geräte	15,6 %	Unklare Vergütung (z. B. da teilweise EBM-Ziffern fehlen oder Vergütung von Arzneimitteln unklar etc.)	19,7 %
Auslastung des vorhandenen Personals	14,1 %	Fehlende personelle Voraussetzungen (wie Mangel an ärztlichem Personal)	19,3 %
Sonstiges	11,6 %	Betriebswirtschaftlich unattraktiv	13,1 %
Auslastung vorhandener Räumlichkeiten	11,1 %	Fehlende sachliche Voraussetzungen (wie Fehlen notwendiger Fachabteilungen etc.)	11,2 %
		Befürchtung von Konflikt mit eigenen Ärzten (z. B. da diese teilweise eine persönliche Ermächtigung haben)	9,6 %
		Sonstiges	9,4 %
		Hohe Investitionskosten	5,5 %
		Konflikt mit eigenem MVZ	3,9 %

Tabelle 15: Gründe für oder gegen einen Antrag auf Zulassung zur ambulanten spezialfachärztlichen Leistungserbringung (Mehrfachantwort möglich)

Die Antworten für eine Antragstellung stammen ausschließlich von Krankenhäusern, die mindestens einmal einen solchen Antrag gestellt haben. Die Antworten gegen eine Antragstellung stammen ausschließlich von Krankenhäusern ohne diese Erfahrung.

Quelle: Eigene Berechnung

Wie in Tabelle 15 dargestellt, liegen die Gründe für eine Antragsstellung 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. Auch fällt auf, dass immerhin rund ein Drittel aller Antragsteller verbesserte Kooperationen mit Niedergelassenen als Teilnahmegrund angeben, was nur ein etwas geringerer Anteil ist als die Gruppe derjenigen, die Konflikte mit Niedergelassenen/Zuweisern befürchten und aus diesem Grund auf eine Teilnahme verzichten. Mit Blick auf die Vorgaben des G-BA (Mindestmengen, personelle und sachliche Ausstattungsmerkmale) lässt sich feststellen, dass diese nicht allzu große Hürden für die Krankenhäuser darstellen. Eher werden das derzeitige Antrags- und Zulassungsprozedere sowie die hiermit eng verbundenen rechtlichen

Unsicherheiten als Hinderungsgründe angegeben. Darüber hinaus fällt ein großer Anteil aller Krankenhäuser aus der Leistungserbringung nach § 116b SGB V heraus, da sie sich selbst ein ungeeignetes Leistungsspektrum bescheinigen. Dies deckt sich mit der Erkenntnis, dass es vor allem große Häuser mit einem breiten Leistungsspektrum sind, die eine Teilnahme in diesem Bereich anstreben (siehe Ziffer 325f.).

318. Neben den Motiven für oder wider eine intendierte Teilnahme an der Leistungserbringung nach § 116b SGB V wurden diejenigen Krankenhäuser mit der Erfahrung mindestens einer Antragstellung nach ihren Erlebnissen mit und Einschätzungen zum Prüfverfahren befragt. Hierbei bewerteten 20,2 % dieser Krankenhäuser die Zulassungsbereitschaft¹⁸² ihres zuständigen Landesministeriums als „sehr gering“ und weitere 35,3 % als „eher gering“. Für 39,9 % der Befragten lag die Zulassungsbereitschaft „eher hoch“ und für 4,6 % sogar „sehr hoch“. Hierbei bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern, die in der Folge noch ausführlicher dargestellt werden.

319. In einer weiteren Frage wurden die Krankenhäuser zu ihren Erfahrungen bzgl. der Dauer des Prüfverfahrens befragt. Die Ergebnisse der Abbildung 21 verdeutlichen, dass auch hier eine recht große Streuung vorzufinden ist: Während der Median bei 12 bis 18 Monaten Prüfdauer liegt, berichtet immerhin knapp ein Drittel aller Krankenhäuser von mehr als zwei Jahren Prüfdauer.

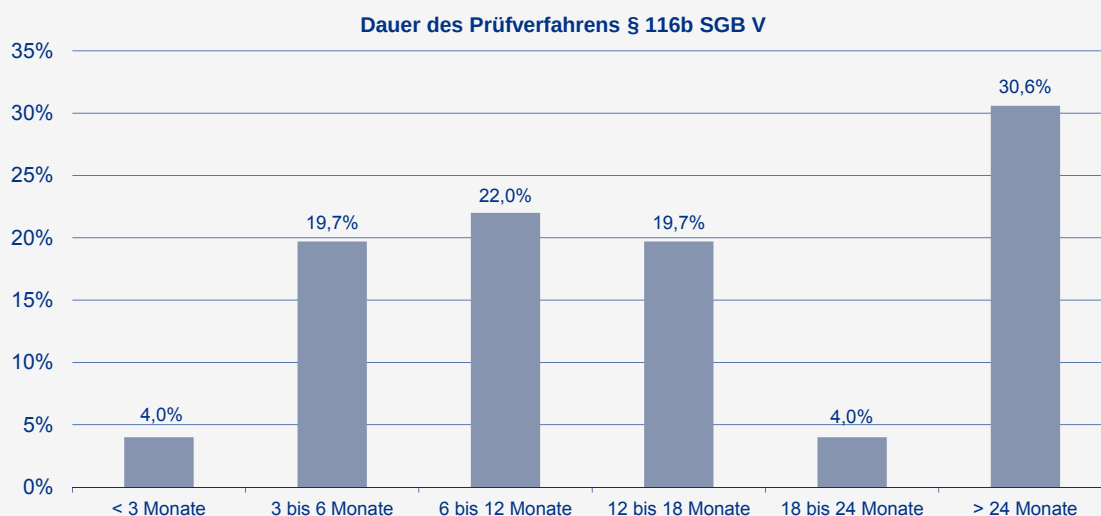


Abbildung 21: Dauer des Prüfverfahrens bis zur Entscheidung über Leistungserbringung nach § 116b SGB V; nach Einschätzung der Krankenhäuser (in % der Krankenhäuser mit Erfahrung einer Antragsstellung, n=173 Krankenhäuser)

Quelle: Eigene Darstellung

¹⁸² Es wurden diejenigen Krankenhäuser befragt, die mindestens einmal einen §116b-Zulassungsantrag gestellt haben. Zur Einschätzung der Zulassungsbereitschaft des jeweiligen Bundeslandes wurde eine vierstufige Likert-Skala verwendet (Antwortoptionen „sehr gering“, „eher gering“, „eher hoch“ und „sehr hoch“; n=173 Krankenhäuser).

320. Aufgrund des hohen Konfliktpotenzials zwischen Niedergelassenen und Krankenhäusern an der Schnittstelle der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wurden die Krankenhäuser mit bereits erteilten Zulassungen zusätzlich nach ggf. aufgetretenen Hemmnissen oder praktischen Problemen nach Erteilung einer Zulassung befragt. Insgesamt berichteten hierbei 59,8 % aller Krankenhäuser mit mindestens einer Zulassung von solchen Problemen, die durch Dritte ausgelöst wurden. In fast jedem zweiten Fall – d. h. bei 25,2 % aller zur Leistungserbringung nach § 116b zugelassenen Häuser – gestalteten sich diese Probleme sogar derart, dass eine Leistungserbringung (komplett oder zumindest vorübergehend) unmöglich war. Ein kleiner Teil der Krankenhäuser führt in diesem Zusammenhang an, dass sie trotz einer vom Bundesland erteilten Zulassung auf die Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungserbringung bislang gänzlich verzichten.

Insgesamt 40,2 % der zugelassenen Häuser erwähnen Schwierigkeiten oder Behinderungen bei der Abrechnung (hierzu zählen vor allem Probleme bei der Einrichtung von Abrechnungsroutinen mit den Krankenkassen: EDV, Abrechnungsvordrucke, Umgang mit Verordnungen, Erstattung von Sachkosten), 32,7 % erleben Konflikte mit Niedergelassenen oder KVen (neben Verhaltensänderungen der Zuweiser werden an dieser Stelle von 15,9 % aller zugelassenen Häuser sogar gerichtliche Klagen berichtet). Bemerkenswert ist an dieser Stelle noch, dass kein einziges Krankenhaus eine mangelnde Akzeptanz seitens der Patienten als Hemmnisgrund anführt.

Unterschiede zwischen den Indikationen

321. In den folgenden Darstellungen werden die Anzahl von Zulassungen und Klagen sowie die Zulassungsquoten (d. h. der Anteil bewilligter Anträge an allen Anträgen) zwischen den zur ambulanten spezialfachärztlichen Leistungserbringung am Krankenhaus gestatteten Indikationen verglichen. Hierbei wird die herausgehobene Stellung der Onkologie besonders deutlich: 55,3 % aller Zulassungen (mit einer Bewilligungsquote von durchschnittlich 53,6 % der Anträge) und sogar 76,9 % aller Klagen entfallen auf den Bereich Onkologie. Mit einem Anteil von 16,2 % sind überdurchschnittlich viele Zulassungen in diesem Bereich beklagt.

Laut den Befragungsergebnissen verfügen 7,9 % aller deutschen Krankenhäuser mit mehr als 50 Betten über mindestens eine Zulassung zur Erbringung ambulanter onkologischer Behandlungen nach § 116b SGB V. Insgesamt haben sich bislang sogar 18,1 % per Antrag um eine solche Zulassung im Bereich Onkologie bemüht. Innerhalb der Onkologie finden sich die meisten Zulassungen für die Bereiche „gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle“ (8,2 % aller Zulassungen), „Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung“ (7,4 %), „gynäkologische Tumore“ (7,1 %) sowie „Tumore der Lunge und des Thorax“ (6,2 %).

Hinter den onkologischen Zulassungen mit einem Gesamtanteil von 55,3 % an allen Zulassungen folgen erst mit weitem Abstand Multiple Sklerose (5,8 %), schwere Herzinsuffizienz (4,4 %), schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (3,4 %) sowie die pulmonale Hypertonie (3,4 %).

	Anzahl der erlassenen Bescheide für Krankenhäuser (deutschlandweit) Stand 09/2011	
Ambulante Behandlungsleistungen nach § 116b SGB V	Bescheide	davon beklagt
Hochspezialisierte Leistungen		
1. CT/MRT-gestützte schmerztherapeutische Leistungen	19	2
2. Brachytherapie	10	0
Seltene Erkrankungen		
1. Mukoviszidose	34	0
2. Hämophilie	14	0
3. Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen	17	0
4. schwere immunologische Erkrankungen	19	0
6. biliäre Zirrhose	13	0
7. primär sklerosierende Cholangitis	20	0
8. Morbus Wilson	14	0
9. Transsexualismus	5	0
10. angeborene Stoffwechselstörung (bei Kindern)	19	0
11. Marfan-Syndrom	20	0
12. pulmonale Hypertonie	43	3
13. Tuberkulose	28	2
14. Neuromuskuläre Erkrankungen	16	1
15. Kurzdarmsyndrom	2	0
16. vor oder nach Lebertransplantation	0	0
Besondere Krankheitsverläufe		
1. onkologische Erkrankungen insgesamt	697	113*
1.0. ohne Differenzierung nach Tumorgruppen	3	2
1.1. Gastrointestinale und Tumore der Bauchhöhle	104	19
1.2. Tumore der Lunge und des Thorax	78	14
1.3. Knochen und Weichteiltumore	54	6
1.4. Hauttumore	42	6
1.5. Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven	48	4
1.6. Kopf- und Halstumore	69	10
1.7. Tumore des Auges	29	4
1.8. Gynäkologische Tumore	90	19
1.9. Urologische Tumore	64	9
1.10. Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung	93	16
1.11. Tumore bei Kindern und Jugendlichen	23	1
2. HIV/AIDS	22	2
3. schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen	43	4
4. schwere Herzinsuffizienz	55	3
6. Multiple Sklerose	73	15
7. Anfallsleiden	38	1
8. pädiatrische Kardiologie	13	0
9. Frühgeborene mit Folgeschäden	18	0
10. Querschnittslähmungen bei Komplikationen	9	1
Insgesamt	1261	147

Tabelle 16: Anzahl der Zulassungen (und Klagen) je Indikation (bundesweit) – Stand September 2011

* Diese Zahl ist um drei Klagen höher als die Summe der einzeln beklagten onkologischen Zulassungen. Die drei weiteren Klagen richten sich gegen onkologische Zulassungen allgemein.

Quelle: Auskunft der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG

322. Neben dem bereits erwähnten leicht überdurchschnittlichen Bewilligungsanteil im Bereich der onkologischen Erkrankungen¹⁸³ zeigen die bisherigen Erfahrungen – zumindest unter den auch zahlenmäßig relevanten Indikationen – vergleichsweise hohe Zulassungsquoten bei den schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen und der Multiplen Sklerose. Der weitere Vergleich der Bewilligungsanteile ist der folgenden Abbildung 22 zu entnehmen.

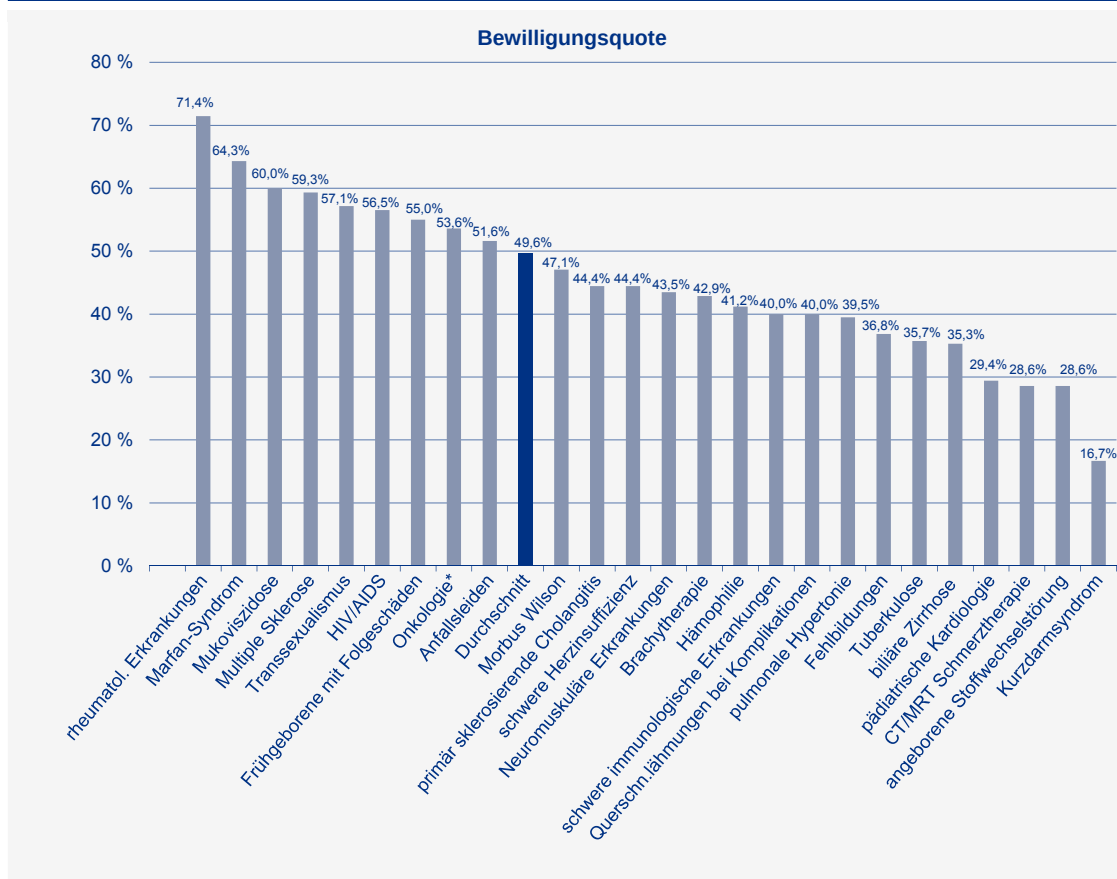


Abbildung 22: Vergleich der § 116b-Bewilligungsanteile nach Indikationen, n=988 Anträge¹⁸⁴

* 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“

Quelle: Eigene Darstellung

Unterschiede zwischen den Bundesländern

323. Das Antrags- und Zulassungsgeschehen weist über die Bundesländer hinweg große Unterschiede auf, die nicht hinreichend über Populations-, Alters- oder Morbiditätsunterschiede erklärbar sind. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen und die generelle gesundheitspolitische Bereitschaft der Landesregierung spielen offenbar eine große Rolle im Antrags- und Zulassungs-

¹⁸³ Verwiesen sei an dieser Stelle jedoch auch auf die bereits erwähnten Probleme nach erteilter Bewilligung (siehe Ziffer 320), die besonders im Bereich der onkologischen Erkrankungen auftreten.

¹⁸⁴ 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.

prozess im jeweiligen Bundesland. In der Folge des landesspezifischen Bewilligungsverhaltens ergeben sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Wettbewerbsintensität zwischen Krankenhäusern und Niedergelassenen um Patienten an der ambulant-stationären Schnittstelle.

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

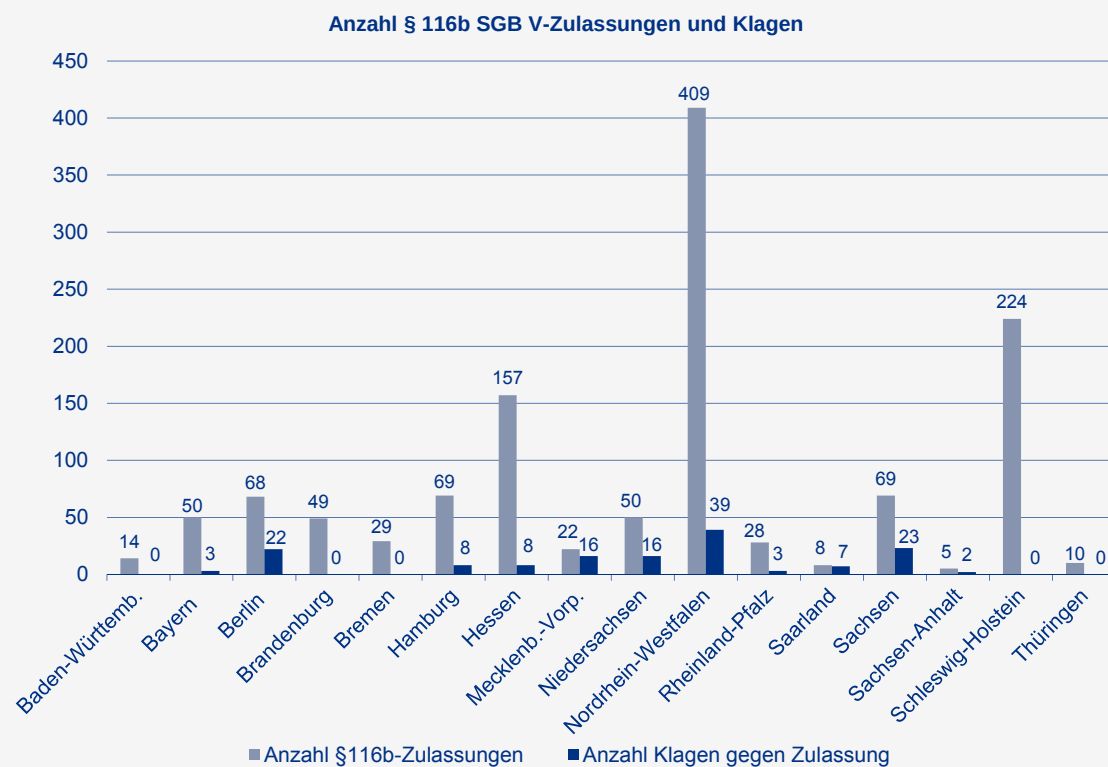


Abbildung 23: Anzahl § 116b SGB V-Zulassungen und Anzahl anhängiger Klagen nach Bundesländern (Stand 09/2011)

Quelle: Auskunft der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG

Bundesweit sind 11,7 % aller erteilten Zulassungen beklagt. Eine besondere Häufung von Klagen finden sich in den Bundesländern Saarland (87,5 %), Mecklenburg-Vorpommern (72,7 %), Sachsen (33,3 %), Berlin (32,4 %) und Niedersachsen (32,0 %). Die nominell höchste Zahl an Klageverfahren ist in NRW zu beobachten, wenngleich hier in Relation zu den im Land erteilten Zulassungen eine unterdurchschnittliche Klagehäufigkeit von nur 9,5 % festzustellen ist.

Ein Vergleich der Zulassungsquoten zwischen den Bundesländern gibt Hinweise auf die unterschiedliche Bewilligungspraxis. Jedoch kann die Interpretation dieser Zahlen erst im Gesamtbild, d. h. in Kombination mit weiteren Angaben (Zahl der Anträge, Anteil geeigneter Krankenhäuser, Anteil zugelassener Häuser etc.) erfolgen. Auch die im Laufe der Zeit gewonnenen Erfahrungen

mit der herrschenden Landespolitik beeinflussen vermutlich das Verhalten der Krankenhäuser und müssen im Gesamtkontext berücksichtigt werden.

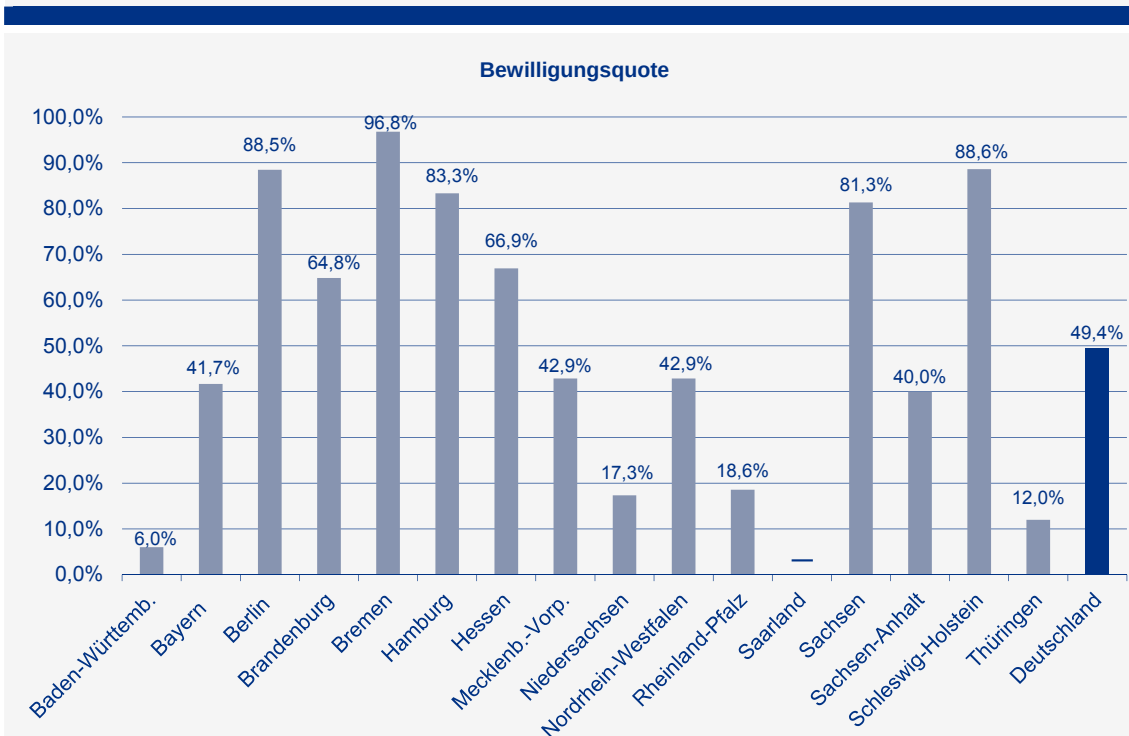


Abbildung 24: Vergleich der § 116b-Bewilligungsanteile nach Bundesländern, n=991 Anträge

* Unterschied zwischen den Ländern ist signifikant ($p < 0,001$) gemäß H-Test nach Kruskal-Wallis

Quelle: Eigene Darstellung

So zeigen bspw. Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und NRW zwar ähnliche Bewilligungsquoten von knapp über 40 %, doch finden sich in den Ländern höchst unterschiedliche Teilnahmequoten der Krankenhäuser: Während in Bayern nur 4,4 % aller befragten Häuser Leistungen nach § 116b SGB V erbringen, sind es in den beiden anderen genannten Bundesländern 28,6 % bzw. 23,9 %. Als Begründung kann hier angeführt werden, dass in Bayern nur vergleichsweise wenige Anträge verteilt auf sehr wenige Krankenhäuser gestellt wurden¹⁸⁵, diese jedoch zu über 40 % bewilligt wurden.

¹⁸⁵ Die Hochrechnung der Stichprobenergebnisse ergibt 92 Anträge von 36 Krankenhäusern bzw. 38 Zulassungen in 13 Krankenhäusern (bei einer Gesamtzahl von 292 Krankenhäusern mit über 50 Betten) in Bayern.

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
Signifikanz	0,108**	<0,001**	<0,001**	0,158***	<0,001***	<0,001***

Tabelle 17: 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

324. Die Notwendigkeit einer differenzierten Interpretation verdeutlicht exemplarisch auch die Situation in Schleswig-Holstein: 76,5 % aller Krankenhäuser halten sich selbst für geeignet zur § 116b SGB V-Leistungserbringung. Genauso viele Häuser haben auch mindestens einen Antrag gestellt und nehmen an der Versorgung teil. Somit hat zwar jedes antragstellende Krankenhaus mindestens eine Zulassung erhalten, doch wurden auch in diesem Bundesland nicht sämtliche Anträge bewilligt (siehe Zulassungsquote von 88,6 %).

Die von den Befragten berichtete schnelle Bearbeitung und "eher hohe" Zulassungsbereitschaft führen in Schleswig-Holstein zu überdurchschnittlichen Werten: 76,5 % aller Krankenhäuser ab 50 Betten erbringen Leistungen nach § 116b SGB V (im Bundesdurchschnitt 17,3 %), im Mittel stellte jeder Antragssteller bislang 9,46 Anträge (im Bundesdurchschnitt 5,33) und jedes zugelassene Haus hält Zulassungen in 8,38 verschiedenen Indikationen (im Bundesdurchschnitt 4,30).

Das andere Extrem stellt das Antrags- und Zulassungsverhalten im Land Baden-Württemberg dar: Die Krankenhäuser bewerten die Bewilligungsbereitschaft hier als sehr gering und die Verfahrensdauer liegt im Median in der höchsten abgefragten Kategorie von mehr als zwei Jahren. So haben auch nur 4,7 % aller Krankenhäuser in Baden-Württemberg zum Zeitpunkt der Befragung eine Erlaubnis zur Erbringung ambulanter spezialfachärztlicher Leistungen im Rahmen des § 116b SGB V erhalten. Darüber hinaus verfügen diese wenigen Krankenhäuser im Durchschnitt über Zulassungen in lediglich 1,5 Indikationen.

Unterschiede zwischen Größenklassen

325. Mit ansteigender Größe der Krankenhäuser ist eine signifikante Zunahme von selbstberichteter Eignung, Antragsstellung sowie von bereits erfolgter Zulassung zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V zu beobachten. So haben bundesweit von den kleineren Krankenhäusern mit weniger als 150 Betten lediglich 2,3 % eine solche Zulassung von den Landesbehörden erhalten, wohingegen es bei den Krankenhäusern mit über 500 Betten jedes Zweite ist.

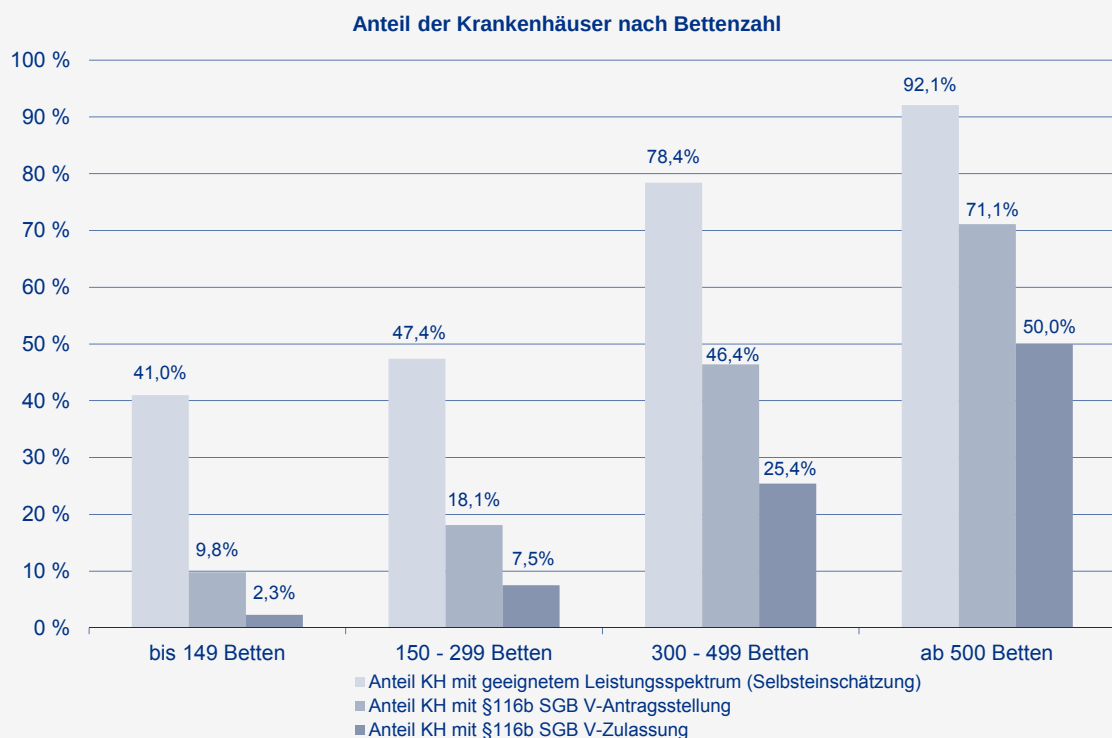


Abbildung 25: Anteil Krankenhäuser mit 1.) geeignetem Leistungsspektrum, 2.) mindestens einer erfolgten Antragsstellung, 3.) mindestens einer erteilten Zulassung (laut Selbstausskunft) – dargestellt nach Bettengrößenklassen, n=624 Krankenhäuser

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

Quelle: Eigene Darstellung

326. Darüber hinaus verfügen die größeren Häuser über eine höhere Anzahl parallel bestehender Zulassungen in den verschiedenen Indikationen: Die wenigen Krankenhäuser unter 150 Betten mit mindestens einer Zulassung verfügen über Zulassungen in durchschnittlich 1,25 Indi-

kationen, bei den Krankenhäusern mit über 500 Betten sind es im Mittel 6,33 separate Indikationszulassungen pro Krankenhaus ($p=0,002$). Zusammengefasst sorgt dies dafür, dass 68,0 % aller Anträge und sogar 74,4 % aller Zulassungen bei diesen Krankenhäusern der größten Bettenklasse liegen, obwohl diese nur 18,3 % aller Einrichtungen ausmachen. Es zeigt sich außerdem eine deutlich höhere Bewilligungsquote bei Anträgen größerer Krankenhäuser: Über die Hälfte aller Anträge von Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten sind erfolgreich, bei kleineren Krankenhäusern unter 150 Betten dagegen lediglich jeder fünfte (siehe Tabelle 18).

	bis 149 Betten	150 - 299 Betten	300 - 499 Betten	ab 500 Betten	Signifikanz
Anteil aller Anträge	2,5 %	6,4 %	23,1 %	68,0 %	-
Anteil aller Zulassungen	1,0 %	3,9 %	20,6 %	74,4 %	-
<i>zum Vergleich: Anteil an allen Krankenhäusern in Befragung</i>	27,7 %	31,9 %	22,1 %	18,3 %	-
Anteil bewilligter Anträge	20,0 %	30,2 %	44,1 %	54,0 %	0,070*

Tabelle 18: Anteile von Anträgen und Zulassungen je Bettengrößenklasse, n=984 Anträge

* lt. H-Test nach Kruskal-Wallis.

Quelle: Eigene Berechnung

Zusätzlich ist in Tabelle 19 erkennbar, dass größere Krankenhäuser deutlich höhere Fallzahlen und offenbar auch höhere Fallschweren sowie Erlöse je Fall erzielen, sodass der Anteil an der Gesamtzahl aller Fälle bzw. am gesamten Umsatz größerer Krankenhäuser noch einmal überproportional erhöht ist.

	bis 149 Betten	150 - 299 Betten	300 - 499 Betten	ab 500 Betten	Signifikanz
Durchschnittliche Fallzahl je zugelassenem Krankenhaus (n=76 Krankenhäuser)	54	658	864	3.719	0,123*
Durchschnittlicher Erlös je Fall in Euro (n=60 Krankenhäuser)	72,67	133,28	220,34	262,10	0,067*

Tabelle 19: Fallzahl je Krankenhaus, Erlös je Fall – dargestellt je Bettengrößenklasse

* lt. H-Test nach Kruskal-Wallis.

Quelle: Eigene Berechnung

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass die Größe eines Krankenhauses die wichtigste Einflussvariable auf die Teilnahmewahrscheinlichkeit an der Leistungserbringung nach § 116b SGB V (Selbsteinschätzung bzgl. Eignung, Antragsstellung, Zulassungswahrscheinlichkeit) darstellt. Die Größe sollte deshalb bei allen weiteren Analysen und Interpretationen als wichtige Einflussvariable berücksichtigt werden (siehe mehr hierzu im Rahmen der multivariaten Verfahren in Ziffer 329).

Unterschiede zwischen Siedlungsstrukturklassen

327. Eine weitere relevante Klassifizierungsvariable stellt der regionale Standort des jeweils betrachteten Krankenhauses dar. Zu diesem Zweck wurden die befragten Einrichtungen vier so genannten Siedlungsstrukturklassen zugeordnet.¹⁸⁶

Die Analyse des Antrags- und Zulassungsgeschehens offenbart, dass die Krankenhäuser vor allem in den Kernstädten in Konkurrenz zu niedergelassenen Fachärzten treten: Die überdurchschnittlich hohen Antragszahlen und Befähigungseinschätzungen werden darüber hinaus von leicht erhöhten Bewilligungsquoten begleitet. Im Ergebnis sind in den kernstädtischen Bereichen 33 % aller Krankenhäuser (zum Vergleich: im gesamtdeutschen Durchschnitt sind es 17,3 %) zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V zugelassen. Hierbei ist allerdings auch zu bemerken, dass Krankenhäuser in dieser Siedlungsstrukturklasse mit durchschnittlich fast 500 Betten sehr groß sind, was – wie bereits gezeigt wurde – eine wichtige Determinante für die Beteiligung eines Krankenhauses an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ist.

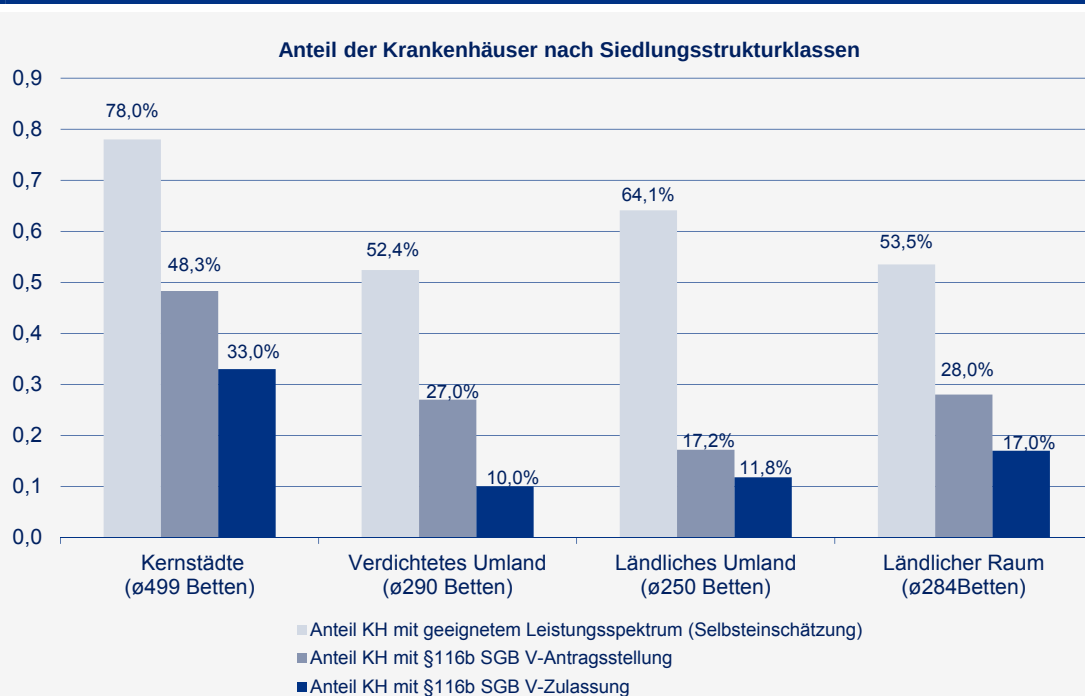


Abbildung 26: Anteil Krankenhäuser mit 1.) geeignetem Leistungsspektrum, 2.) mindestens einer erfolgten Antragsstellung, 3.) mindestens einer erteilten Zulassung (laut Selbstauskunft) – dargestellt nach Siedlungsstrukturklassen, n=628 Krankenhäuser

* Für alle drei Werte sind signifikante Unterschiede zwischen den Siedlungsstrukturklassen feststellbar (alle $p < 0,001$) gemäß Chi-Quadrat-Test.

Quelle: Eigene Darstellung

¹⁸⁶ Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung ordnet auf Basis der Bevölkerungsdichte und Zentralität einzelner Orte jeden Kreis einem von insgesamt neun „siedlungsstrukturellen Kreistypen“ zu. Die neun Kreistypenklassen können in vier Klassen zusammengefasst werden: Die Typen 1 und 5 bilden die „Kernstädte“, die Typen 2, 3 und 6 das „verdichtete Umland“, die Typen 4 und 7 das „ländliche Umland“ und die Typen 8 und 9 den „ländlichen Raum“.

328. Im Rahmen dieser Auswertungen bemerkenswert sind auch die (im Verhältnis zur relativ geringen Krankenhausgröße) hohen Teilnahmeraten im "ländlichen Raum": Besonders hervorzuheben ist hierbei die sehr hohe Bewilligungsquote von 64,7 % aller eingereichten Anträge, die im Vergleich zu den beiden mittleren Siedlungsstrukturklassen signifikant höher liegt.

	Kernstädte	Verdichtetes Umland	Ländliches Umland	Ländlicher Raum	Signifikanz
Anteil aller Anträge	57,1 %	28,2 %	2,9 %	11,8 %	-
Anteil aller Zulassungen	63,6 %	18,3 %	2,7 %	15,4 %	-
<i>zum Vergleich: Anteil an allen Krankenhäusern in Befragung</i>	28,0 %	41,2 %	14,8 %	15,9 %	-
Anteil bewilligter Anträge	55,0 %	32,0 %	44,8 %	64,7 %	0,044*

Tabelle 20: Anteile von Anträgen und Zulassungen je Siedlungsstrukturtyp, n=985 Anträge

* lt. H-Test nach Kruskal-Wallis.

Quelle: Eigene Berechnung

Zusammengefasst konzentrieren sich die § 116b-Zulassungen nach altem Recht vor allem auf die größeren Krankenhäuser in den Kernstädten, wohingegen die Krankenhäuser des verdichteten und ländlichen Umlands nur verhältnismäßig wenige Anträge stellen und darüber hinaus weniger erfolgreiche Zulassungsverfahren durchlaufen. Erst in der ländlichsten Kategorie finden sich wieder höhere Zulassungswahrscheinlichkeiten.

Anzunehmen ist, dass die großen Krankenhäuser der Kernstädte vor allem aufgrund ihres kompetitiven Umfeldes versuchen, in die ambulante Versorgung vorzustößen 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. Während eine Zulassung in den Kernstädten also eher auf Basis der unzweifelhaften Erfüllung der inhaltlichen Zulassungsvoraussetzungen erfolgt, stellt eine Zulassung im ländlichen Raum vor allem auf das Kriterium der in § 116b Abs. 2 SGB V (alte Fassung) genannten "Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation" ab.

Die besondere Rolle der Krankenhäuser im ländlichen Raum bei der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungserbringung zeigt sich außerdem in zwei weiteren Auffälligkeiten: Erstens berichtet ein nur unterdurchschnittlicher Anteil von 46,7 % dieser Krankenhäuser von Hemmnissen nach der Zulassung durch Konflikte mit Niedergelassenen und/oder Kassenärztlichen Vereinigungen (zum Vergleich: Es sind 65,5 % in den von stärkerem Wettbewerb geprägten Kernstädten). Zweitens verfügen die zugelassenen ländlichen Krankenhäuser im Durchschnitt über Zulassungen in 4,41 verschiedenen Indikationen (im ländlichen Umland sind es nur 1,18, im verdichteten Umland 3,42 und in den Kernstadt-Krankenhäusern sind es 5,33 Zulassungen).

329. Multivariate Analysen bestätigen die bereits in den deskriptiven Ergebnissen gefundenen Erkenntnisse weitgehend.¹⁸⁷ Die Bettenzahl ist ein höchst signifikanter Prädiktor und der Parameter mit der größten Bedeutung bei der Identifizierung von beantragenden und zugelassenen Häusern.

Auch der adjustierte Effekt eines kernstädtischen Standortes deutet auf signifikant erhöhte Antrags- und Zulassungszahlen in dieser Siedlungsstrukturklasse hin. Zwar sind die in den deskriptiven Analysen dargestellten Werte durch den Größeneffekt – die in Kernstädten zu findenden Krankenhäuser verfügen im Durchschnitt über fast 500 Betten – verzerrt, doch findet sich unter Adjustierung der übrigen Einflüsse immer noch ein signifikanter isolierter Einfluss der Siedlungsklasse „Kernstadt“.

Die Analyse der Bundesländer stützt ebenfalls einige der schon identifizierten Auffälligkeiten: So zählen signifikant häufiger Krankenhäuser aus Schleswig-Holstein zur Gruppe der Häuser mit mindestens einer Antragstellung bzw. mindestens einer Zulassung. Das Gegenteil ist für die Länder Baden-Württemberg und Bayern der Fall. Die Ergebnisse zeigen, dass bei Vorliegen des Merkmals „Standort Schleswig-Holstein“ die Chance einer Antragstellung um das 5,15-fache erhöht ist. Im Falle eines „Standortes in Baden-Württemberg“ zeigt sich hingegen, dass durch dieses Merkmal die Chance einer Antragstellung um 52 % abnimmt, d. h. um 0,48-mal weniger wahrscheinlich ist als ohne dieses Merkmal. Für den „Standort Bayern“ ist die Chance einer Antragsstellung statistisch adjustiert sogar um 73 % reduziert.

Neben diesen Zusammenhängen ergeben sich in der multivariaten Analyse weitere signifikant negative Einflüsse auf die Chance einer Zulassung aus einem Standort des Krankenhauses in Niedersachsen, Sachsen-Anhalt oder Thüringen. Ein positiver adjustierter Effekt auf die Zulassung ergibt sich dagegen für Brandenburg.

Ergebnisse zu weiteren Leistungsfeldern von Krankenhäusern an der Schnittstelle ambulant-stationär: Heutiger Umsetzungsstand und Ausblick

Heutiger Umsetzungsstand

330. 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 große Verbreitung, wohingegen die Teilnahme von Krankenhäusern an Modellvorhaben als lediglich marginal zu bezeichnen ist. Die detaillierten Zahlen zu dieser Thematik finden sich in der folgenden Tabelle 21.

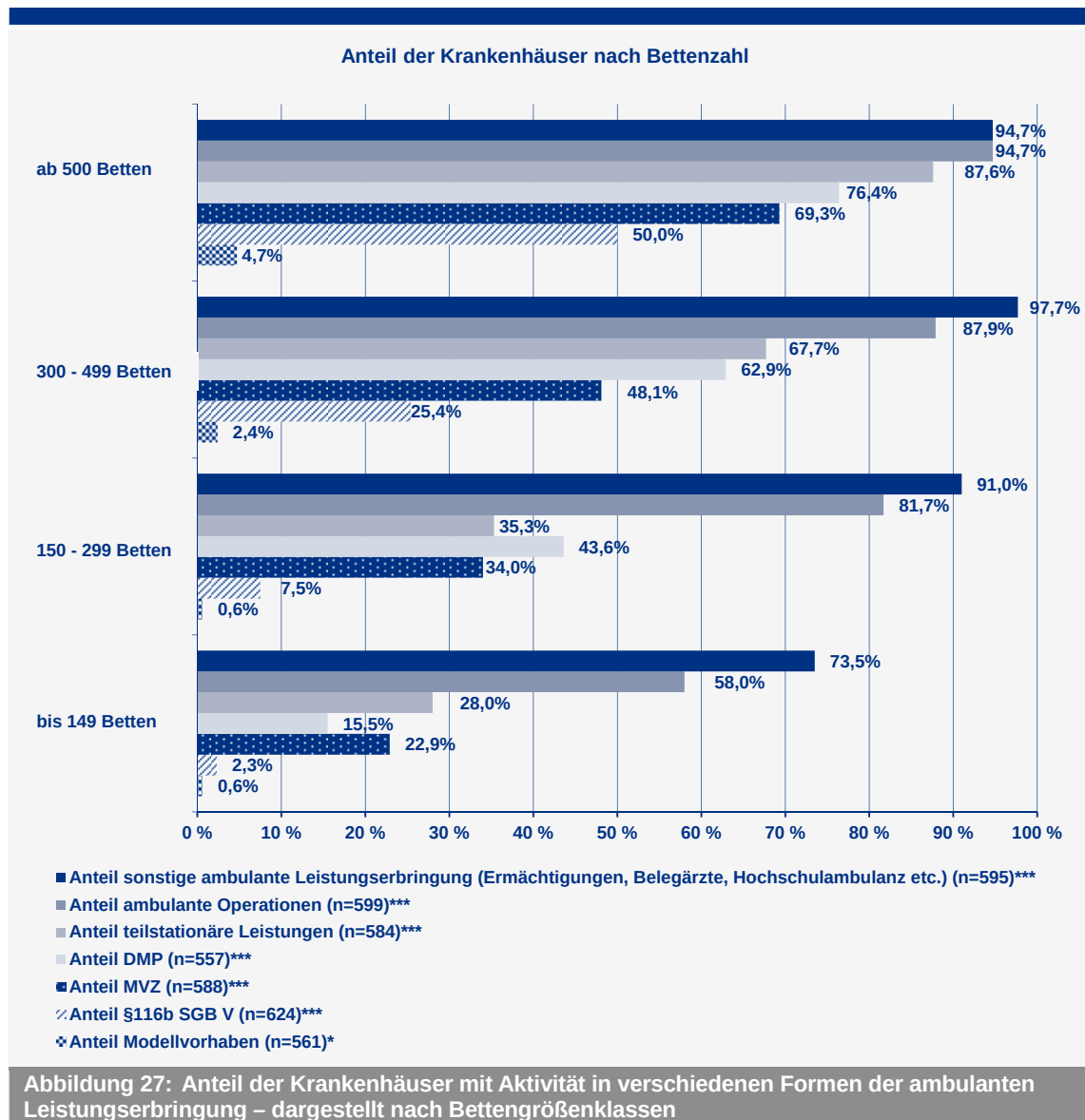
¹⁸⁷ Zur Ermittlung der Assoziation der zahlreichen unabhängigen Variablen mit dem Antrags- und Zulassungsgeschehen wurde eine multiple binär-logistische Regression (Forward Stepwise Likelihood Ratio Methode) durchgeführt. Die sich überlagernden Einzeleffekte können auf diese Weise quantifiziert werden. Die Ergebnisse werden hier aus Platzgründen nur zusammenfassend beschrieben.

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>	<i>91,1 %</i>

Tabelle 21: Formen der Leistungserbringung von Krankenhäusern an der Schnittstelle ambulant-stationär (%-Anteil von Krankenhäusern > 50 Betten)

Quelle: Eigene Berechnung

Auch hier beeinflusst die Größe eines Krankenhauses die Wahrscheinlichkeit, dass dieses an einer Form der ambulanten Leistungserbringung teilnimmt: Alle hier abgefragten Formen ambulanter Leistungen am Krankenhaus nehmen mit steigender Bettenzahl signifikant zu. Neben den bereits thematisierten Leistungen nach § 116b SGB V finden sich deutlich höhere Teilnahmeraten bei den teilstationären Leistungen, bei der Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) sowie bei den krankenhausbetriebenen MVZ.



***p<0,001; **p<0,01; *p≤0,05 Signifikanz des Unterschiedes zwischen Bettengrößenklassen gemäß Chi-Quadrat-Tests.

Quelle: Eigene Darstellung

Eine weitere Möglichkeit des Subgruppenvergleichs bieten wiederum die Siedlungsstrukturklassen. Eine ähnlich stringente Hierarchie wie bei den Bettengrößenklassen ist an dieser Stelle jedoch nicht zu beobachten. Signifikante Unterschiede zwischen den Siedlungsstrukturklassen finden sich wie bereits beschrieben am deutlichsten bei den Leistungen nach § 116b SGB V. Signifikante Unterschiede sind darüber hinaus auch bei der Teilnahme der Krankenhäuser an strukturierten Behandlungsprogrammen sowie bei den teilstationären Leistungen zu finden.

Über alle hier abgefragten Optionen ambulanter Leistungserbringung hinweg lässt sich jedoch die Aussage ableiten, dass Krankenhäuser in Kernstädten etwas aktiver sind als Krankenhäuser in den anderen drei Raumklassen, welche sich wiederum allesamt auf ähnlichem Niveau ambulanter Leistungserbringung bewegen. Aufgrund des signifikanten Einflusses der Größe eines Kranken-

hauses auf die Eignung und den Wunsch nach Erweiterung des eigenen Leistungsspektrums ist hier zu vermuten, dass diese Größe neben dem vermutlich wettbewerbsfähigeren Umfeld die wesentliche Ursache für die hohen Teilnahmequoten von Krankenhäusern in Kernstadtgebieten darstellt.

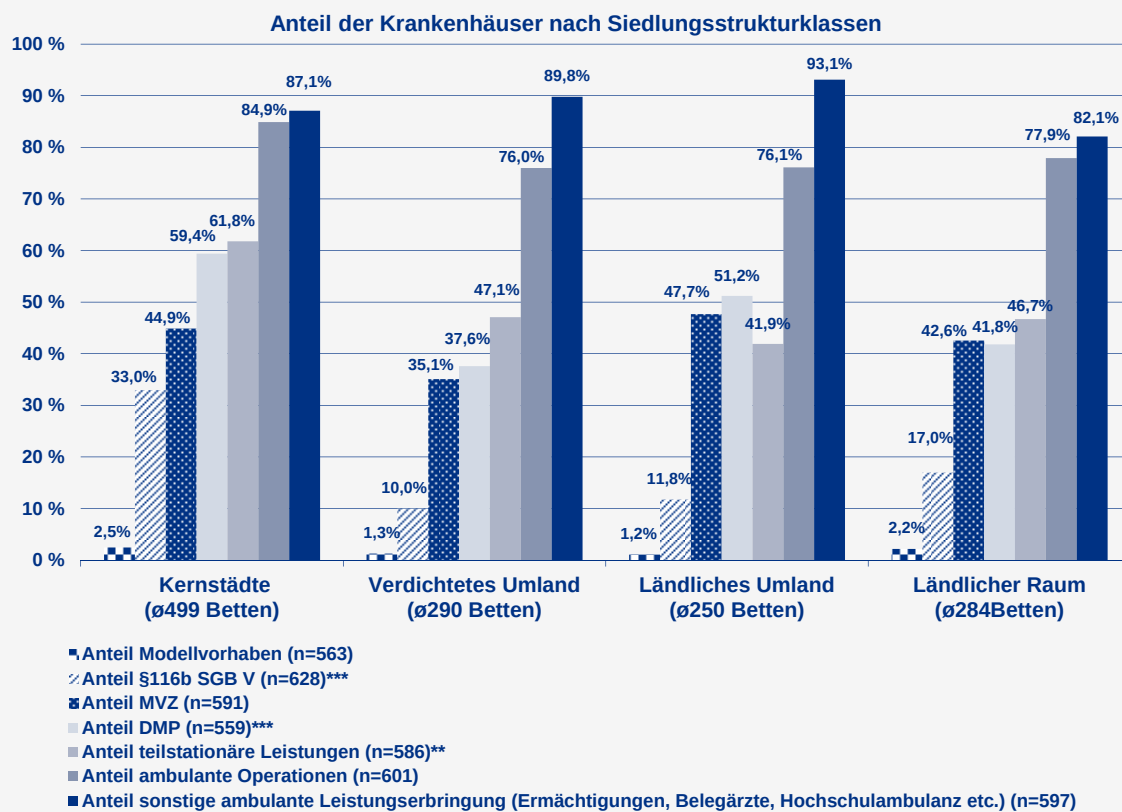


Abbildung 28: Anteil der Krankenhäuser mit Aktivität in verschiedenen Formen der ambulanten Leistungserbringung – dargestellt nach Siedlungsstrukturklassen

***p<0,001; **p<0,01; *p≤0,05 Signifikanz des Unterschiedes zwischen Siedlungsstrukturklassen gemäß Chi-Quadrat-Tests.

Quelle: Eigene Darstellung

Einschätzung künftiger Entwicklungspotenziale

331. 80,3 % aller befragten Krankenhausverantwortlichen geben an, dass ihrer Einschätzung nach das Potenzial ambulanter Leistungserbringung am Krankenhaus zukünftig weiter zunehmen wird (17,6 % erwarten eine etwa gleich bleibende Bedeutung und nur 2,2 % gehen von einer abnehmenden Relevanz aus). Die Analysen von Subgruppen (nach Trägerschaft, Versorgungsstufe, Größe oder Siedlungsstrukturklasse) lassen keine signifikanten Unterschiede bzgl. dieser Einschätzung erkennen: Alle Gruppen sind sich mehrheitlich einig, dass die Bedeutung 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.

332. Speziell bezogen auf die ambulante spezialfachärztliche Versorgung am Krankenhaus nach § 116 b SGB V geben 49,0 % aller Krankenhäuser an, dass sie sich die Freigabe weiterer Indikationen wünschen. 54,1 % aller Krankenhäuser streben für die Zukunft einen Ausbau (bzw. den Beginn) der Aktivität in diesem Bereich an. Unter Annahme der durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz geänderten Rechtslage (d. h. kein aufwändiges Zulassungsverfahren, weniger Unsicherheiten bzgl. Rechtslage) geben sogar 72,2 % aller Befragten an, einen Beginn bzw. einen Ausbau dieser Aktivitäten zu planen. Auffällig ist an dieser Stelle, dass vor allem diejenigen Krankenhäuser an einem weiteren Ausbau ihrer § 116b SGB V-Leistungen interessiert sind, die schon heute in diesem Bereich aktiv sind bzw. sich als geeignet für diese Form der Leistungserbringung ansehen: Insbesondere die größeren Krankenhäuser sowie diejenigen in kernstädtischen Gebieten berichten signifikant häufiger von Ausbauplänen. Ein "Nachholbedarf" von bislang nicht zum Zuge gekommenen Krankenhäusern ist kaum erkennbar – dies bestätigt auch der Vergleich des Antwortverhaltens zwischen den verschiedenen Bundesländern.

Inhaltlich konzentrieren sich die Erweiterungsanliegen auf die Onkologie, Kardiologie und Rheumatologie, hinzu kommen einige Ausbauwünsche für die Bereiche Schmerztherapie, Diabetes und psychische Erkrankungen. Darüber hinaus findet sich der Wunsch einiger Krankenhäuser nach einer generellen Freigabe der gesamten fachärztlichen ambulanten Versorgung.¹⁸⁸

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

333. 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. Die Grenzlinie zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist markiert durch sehr unterschiedliche sektorenspezifische Regulierungen bzgl. der Bedarfsplanungs- bzw. Zulassungsregelungen, Qualitätsstandards und Qualitätssicherungssysteme sowie inkompatible Finanzierungs- und Vergütungsmechanismen (SG 2009, Ziffern 755f.; Rürup et al. 2009). Viele dieser Kritikpunkte wurden mit der Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgungsebene nun angegangen.

334. Lange Zeit wurde kritisiert, dass Unterschiede bzgl. der Qualitätsstandards und -sicherungssysteme bestehen (so z. B. Hellmann 2009). Neben Unterschieden bzgl. der allgemeinen Zwänge der persönlichen Qualitätssicherung, des Zulassungsrechts oder des Bereitschaftsdienstes wird bspw. konkret bemängelt, dass eine persönliche Leistungserbringung für den Vertragsarzt verpflichtend ist ("Facharztpräsenz"), wohingegen im Krankenhaus die Einhaltung des Facharztstandards nicht immer kontrollierbar sei und Zulassungs- bzw. Teilnahmevoraussetzungen – im Vergleich zu Niedergelassenen – weniger kontinuierlich überprüft würden. 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

¹⁸⁸ Etwa ein Sechstel der geäußerten Wünsche in den Freitextfeldern zielt auf eine solche Freigabe der gesamten fachärztlichen ambulanten Versorgung ab.

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 festzustellen, dass Krankenhäuser auch 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. Hierzu zählten sächliche und personelle Anforderungen, Mindestmengen und die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung. In diesem Zusammenhang werden auch die derzeitigen Bemühungen des vom G-BA beauftragten AQUA-Instituts zum Aufbau einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (AQUA Institut 2011) helfen, einheitliche Qualitätsanforderungen und -evaluationen zu realisieren (siehe Unterkapitel 5.3).

335. Darüber hinaus sind seit dem Jahr 2012 die Regelungen bzgl. der Zugangsmöglichkeiten zu neuen Behandlungsmethoden im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung einheitlich gestaltet: Grundsätzlich gilt auch heute noch im allgemeinen ambulanten Bereich der so genannte "Erlaubnisvorbehalt" (§ 135 SGB V), sodass Vertragsärzte im Fall neuer Therapien zunächst die Genehmigung durch den G-BA abwarten müssen. Im stationären Bereich ist es durch den so genannten "Verbotsvorbehalt" (§ 137c SGB V) genau umgekehrt. Neue Therapien sind hier so lange erlaubt, bis sie von der Erstattung ausgeschlossen werden.¹⁸⁹ Für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung wurde nun eine Vereinheitlichung vorgenommen, sodass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hier zukünftig von allen Leistungserbringern gemäß des Verbotsvorbehalts erbracht werden dürfen.¹⁹⁰ 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. Die Anwendung eines der Prinzipien ist allerdings auch eine Frage des verwendeten Abrechnungssystems. Schon zuvor rechneten sowohl der Vertragsarzt als auch das Krankenhaus die ambulante Behandlung nach § 116b SGB V mittels 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. Die Schaffung einer einheitlichen (Vergütungs-)Systematik ist dabei auch an die Voraussetzung vereinheitlichter Leistungsdefinitionen geknüpft. Neben der Definition zulässiger Behandlungsoptionen umfasst dies die Festlegung von Leistungskomplexen. So ist der stationäre Sektor heute viel stärker von Pauschalierungen geprägt als der ambulante Bereich.

336. Weiterer Regelungsbedarf bestand und besteht hinsichtlich der Ungleichheit von Preisen veranlasster Leistungen. So sind Arzneimittel zum Großteil wesentlich günstiger im Krankenhaus-einkauf zu beschaffen, da hier nicht die Regularien der Arzneimittelpreisverordnung wie im ambu-

¹⁸⁹ Hinzuweisen ist an dieser Stelle auf den § 137e SGB V, demzufolge der G-BA auch eine Richtlinie zur Erprobung neuer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode beschließen kann, um zunächst die notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens zu gewinnen.

¹⁹⁰ Als Argument pro Vereinheitlichung in Richtung "Verbotsvorbehalt" kann angeführt werden, dass davon ausgegangen werden kann, dass auch größere ambulante Einrichtungen wie MVZ oder hochspezialisierte Fachärzte die Voraussetzungen erfüllen, moderne Behandlungsmethoden ebenso qualifiziert anzuwenden wie Krankenhäuser (Wille/Ulrich 2009; Rürup et al. 2009).

lanten Sektor greifen. Krankenhausapotheken verhandeln direkt mit den pharmazeutischen Herstellern, die ambulante Offizin ist dagegen an die vorgegebene Handelskette mit einheitlichen Abgabepreisen gebunden: Die Folge sind geringere Arzneimittelkosten im Krankenhaus, sodass vor allem Krebstherapien im Einzelfall günstiger vom ambulant tätigen Krankenhaus erbracht werden konnten als in der ambulanten Regelversorgung. Die Krankenkassen profitieren von diesen in der Regel geringeren Arzneimittelpreisen im Krankenhaus durch Vereinbarungen gemäß § 129a SGB V, denen zufolge die Preisvorteile weitgehend an die Krankenkassen weitergegeben werden: Die Krankenhausapotheke darf verordnete Arzneimittel nur dann an § 116b SGB V-Patienten abgeben, wenn eine solche Vereinbarung besteht und es zu einer unmittelbaren Anwendung des Arzneimittels im Krankenhaus kommt. Durch die mittlerweile eingeführte Option von Vertragslösungen zwischen Krankenkassen und Apotheken sind jedoch bereits Schritte zur Angleichung der Preise für parenterale Zubereitungen eingeleitet worden, wenngleich wohl noch immer Unterschiede in der Preissetzung bestehen (Jahn et al. 2011).

Ungleiche Einkaufspreise gibt es aber auch bei den ärztlichen Gehältern, wo in der Regel die Krankenhäuser durch ihre Bindung an Tarifröhne 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. Hierzu gehört auch die Ausnutzung von Größenvorteilen (siehe Ziffer 299). Der einzig sicherzustellende Punkt in diesem Zusammenhang ist, dass Niedergelassenen und Krankenhäusern rechtlich vergleichbare Möglichkeiten eingeräumt werden. Angewendet auf die hier thematisierten gleichen Preise von veranlassten Leistungen bedeutet dies, dass im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus einheitliche Marktbedingungen für den Bezug von Arzneimitteln gelten sollten. Es bedeutet jedoch nicht, dass ihnen diese Einkaufspreise automatisch zustehen oder zu gewährleisten sind. Es ist Aufgabe des Wettbewerbs, hier effiziente Organisationsformen zu identifizieren.

Zur Lösung dieser Problematik könnte es auch eine Option sein, dass die Krankenkassen selbst durch Ausschreibungen die notwendigen Arzneimittel beschaffen und diese zu einheitlichen Preisen den Leistungserbringern an der ambulant-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 Herausforderungen mit einer weitflächigen Ausschreibungslösung verbunden wären. Um keine Versorgungsprobleme aufkommen zu lassen, müssen logistische und datenverarbeitungsbezogene Hindernisse überwunden werden. Hierzu zählen auch Regelungen zur ersatzweisen Gabe von Substituten im Falle eines kurzfristig nicht vom eigentlichen Vertragspartner lieferbaren Arzneimittels.

337. Ebenfalls wiederholt Gegenstand von Kritik sind die uneinheitlichen Regelungen zur Investitionsfinanzierung: Die staatliche Investitionsförderung führt zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich. Während die Kapazitätsplanung und Sicherstellungsfunktion im ambulanten Bereich in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt und Leistungserbringer ihre anfallenden Investitionen komplett aus ihrer (monistischen) Vergütung durch die Krankenkassen zu finanzieren haben, sind im stationären Bereich die Bundesländer hierfür verantwortlich. Auch wenn die Investitionsförderung der Länder formal nur zur Sicherstellung der stationären Krankenhausversorgung gedacht ist und dementsprechend ausschließlich für Projekte im stationären Bereich verwendet werden darf, so ist die Inves-

tition doch häufig untrennbar (z. B. bei Neubauten oder Großgeräten) mit dem ambulanten Leistungspotenzial des Krankenhauses verbunden. Verzerrungen zugunsten der Krankenhäuser treten außerdem dadurch auf, dass öffentliche Träger anfallende Defizite ggf. decken und teilweise eine Unterstützung aus regionalpolitischen Motiven stattfindet.¹⁹¹

Die monistische Finanzierung im EBM-System enthält bereits die Komponente der Investitionsvergütung. Ein Krankenhaus bekommt im Falle einer Abrechnung nach EBM also eine Investitionsvergütung aus zwei Quellen, wenn auch der Umfang der Investitionsförderung je nach Bundesland und Einzelfall sehr unterschiedlich ausfällt und nach derzeitigem Niveau keinesfalls eine vollständige Finanzierung darstellt. Diese unterschiedlichen Formen der Investitionsfinanzierung führen zu Verzerrungen der relativen Preise zwischen den Sektoren, was den wiederholt postulierten Grundsatz "ambulant vor stationär" nach Meinung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung geradezu konterkariert (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2009).

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. Wettbewerbspolitisch erwähnenswert ist an dieser Stelle noch, dass den Krankenhäusern hieraus sogar ein Wettbewerbsvorteil entsteht, da sie die Leistung aus Perspektive der Krankenkassen günstiger erbringen als ein niedergelassener Arzt. Im Falle einer Steuerung des Versorgungsgeschehens durch die Krankenkassen würde dies vermutlich berücksichtigt.

338. Eine weitere gravierende Ungleichbehandlung 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 Mengenbegrenzungen für das Krankenhaus bestanden.¹⁹² 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 Hochschulambulanz – galten unterschiedliche Regulierungen. Es ist zu begrüßen, dass diese Ungleichbehandlung nun abgebaut wird. Eng hiermit verbunden ist auch die Forderung nach einheitlicher Regulierung der Bedarfsplanung: Im Vergleich zur Situation der Vertragsärzte gab es bis 2011 eine völlig andere Planung für Krankenhäuser, die an der Versorgung nach § 116b SGB V teilnehmen wollten. Die neue spezialfachärztliche Versorgung sieht nun keine Bedarfsplanung und keine Abrechnungsmengengrenzen mehr vor.

191 Ein Gegenargument besteht in der Ansicht, dass hochspezialisierte ambulante Leistungen nach § 116b SGB V im Krankenhaus eventuell nicht kostendeckend angeboten werden können, da die Finanzierung auf dem EBM-Katalog basiert, der für den Durchschnittspatienten und nicht den chronisch (und überdurchschnittlich) kranken Patienten ausgelegt ist (SG 2009, Ziffer 526).

192 Aufgrund dieser fehlenden Mengenbegrenzungen konnte eine Leistungserbringung nach § 116b SGB V auch für Krankenhäuser mit angeschlossenem MVZ betriebswirtschaftlich attraktiv sein.

Dies 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 des spezialfachärztlichen Bereichs 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

339. Die wettbewerbspolitischen Implikationen der früheren und heutigen Zulassungsregelungen für Leistungen gemäß § 116b SGB V sind Gegenstand gegenläufiger Argumentationen, die allerdings auf verschiedenen Wettbewerbsebenen ansetzen. Die bis 2007 geltende Regelung, derzufolge die Krankenkassen freiwillig und damit selektivvertraglich mit den Krankenhäusern Vereinbarungen zur Erbringung dieser Leistungen hätten treffen sollen, lief weitgehend ins Leere: Die im Wettbewerb befindlichen Krankenkassen hatten kein Interesse daran, Leistungen zusätzlich zur unbereinigten Gesamtvergütung an die Vertragsärzte zu bezahlen (GA 2007, Ziffer 300). Auch die Gefahr der Attrahierung wirtschaftlich uninteressanter Versicherter bei einem seinerzeit noch vergleichsweise eingeschränkten Risikostrukturausgleich begründete den mangelnden Anreiz eines solchen Vertragsschlusses aus Perspektive der Krankenkassen. Anschließend hat der Gesetzgeber den § 116b SGB V im Rahmen des GKV-WSG deutlich zugunsten der Krankenhäuser geändert: Die Vertragskompetenz der Krankenkassen entfiel zugunsten eines Antragsrechts der Krankenhäuser (Wille/Ulrich 2009). Durch die ab 2012 neuen und vereinheitlichten Zugangsregeln für Niedergelassene und Krankenhäuser, inklusive der vollständigen Ausgliederung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung aus der ambulanten Regelversorgung, wurde der Eintritt in diesen Markt weiter erleichtert. Die Zulassung erfolgt fortan allein auf Basis von Qualifikations- bzw. Qualitätskriterien und kann nicht mehr mit Blick auf die Situation im niedergelassenen Bereich verweigert oder gerichtlich beklagt werden.

340. Es war offensichtlich die Intention des Gesetzgebers, Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und hochspezialisierten ambulant tätigen Fachärzten an einer der Kernschnittstellen des Gesundheitswesens herbeizuführen. Hier bestand Handlungsbedarf, denn die Voraussetzungen innerhalb der um dieselben Fälle konkurrierenden Sektoren waren lange Zeit sehr unterschiedlich. Dieser Kritikpunkt wurde durch die Neuregelungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes nun weitgehend entkräftet.

Die Zulassung zur Erbringung und Abrechnung dieser Leistungen lässt allerdings keinerlei wettbewerblichen Handlungsspielraum für die Krankenkassen. Ihre wesentliche Aufgabe verbleibt in der Vergütung der erbrachten Leistungen nach Einheitspreisen. Durch Einführung selektiver Vertragsoptionen in diesem Bereich wäre es dagegen möglich, eine wettbewerbsstärkende Lösung für diese Versorgungsform zu erreichen.¹⁹³ Beispielsweise könnten Krankenkassen in vertraglichen Gestaltungen das Ziel verfolgen, auf einen Verzicht auf akutstationäre Leistungen hinzuwirken. Derzeit ist die ökonomische Bewertung, ob die jeweilige Leistung wirtschaftlicher im Krankenhaus oder beim

193 Wie schon vor dem GKV-WSG könnte bzgl. der Vergütungsregelungen dieser Leistungen gelten, dass eine ganze Bandbreite zulässiger Vergütungsregelungen zur Verfügung steht: Einzelleistungsvergütungen (ggf. unter Orientierung an der Euro-Gebührenordnung) sind genauso möglich wie pauschalierte Vergütungsformen (bspw. fall- oder versichertenbezogene Pauschalen) oder sogar sektorenübergreifende Vergütungen als Leistungskomplex.

niedergelassenen Arzt erbracht werden kann, nicht Gegenstand eines wettbewerblichen Suchprozesses (Rürup et al. 2009). In diesem Sinne sollten die wettbewerblichen Gestaltungsspielräume gelockert und von adäquaten Bereinigungsregelungen begleitet werden (siehe hierzu ausführlich Unterkapitel 7.4). Insbesondere aufgrund der derzeit unzureichenden Evidenzlage dazu, welche Versorgungsform zu präferieren ist, sollte ein Wettbewerb der verschiedenen Lösungen unter Harmonisierung der Wettbewerbsbedingungen angestrebt werden (ähnlich bei Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2009).

341. Es wäre möglich gewesen, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung – quasi als Testfeld für die übrigen Versorgungsbereiche – selektivvertraglich zu gestalten. Die Bereinigungsregelungen müssten dabei sowohl die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung der Niedergelassenen als auch die substituierten stationären Leistungen im DRG-Krankenhauserlösbudget umfassen. Bereits heute erbringen die Krankenhäuser Leistungen des § 116b SGB V für rund 99 Millionen Euro (Ziffer 308), die ohne formelles § 116b SGB V-Budget und zusätzlich zu den stationären Fällen abgerechnet werden. Die Auswirkungen einer selektivvertraglichen Organisation sollten dabei wissenschaftlich und aufsichtsrechtlich begleitet werden, um Mengen-, Preis- und Qualitätseffekte zu evaluieren. Mit Blick auf eine vom Rat empfohlene umfassende sektorenübergreifende populationsorientierte Versorgung (SG 2009, Ziffern 1138ff.) bietet es sich an, in einem ersten Schritt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung als eigenen sektorenübergreifenden Wettbewerbsbereich auszubauen. Als Ausgangsbasis für vertragsindividuelle Lösungen könnte die anvisierte eigene, verstärkt pauschalisierte, monistische Vergütungssystematik (unter Einschluss von Sach- und Investitionskosten) dienen.¹⁹⁴ Sektorenübergreifende Pauschalen für bestimmte Leistungsbündel würden den integrierten Anbietern einen Anreiz zur effizienten Aufteilung der Leistungserstellung geben. 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 größere Distanzen akzeptieren, könnten diese Leistungen von Krankenkassen oder Krankenkassengruppen ausgeschrieben und damit aus den kollektivvertraglichen Systemen der bisherigen ambulanten und stationären Versorgung herausgelöst werden (Greiner 2011). 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 Erfahrung auch bezüglich der wettbewerblichen Wirkung stärkerer Krankenkassenkonkurrenz um Leistungsanbieter (und umgekehrt) zu sammeln. Der Bereich ist für eine selektivvertragliche Ausgestaltung auch deshalb geeignet, da eine Vielzahl der Wettbewerbsvoraussetzungen aus der ökonomischen Theorie hier erfüllt sind und damit Gefahren wie wettbewerbsbeschränkendes Verhalten unwahrscheinlich sind.

342. Insbesondere die Wettbewerbsvoraussetzungen auf Nachfragerseite (siehe Ziffer 301) sind im spezialfachärztlichen Bereich vergleichsweise gut erfüllt, wobei die Entscheidung des Patienten vermutlich auch vom Hausarzt beeinflusst wird. Es liegt jedoch durchaus ein Sanktionierungswille und

¹⁹⁴ Der Rat spricht sich generell für eine monistische Finanzierung im Gesundheitswesen aus (auch im vollstationären Bereich), da anderenfalls ungleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen den Leistungssektoren herrschen.

-mechanismus schlechter Anbieter durch den Versicherten vor. Zudem ist die Planbarkeit des Handelns eines Nachfragers bei diesen überwiegend elektiven Behandlungen vergleichsweise gut erfüllt. Dies trifft insbesondere für die ambulante Folgebehandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen zu (und perspektivisch auch für einen Teil der ambulanten Operationen, die allerdings derzeit nicht in den Bereich der spezialfachärztlichen Versorgung integriert sind). Der Aufbau leistungsfähiger Versorgungsstrukturen könnte aus Sicht der Krankenkasse jedoch Versicherte mit hohem Kostenrisiko anlocken, deren angemessener finanzieller Ausgleich durch den Risikostrukturausgleich laufend zu überprüfen wäre.

Bei der Analyse und Bewertung des erweiterten Angebots von Leistungen an der Schnittstelle ambulant-stationär sollte neben der ärztlichen Bewertung stets auch die Perspektive des Nutzers, d. h. die Patientenpräferenz einbezogen werden. Aus der internationalen Literatur lässt sich hier ableiten, dass ambulante anstelle entsprechender stationärer Leistungen vom Patienten akzeptiert sind und sich kaum Unterschiede bzgl. der empfundenen Behandlungsqualität und der Patientenzufriedenheit zeigen. Für eine hohe Akzeptanz sind dabei ähnlich wie im stationären Sektor umfangreiche Information und Betreuung, reibungslose Organisation und hohe Behandlungsqualität erforderlich. All diese Merkmale werden ambulanten Therapieoptionen vom Patienten zugeschrieben (Schwappach/Strasmann 2006; Weingessel et al. 2008; Gardner et al. 2005; Tysome/Padgham 2006).

343. Bezüglich der Wettbewerbsvoraussetzungen auf Anbieterseite (siehe Ziffer 301) bietet die bereits heute bestehende Konkurrenz zwischen Niedergelassenen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Krankenhäusern für die Anbieter Möglichkeiten zu individuellem wettbewerblichen Handeln sowie eine weitgehend freie Verfügung über technische, personelle und finanzielle Ressourcen, wenngleich das Ausmaß staatlicher Regulierung (z. B. in Bezug auf Werbung, den Einsatz neuer Behandlungsmethoden oder die Eigentumsregulierung) recht hoch ist. Bzgl. der Marktoffenheit ist festzustellen, dass nach dem GKV-VStG keine Bedarfsplanung mehr für den spezialfachärztlichen Bereich besteht. Nichtsdestotrotz sind diejenigen Leistungserbringer, die für diese Leistungen in Frage kommen, keineswegs frei in ihrem Marktzutritt, da sie in aller Regel noch weitere Leistungsbereiche (die nicht zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zählen) abdecken. So ist es unzweifelhaft, dass ein freier und unbeschränkter Marktzutritt weder für Krankenhäuser noch für Niedergelassene gegeben ist. Für beide gelten grundsätzlich strenge Marktzutrittschranken bei gleichzeitig geringen Marktaustrittsanreizen (unbefristete Zulassungen für Altanbieter und Zulassungssperren für potenzielle Neuanbieter). Auch der Marktaustritt eines Facharztes durch wirtschaftlichen Misserfolg ist heute noch eher unüblich. Die Schaffung geringerer Markteintritts- wie auch Marktaustrittsschranken ist eine der wettbewerbstheoretisch wichtigsten Potenziale eines stärker selektivvertraglichen Systems. Zulassungen auf Zeit sowie ein drohendes Ausscheiden bei Erfolglosigkeit in der nächsten Ausschreibungsrunde könnten Wettbewerbsprozesse und auch den "spirit of competition" deutlich forcieren.

Bezüglich der Abwesenheit von Marktmacht besteht eine Besonderheit: Zwar liegt gesamtwirtschaftlich betrachtet nicht wie im hausärztlichen Bereich oder auf dem Apothekenmarkt eine atomistische Marktstruktur vor, in der das Handeln eines einzelnen Anbieters nahezu keinerlei Einfluss auf die Marktsituation der übrigen Kompetitoren hat, doch sind die derzeitigen Anbieter spezialfachärztlicher ambulanter Leistungen in der Regel immer noch recht klein. Tendenzen in Richtung horizontaler und vertikaler Integration wären allerdings mit dem Risiko einer Reaktionsverbundenheit zwischen Handlungen der verschiedenen Anbieter verbunden. Aus diesem Grund muss auch das Gesundheitswesen im selektivvertraglichen Bereich dem Wettbewerbsrecht unterworfen werden, um

marktherrschende Stellungen zu verhindern (siehe Unterkapitel 2.6). Der niedergelassene Bereich wird dabei vermutlich in Richtung einer erhöhten Konzentration tendieren, jedoch besteht von dieser Seite mittelfristig eine weit geringere Gefahr monopolistischer Tendenzen als von Krankenhaussseite.

Ist eine stringente kartellrechtliche Überwachung gegeben, so könnte jedoch gerade in einem konzentrierten Markt ein äußerst intensiver Wettbewerb entstehen und wohlfahrtserhöhend wirken. Größere Einheiten könnten signifikante Marktanteile erreichen und Anbieter mit ineffizienten Strukturen müssten aus dem Markt ausscheiden. Dies muss nicht notwendigerweise die Anzahl der ärztlichen Anbieter vor Ort senken, da Einzelpraxen bspw. durch Verbund- oder Zweigstellenkonzepte ersetzt werden könnten. Verschiedene Anbieter mit differenzierten Konzepten erlauben eine wohlfahrtssteigernde Vielfalt durch Intensivierung des Qualitäts- und Preiswettbewerbs bei gleichzeitig hohem Wettbewerbsdruck zwischen Großanbietern und verbleibenden (weil effizient arbeitenden) kleineren Einheiten. Bei Zusicherung entsprechender Freiheiten gäbe es außerdem gerade in Gebieten geringeren Wettbewerbs einen Anreiz zur Niederlassung.

344. Neben diesen Voraussetzungen stellt die Markttransparenz (siehe Ziffer 301) eine weitere wichtige Bedingung für das Funktionieren wettbewerblicher Marktgestaltungen dar. In der Summe ist hier festzustellen, dass die genannten Anforderungen an die Markttransparenz derzeit im gesamten Gesundheitswesen kaum erfüllt sind. Gerade im Bereich der spezialfachärztlichen Versorgung könnte aber eine stärker wettbewerblich ausgestaltete Versorgung Anreize zur Beseitigung von Marktintransparenz setzen. Zudem sind hier Messungen der Behandlungsqualität anhand von Kennzahlen (z. B. Erfolgsraten in Form vermiedener stationärer (Wieder-)Einweisungen) zumindest denkbar, wenngleich eine ergebnisorientierte Vergütung auch hier derzeit noch vor großen methodischen Hürden steht. Dort, wo es nur wenige Anbieter gibt, könnte ein Benchmarking-System helfen, trotz fehlender Wettbewerber im direkten Einzugsgebiet Druck auf den lokalen Monopolisten auszuüben (siehe Unterkapitel 5.4). Aufgrund der Planbarkeit der Behandlung hat der Patient hier zudem eher die Möglichkeit zur vorherigen Informationsbeschaffung.

345. 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. Eine ohne diese Mindestvorgaben zu befürchtende entsolidarisierende Wirkung des Vertragswettbewerbs ist zwar durch den vor einigen Jahren eingeführten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich weniger lohnend für Krankenkassen, wäre aber vermutlich für einzelne Nischenanbieter immer noch interessant genug. Auch sollte der Staat in diesem Wettbewerbssystem das Monitoring der Versorgungsqualität übernehmen. Die durch übergreifende Vergleiche erzielte Transparenz der Ergebnisse ist wie beschrieben eine Voraussetzung zur Initiierung eines (Qualitäts-)Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen (Greiner 2011). 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 wichtiger Diskussionspunkt liegt deshalb zunächst in der Definition der Unterversorgung selbst. Hier bedarf es bundeseinheitlicher, nachvollziehbarer Kriterien: Tatsächliche (oder auch nur wahrgenommene) Versorgungslücken werden stets von der regionalen Morbiditätsentwicklung, der Präferenz der Ver-

sicherten vor Ort und der betrachteten Facharztgruppe determiniert. Auch sollte die Erreichbarkeit nicht allein über die Entfernungskilometer gemessen werden, sondern bspw. den jeweiligen Ausbau des öffentlichen Nahverkehrs berücksichtigen. Überprüfungen des einmal festgelegten Status einer Region und die Berücksichtigung demografischer Veränderungen sowie des Wandels des Morbiditäts- und Mobilitätsspektrums sollten in regelmäßigen Abständen obligatorisch sein. 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 fachärztliche 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.

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wirkt einerseits dahingehend, dass die Versicherten darauf bedacht sind, dass der von ihnen gewählte Anbieter im Fall von Reisen und/oder Akutsituationen eine flächendeckende Versorgung in ganz Deutschland sicherstellt. Auf der anderen Seite wirken jedoch ebenso gegenteilige Anreize, die den Antrieb der Krankenkasse zum Aufbau von Versorgungsstrukturen mindern. Dies können erstens hohe Transaktionskosten für den Aufbau der Versorgung bei einer ggf. nur sehr geringen Zahl von eigenen Versicherten im betroffenen Gebiet sein. Zweitens ergibt sich wie immer bei Kollektivgütern die Gefahr des Trittbrettfahrerverhaltens¹⁹⁵. Das heißt, bei fehlender Ausschlussmöglichkeit ist die einzelne Krankenkasse nicht gewillt, in die Kapazitätsvorhaltung im ländlichen Bereich allein zu investieren, wenn diese Aufgabe bereits von jemand anderem übernommen wurde bzw. übernommen werden könnte. Diesem individuellen Kalkül folgend besteht die Gefahr, dass letztlich keine Krankenkasse hierfür zahlt. Um eine hieraus folgende Unterversorgung zu vermeiden, übernimmt an dieser Stelle der "Staat" (bzw. die einzelne Kommune) subsidiär Verantwortung für die Kapazitätsvorhaltung. Dieser kann anschließend entscheiden, ob nur die betroffene Wohnbevölkerung oder alle Steuerzahler (bzw. im Fall der Krankenkasse: alle Versicherten) an den Kosten zu beteiligen sind. Im Sinne einer fiskalischen Äquivalenz und regionalen Subsidiarität ist es durchaus begrüßenswert, die Einwohner vor Ort (als regional abgrenzbare Gruppe, die von einem zusätzlichen medizinischen Angebot profitiert) zur Finanzierung von über die Grundversorgung hinausgehenden Angeboten heranzuziehen. Nachteil dieses Eingreifens des Staates ist jedoch, dass die Versicherer dies antizipieren könnten und somit von vornherein nicht gewillt sein werden, selbst die Versorgungsstrukturen aufzubauen. Die Wirkung des Wettbewerbs als Kontroll- und Entdeckungsverfahren wird umso mehr ausgehöhlt, je stärker der Staat in die Leistungsplanung eingreift (Zerth 2005).

Die Rolle des Staates in diesem Wettbewerbsmodell wäre eine veränderte, wenngleich nicht minder wichtige: Planungskompetenzen der Länder bestünden 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

195 Trittbrettfahrerverhalten ist im Falle von Kollektivgütern in der Regel die "dominante Strategie". Wenn sich alle Beteiligten für das Trittbrettfahren entscheiden wird das Kollektivgut letztlich nicht im Markt erstellt, weshalb der Staat die Bereitstellung übernehmen muss (und dies durch Steuern finanziert).

in absehbarer Zeit abschmelzen zu lassen und gleichzeitig die relative Attraktivität bislang unterversorgter Gebiete zu erhöhen (Greiner 2011; Paquet 2011).

Zwischenfazit

346. Bereits im Jahr 2007 stellte der Sachverständigenrat fest, dass der § 116b SGB V die ambulante Versorgung für hoch spezialisierte Leistungen und seltene Erkrankungen durchaus im Sinne einer Kompetenzbündelung regelt (GA 2007, Ziffer 52), die durch die zu erwartenden größeren Verbünde noch weiter steigerungsfähig sei. Auch in früheren Gutachten sprach sich der Rat für eine partielle Öffnung von Krankenhäusern vor allem für hochspezialisierte Leistungen und auf Gebieten mit schnellem Wissensfortschritt aus (GA 2003, Ziffer 939). Der Rat benannte einige Indikationen, bei denen der in Kompetenzzentren gebündelte Einsatz sehr spezifischer ärztlicher Fähigkeiten sinnvoll ist, um den Patienten qualitative Vorteile einer hochspezialisierten Versorgung zukommen zu lassen.¹⁹⁶ Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im Bereich komplexer Krankheitsbilder ist auch weiterhin zu empfehlen. In Fällen, in denen es sinnvoll erscheint, eine im Krankenhaus begonnene komplexe Behandlung auch dort ambulant weiterzuführen, sollte die Entscheidung über den weiteren Versorgungsweg nicht ausschließlich anhand starrer Sektorabgrenzungen vorgenommen werden.

347. Im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung ist zu erwarten, dass große und integriert tätige Leistungserbringer die beschriebenen Spezialisierungs-, Verbund- und Größenvorteile einer konzentrierten Leistungserbringung generieren könnten (siehe Ziffer 299). Es ergeben sich große Potenziale aus der örtlichen Bündelung spezifischer personeller, struktureller und organisatorischer Ressourcen. Dies umfasst auch die interdisziplinäre Vernetzung des medizinischen Fachpersonals oder die wirtschaftliche Vorhaltung der erforderlichen Infrastruktur (Meier et al. 2010). Krankenhäuser werden die erforderlichen personellen, baulichen und apparativen Investitionen in die ambulante Leistungserbringung vor allem dann leisten, wenn diese Optionen langfristig genutzt werden können und nicht – wie im Fall von Ermächtigungen – kurz- bis mittelfristig wieder entfallen könnten (Dünnwald 2010).

Andererseits könnten sich höhere privat zu tragende Nutzerkosten (wie Fahrtkosten, Zeitaufwendungen etc.) durch die räumlich gebündelte Leistungserbringung ergeben. Jedoch ist vor allem aus Perspektive der Versorgungsqualität nicht zu rechtfertigen, die Bündelung medizinischer Expertise über Sektorengrenzen hinweg zu behindern. Hierfür dürfte der Patient bereit sein, einigen Reiseaufwand in Kauf zu nehmen. In diesem Sinne war das VÄndG ein wichtiger Schritt, da Vertragsärzte hierdurch mittlerweile als Angestellte im Krankenhaus tätig sein können. Dies sollte konsequenterweise auch in die andere Richtung intensiviert werden, sodass Klinikärzte mehr und mehr ambulant tätig sein dürfen (Dünnwald 2010).

348. Wie im Bereich krankenhauseigener MVZ (siehe Ziffer 375) besteht jedoch auch im Falle der spezialfachärztlichen ambulanten Vor- und Anschlussbehandlung die Gefahr gesteuerter Einweisungen. Die kartellrechtliche Überwachung bzw. eine Überprüfung der Zuweisungen zwischen ambulanten und stationären Einheiten eines einzigen Anbieters durch die Krankenkassen ist

¹⁹⁶ Genannt werden die Bereiche der Onkologie (SG 1995, Ziffern 251ff.), der komplizierten, progredienten endokrinen Orbitopathie (SG 1997, Ziffer 186), der Wachstumshormonsubstitution (SG 1997, Ziffern 244ff.), der Muskelkrankheiten (SG 1997, Ziffer 190) oder der Hämophilie (SG 1997, Ziffer 225), die sich zum Teil in der aktuellen Auflistung des §116b SGB V wiederfinden.

unerlässlich. Langfristig könnten außerdem (im Idealfall selektivvertraglich vereinbarte) Pauschalvergütungen für Leistungspakete der integrierten Leistungserbringer helfen, eine gesamtwirtschaftlich effiziente Aufteilung der Leistungserbringung herzustellen (Rürup et al. 2009; GA 2007, Ziffer 285). In einem solchen selektivvertraglichen System bliebe der juristisch schmale Grad zwischen aus Versorgungsaspekten durchaus gewünschter Kooperation und Koordination der Behandlung auf der einen Seite und wettbewerbsrechtlich problematischem Einweisungsverhalten auf der anderen Seite letztlich der Vertragsgestaltung durch die Krankenkassen überlassen, die vermutlich schon aus eigenem Interesse problematische Gestaltungen auf Leistungserbringerebene verhindern wollen.

Der Wettbewerbsvorteil der Kliniken bzgl. des Erstzugriffs auf Patienten durch die am Anfang der Behandlungskette stehende Aufnahme wird auch in den Regelungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes thematisiert: Krankenhäuser sollen insbesondere bei onkologischen Erkrankungen nicht völlig frei entscheiden, welche Patienten sie selbst weiter betreuen und welche in den niedergelassenen Bereich übergeben werden, sondern Kooperationsvereinbarungen mit vor Ort befindlichen Niedergelassenen schließen. Wie genau diese Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Onkologen wirken werden, kann derzeit noch nicht abgeschätzt werden. Die heutige Situation mit einer Vielzahl von Konkurrentenklagen vor allem im Bereich der Onkologie lässt jedoch vermuten, dass eine Auflösung des Konflikts hier nicht zu erwarten ist und weiterhin (ggf. gerichtlich ausgetragener) Dissens herrschen wird.

349. Zusammenfassend wurden durch die Einführung des einheitlichen Rechtsrahmens 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.

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. So fehlt es den Krankenkassen an einem Instrumentarium, ggf. medizinisch nicht angebrachten Mengenausweitungen entgegenzuwirken. Selektivvertragliche Möglichkeiten gilt es auch aus diesem Grund zu stärken und es bedarf praktikabler Bereinigungsregelungen, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden.

Viele der Argumente sprechen eher für eine Leistungserbringung in großen und integriert tätigen Einheiten. Neben Krankenhäusern kommen hierfür auch große ambulante Einrichtungen wie MVZ, Verbünde besonders qualifizierter Vertragsärzte oder große Schwerpunktpraxen in Frage. Denkbar wären auch freiwillige Kooperationsvereinbarungen innerhalb ortsansässiger Zusammenschlüsse von Niedergelassenen und Krankenhäusern.¹⁹⁷

197 Neben einer Teilzeitanstellung des Niedergelassenen im Krankenhaus gemäß VÄndG (oder auch der Beauftragung des Niedergelassenen durch das Krankenhaus) kommen hierfür ebenso gemeinsame Geräte- und Raumnutzungen, gemeinsame Sprechstunden, Qualitätszirkel oder gemeinsame Standards bzgl. der Behandlung und telemedizinischer Konzepte/EDV in Frage.

6.4 Zielorientierter Wettbewerb im Bereich des ambulanten Operierens

Derzeitige Marktsituation

350. Bereits seit Anfang des Jahres 1993 eröffnet der § 115b SGB V Krankenhäusern die Möglichkeit, ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe vorzunehmen. Nach einigen Modifikationen der Rahmenordnung sieht der § 115b SGB V derzeit vor, dass der GKV-Spitzenverband, die DKG (oder die Bundesverbände der Krankenhausträger) und die KBV gemeinsam einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Maßnahmen vereinbaren sowie einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte bestimmen. Dieser dreiseitige Vertrag über ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag) benennt die ambulant durchführbaren Operationen und Eingriffe sehr konkret und abschließend. Die Vereinbarung regelt alle räumlich-technischen, personellen, organisatorischen und instrumentellen Voraussetzungen, die vollständig erfüllt sein müssen, damit die Leistungen erbracht werden dürfen (Rüggeberg 2006). Hierbei wird allerdings unterschieden zwischen a.) Leistungen, die in der Regel ambulant zu erbringen sind (so genannte Sternchen-Leistungen) und b.) Leistungen, die ambulant oder stationär durchgeführt werden können¹⁹⁸ (Roeder et al. 2004; Zimmermann 2007).

Die Zulassung eines Krankenhauses zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen (und stationersetzenden Eingriffe) nach § 115b SGB V ist durch einfache Mitteilung an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die KV und den Zulassungsausschuss möglich.¹⁹⁹ Diese Meldung muss jedoch die konkreten Operationen benennen und ist nur für Bereiche möglich, in denen das Krankenhaus auch stationäre Leistungen erbringt. Das Gebiet der ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffe im Krankenhaus ist frei von jeder Bedarfsplanung durch den Zulassungsausschuss, auch gibt es keine Budgets bzw. Mengenbegrenzungen. Die Leistungen des Krankenhauses werden unmittelbar von den Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung der Vertragsärzte vergütet. Zusätzlich zur ambulanten Operation selbst können auch noch weitere Abrechnungspositionen des EBM herangezogen werden, wenn diese Leistungen im Zusammenhang mit einem Eingriff nach § 115b SGB V notwendig sind (siehe §§ 4 bis 6 AOP-Vertrag). Seit dem Jahr 2006 werden die Leistungen des ambulanten Operierens auch für Niedergelassene außerbudgetär und unbegrenzt vergütet. Kurzzeitig wurde jedoch für den Vertragsarztbereich eine Begrenzung dieser extrabudgetären Leistungen vorgegeben, die allerdings seit 2012 wieder aufgehoben ist. Die Vergütung erfolgt einheitlich für Vertragsärzte und Krankenhäuser nach (Euro-)EBM.

351. Im Jahr 2009 wurden insgesamt etwa 1,81 Millionen Operationen ambulant im Krankenhaus erbracht (Abbildung 29). Im Vergleich zum Jahr 2002 hat sich die Zahl damit mehr als verdreifacht, wenngleich sich dieses Wachstum in den letzten Jahren deutlich abgeschwächt hat (siehe

¹⁹⁸ Darüber hinaus besteht noch ein dritter Bereich: Dies sind kleine operative Eingriffe, die ausschließlich von Niedergelassenen erbracht werden. Diese sind nicht im Katalog zu §115b SGB V enthalten, sodass eine Leistungserbringung durch Krankenhäuser gar nicht möglich ist (Lüngen 2007).

¹⁹⁹ Die ambulante Operation zeichnet sich dadurch aus, dass der Patient die Nacht vor und die Nacht nach der Operation nicht im Krankenhaus verbringt. Wird eine stationäre Aufnahme z. B. aufgrund von Komplikationen erforderlich, handelt es sich nicht mehr um eine ambulante Behandlung. Definitionen sind international jedoch häufig different und von den jeweiligen nationalen Gesetzgebungen determiniert (Rüggeberg 2006).

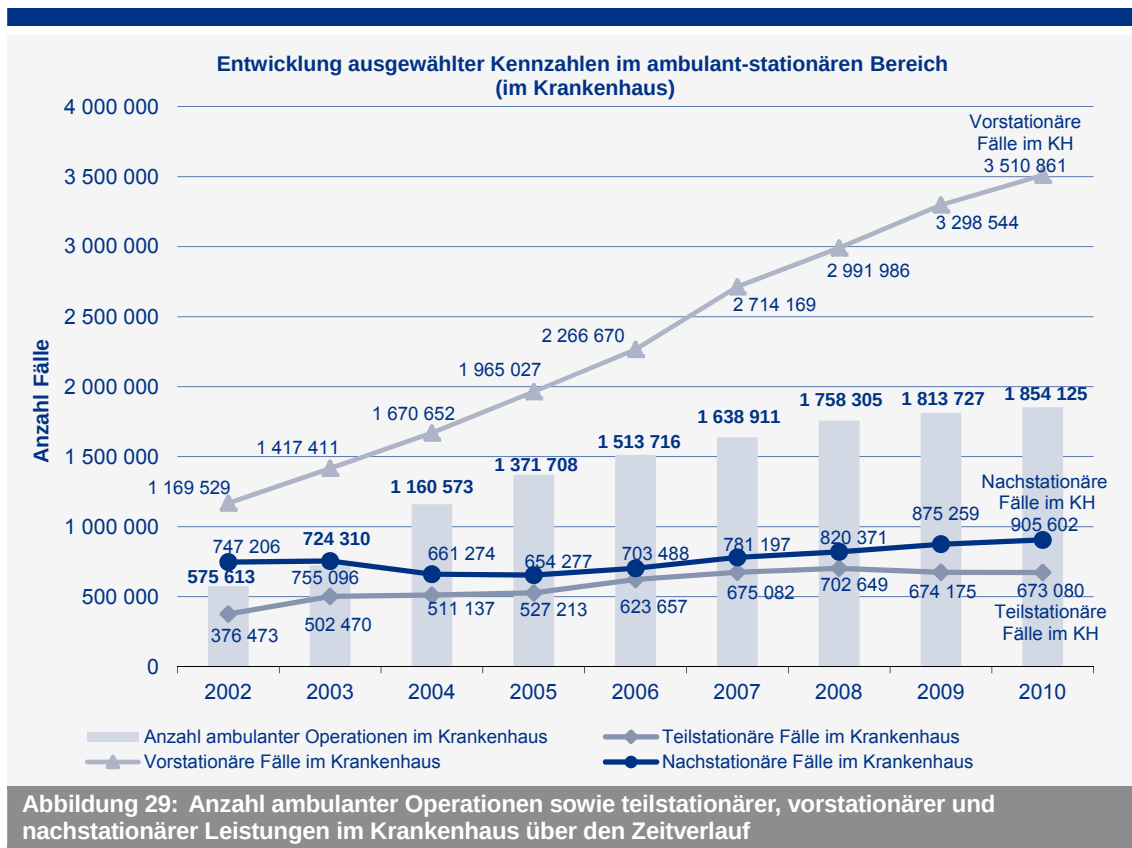
hierzu auch Unterkapitel 6.1). Die Fallzahlen sind von Jahr zu Jahr kontinuierlich angewachsen, hervorzuheben ist aber der starke Zuwachs von 2003 zu 2004 um über 400 000 Fälle allein in einem Jahr. Ursache hierfür waren u. a. Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen: Den Krankenhäusern wurde hier erstmals vorgegeben, welche konkreten Leistungen fortan in der Regel ambulant zu erbringen sind. Nur in Ausnahmefällen und unter fundierter Begründung sind diese Leistungen weiterhin stationär abrechenbar, dies entsprach einer Beweislastumkehr zu Lasten des Krankenhauses. Kann das Krankenhaus nicht einen der in den Anlagen zum AOP-Vertrag definierten Tatbestände geltend machen, so ist eine stationäre Leistungserbringung nicht möglich. Neben rein medizinischen Gründen werden hier auch soziale Faktoren wie Kommunikationsmöglichkeiten oder die Frage nach der Sicherstellung der Versorgung im häuslichen bzw. familiären Umfeld angeführt (Roeder et al. 2004; Zimmermann 2007). Letztlich obliegt die Entscheidung darüber, ob eine Leistung ambulant oder stationär durchgeführt wird, dem behandelnden Arzt. Dieser hat zu prüfen, ob der Gesundheitszustand des einzelnen Patienten eine ambulante Operation zulässt (§ 2 AOP-Vertrag). Die Entscheidung ist dabei so zu dokumentieren, dass sie einer anschließenden externen Prüfung standhalten kann. So ist insbesondere die Abgrenzung ambulanter Operationen vom Bereich der stationären Kurzzeitchirurgie Gegenstand intensiver Abrechnungsprüfungen.

Für den niedergelassenen Bereich liegen nur sehr begrenzt Daten zur Verbreitung ambulanter Operationen vor. Ursache sind fehlende gesetzliche Vorgaben zur Erfassung und Aufbereitung derartiger Zahlen. Die wenigen verfügbaren Zahlen deuten jedoch darauf hin, dass trotz des großen Zuwachses bei den Krankenhäusern immer noch der Großteil der ambulanten Eingriffe im Niedergelassenenbereich stattfindet. So berichten Klose und Preuß für das Jahr 2004 von jährlich vier Millionen ambulanten Operationen, die nicht im Krankenhaus erbracht wurden und bemerken für den Zeitraum von 1996 bis 2004 eine weitgehend konstante Anzahl (Klose/Preuß 2006). Einen weiteren Hinweis auf die Verteilung der Leistungen zwischen den Sektoren geben die Ausgaben der GKV in diesem Bereich.

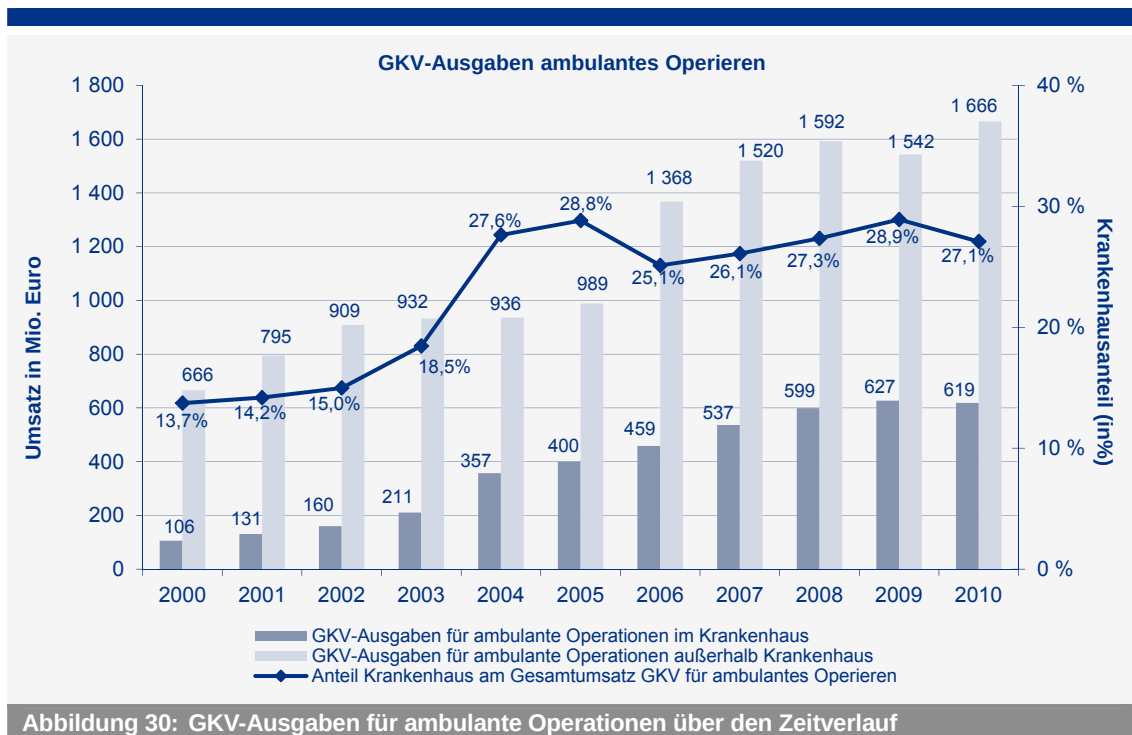
Wie der Abbildung 30 zu entnehmen ist, entstanden der GKV im Jahr 2010 Ausgaben in Höhe von knapp 2,28 Milliarden Euro für Leistungen des ambulanten Operierens (hiervon ca. 619 Millionen Euro bzw. 27,1 % im Krankenhaus). Damit stellt diese Form der Leistungserbringung die finanziell mit Abstand bedeutsamste Ausgabenposition an der ambulant-stationären Schnittstelle dar.

Die oben beschriebenen Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen zeigen sich auch in Form großer Ausgabenzuwächse ab dem Jahr 2003 im Krankenhausbereich, was darüber hinaus mit einer deutlichen Steigerung des Krankenhausanteils an den Gesamtausgaben für ambulante Operationen verbunden war. Zumindest für den begrenzten Zeitraum von 2003 bis 2005 kann von einer Substitution vollstationärer Behandlungsfälle ausgegangen werden: Während sich die Ausgaben und Fallzahlen ambulanter Operationen im Krankenhaus nahezu verdoppelten, nahm die Zahl vollstationärer Aufenthalte leicht ab (siehe vorne Ziffer 291).

Bemerkenswert ist überdies der Ausgabenzuwachs vom Jahr 2005 zum Jahr 2006 außerhalb des Krankenhauses (+ 38 %). Als Begründung kommen Änderungen in den Leistungsdefinitionen des EBM, aber auch die in diesen Zeitraum fallende GKV-weite Freigabe dieser Leistungen als außerbudgetär abrechenbar in Betracht. In der Summe dieser Entwicklungen ist ein kontinuierliches und deutliches Wachstum der Ausgaben zu beobachten, welches sich in den letzten Jahren abgeschwächt hat. So war von 2008 zu 2009 sogar erstmals ein leichter Rückgang der Ausgaben für ambulante Operationen zu beobachten. Der Anteil der Krankenhäuser an den Gesamtausgaben ist dabei seit dem Jahr 2004 recht konstant bei knapp unter 30 %.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes 2012b



Quelle: Eigene Darstellung nach BMG 2011, KJ1-Statistiken, Konten 401 und 462

352. Im Jahr 2010 erbrachten insgesamt 1 264 der 2 064 deutschen Krankenhäuser (61,2 %) ambulante Operationen gemäß § 115b SGB V.²⁰⁰ Die Anzahl der teilnehmenden Häuser ist seit einigen Jahren annähernd konstant. Bei insgesamt steigenden Fallzahlen bedeutet dies ein kontinuierliches Wachstum der Fallzahl je teilnehmendem Krankenhaus, im Jahr 2010 waren es durchschnittlich 1 467 Fälle je Einrichtung. Die genaue Entwicklung ist der Tabelle 22 zu entnehmen. Je größer ein Krankenhaus ist (gemessen nach Bettenzahlen), desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass es ambulante Operationen nach § 115b SGB V anbietet. So erbringen weit über 90 % aller Häuser mit über 500 Betten Leistungen dieser Art. Die Ergebnisse der eigenen Befragung des Sachverständigenrates bestätigen diese Zahlen (siehe hierzu Ziffer 330).²⁰¹

Auffällig ist zudem, dass vor allem die großen Krankenhäuser hohe durchschnittliche Fallzahlen erbringen. So sind es über 4 500 Patienten jährlich in Krankenhäusern mit mehr als 800 Betten (siehe Tabelle 23). Obgleich diese insgesamt 90 Einrichtungen nur 4,4 % aller Krankenhäuser ausmachen, werden hier immerhin 21,9 % aller ambulanten Operationen und stationersetzenden Leistungen erbracht.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ambulante Operationen im Krankenhaus	575 613	724 310	1 160 573	1 371 708	1 513 716	1 638 911	1 758 305	1 813 727	1 854 125
Zahl der an ambulanten Operationen teilnehmenden Krankenhäuser	1 059	1 125	1 260	1 296	1 314	1 309	1 303	1 290	1 264
durchschnittliche Fallzahl je teilnehmendem Krankenhaus	544	644	921	1 058	1 152	1 252	1 349	1 406	1 467

Tabelle 22: Anzahl ambulanter Operationen im Krankenhaus, Zahl teilnehmender Krankenhäuser sowie Fallzahlen je Haus (im Zeitverlauf)

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes 2012b

200 Darunter fallen alle ambulanten Operationen, die das Krankenhaus selbst durchführt. Ambulante Operationen, die von ermächtigten Ärzten, Vertragsärzten oder Belegärzten durchgeführt werden und die nicht im Katalog der ambulanten Operationen gem. § 115 b SGB V enthalten sind, sind zusätzliche ambulante Operationen und werden hierbei nicht gezählt.

201 Im Rahmen dieser Befragung berichteten für Ende des Jahres 2010 79,4 % aller Krankenhäuser ab 50 Betten, dass sie ambulantes Operieren betreiben (in den Daten des Statistischen Bundesamtes sind es 72,6 % der Häuser über 50 Betten). Die Befragung bestätigt zudem die häufigere ambulante Operationstätigkeit mit zunehmender Größe der Einrichtung als signifikant: Hier sind es ebenfalls über 90 % der Krankenhäuser mit mehr als 500 Betten.

	Kranken- häuser insgesamt	Krankenhäuser, die ambulante Opera- tionen nach § 115b SGB V erbringen	Fallzahl insgesamt	Anteil teil- nehmender Krankenhäuser	Durchschnittliche Fallzahl je teilnehmendem Krankenhaus
Krankenhäuser mit 0 Betten*	61	3	807	4,9 %	269
Krankenhäuser mit 1 bis 49 Betten	372	77	79 358	20,7 %	1 031
Krankenhäuser mit 50 bis 99 Betten	274	87	38 664	31,8 %	444
Krankenhäuser mit 100 bis 149 Betten	268	166	108 507	61,9 %	654
Krankenhäuser mit 150 bis 199 Betten	200	154	130 122	77,0 %	845
Krankenhäuser mit 200 bis 299 Betten	302	247	268 160	81,8 %	1 086
Krankenhäuser mit 300 bis 399 Betten	204	173	251 000	84,8 %	1 451
Krankenhäuser mit 400 bis 499 Betten	142	123	242 587	86,6 %	1 972
Krankenhäuser mit 500 bis 599 Betten	82	78	166 997	95,1 %	2 141
Krankenhäuser mit 600 bis 799 Betten	69	67	162 361	97,1 %	2 423
Krankenhäuser mit mehr als 800 Betten	90	89	405 562	98,9 %	4 557
Krankenhäuser insgesamt	2 064	1 264	1 854 125	61,2 %	1 467

Tabelle 23: Anzahl und Fallzahlen bei Krankenhäusern, die ambulante Operationen nach § 115b SGB V erbringen (im Jahr 2010)

* reine Tages- oder Nachtkliniken mit ausschließlich teilstationärer Versorgung

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes 2012b

353. Bezüglich der Indikationen der durchgeführten Eingriffe liegen derzeit nur sehr wenige Informationen vor. Eine Studie aus dem Jahr 2004 stellt fest, dass etwa drei Viertel aller im Krankenhaus erbrachten ambulanten Operationen auf die Fachabteilungen Chirurgie, Gynäkologie und Augenheilkunde entfallen (DKI 2004). Für den Bereich der Niedergelassenen ist ebenfalls für das Jahr 2004 bekannt, dass hier die Chirurgie, die Augenheilkunde sowie die Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten zusammen fast zwei Drittel aller ambulanten Operationen ausmachten. Erst mit deutlichem Abstand folgen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Frauenheilkunde, Orthopädie und die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Klose/Preuß 2006).

354. Neben medizinischen Potenzialen durch die Minderung von Komplikationen, geringere körperliche und psychische Belastungen des Patienten und hohe Patientenzufriedenheit (KV Bayern 2010; Lungen/Lauterbach 2004) bergen ambulante Operationen im Vergleich zu vollstationären Aufhalten auch aus finanzieller Perspektive einige Potenziale.

Eine Studie aus dem Jahr 2010 unternimmt eine ökonomische Gegenüberstellung des ambulanten Operierens und der vollstationären Erbringung derselben Leistung aus Perspektive der für die Krankenkassen entstehenden Kosten für diese Kurzzeitleistung. Hierfür wurden 25 ambulant und stationär zu erbringende Eingriffe verschiedenster Indikationen bei Patienten zwischen 25 und 60

Jahren ausgewählt, denen auf Basis des Operationen und Prozeduren-Schlüssels (OPS) mit ausreichender Wahrscheinlichkeit eine DRG-Fallpauschale zugeordnet werden konnte. Verglichen wurden die den Eingriffen am wahrscheinlichsten zuzuordnenden DRGs (ohne Komplikationszuschläge o. ä.) mit der Vergütung des „Modellfalls“ als ambulante Operation (inkl. aller Sach- und Materialkosten etc.). Im Ergebnis zeigt sich für fast alle der untersuchten Operationen eine deutlich höhere Vergütung für den Fall einer Leistungserbringung im stationären Bereich. Ambulante Operationen sind in der Regel deutlich geringer vergütet als eine vergleichbare stationäre Aufnahme des Patienten. Die deutschlandweite Hochrechnung der identifizierten Differenzen kommt zu dem Ergebnis, dass (je nach Szenario) jährlich zwischen 25 und 515 Millionen Euro²⁰² eingespart werden könnten, wenn bislang stationär durchgeführte Behandlungen von nun an im Rahmen der Leistungserbringung nach § 115b SGB V erbracht würden. In fast allen der 25 betrachteten Indikationsgebiete besteht demzufolge Einsparpotenzial, soweit die niedrigeren Vergütungen pro Fall nicht durch höhere Fallzahlen kompensiert werden (Oberender und Partner 2010). Die Autoren gehen außerdem davon aus, dass weitere Reserven bestehen: Die Erweiterung der analysierten Prozeduren und Zielgruppen, noch nicht eingerechnete Potenziale größerer Einkaufsmacht bei den Materialkosten sowie der fortlaufende medizinisch-technische Fortschritt könnten das ohnehin schon identifizierte Einsparvolumen weiter erhöhen.

Wenngleich die absolute Höhe der in dieser Studie kalkulierten Einsparungen mit Vorsicht interpretiert werden sollte, geben diese Ergebnisse einen Hinweis auf das in diesem Feld bestehende Potenzial in Deutschland. Für die Zukunft sind weitere wissenschaftlich fundierte Berechnungen über Anzahl und monetäre Auswirkungen potenzieller Verlagerungseffekte vom stationären zum ambulanten Sektor (idealerweise je Indikation) notwendig. Insbesondere sollten dabei die totalen Fallkosten inklusive der ggf. erhöhten Aufwendungen für Vor- und Nachbehandlung des Patienten berücksichtigt werden.

355. Der internationale Vergleich des Anteils ambulanter Operationen an allen durchgeführten Operationen zeigt, dass der Verbreitungsstand in Deutschland vergleichsweise gering ist (Oberender und Partner 2010). So kommen Toftgaard und Parmentier (2006) zu dem Ergebnis, dass in Deutschland 60,7 % aller von den Autoren ausgewählten Operationen ambulant vorgenommen werden. Die Übersicht in Tabelle 24 zeigt, dass andere Länder Deutschland in diesem Gebiet weit voraus sind (vor allem USA, Kanada und die skandinavischen Länder). Auch wenn die Erhebungsmethodik, Definitionen, Kodierungen und Datenqualität zwischen den Ländern nicht immer vollständig vergleichbar sind, so weisen diese Ergebnisse durchaus auf große Unterschiede hin.

202 Die große Spannweite ergibt sich aus den Annahmen verschiedener Szenarien bzgl. der Anzahl von Patienten, die potenziell ambulant operierbar sind. Nicht variiert werden die Art der 25 ausgewählten Eingriffe (siehe oben) oder der Einsparbetrag je substituiertem Behandlungsfall.

Land	Anteil (bezogen auf zuvor definiertes Patientenkollektiv)
Kanada (Provinz Alberta)	83,8 %
USA (Medicare)	83,5 %
Dänemark	79,3 %
Australien	74,0 %
Niederlande	69,8 %
Belgien	69,0 %
Norwegen	68,0 %
Schweden	66,7 %
England	62,5 %
Finnland	62,4 %
Schottland	62,0 %
Deutschland	60,7 %
Spanien	54,0 %
Frankreich	44,9 %
Hong Kong	42,5 %
Italien	41,0 %
Portugal	18,5 %

Tabelle 24: Anteil ambulanter Operationen an allen Operationen (bezogen auf ein definiertes Vergleichskollektiv) im internationalen Vergleich

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten von Toftgaard/Parmentier 2006

In nahezu sämtlichen der 37 untersuchten Operationen zeigten sich große Unterschiede zwischen den Ländern (oftmals in etwa derselben Reihenfolge). Besonders auffällig sind dabei die Anteile im Bereich der Leistenbruch-Operationen: Während in den USA (84,1 %), Kanada (71,2 %) oder Dänemark (73,0 %) die Mehrheit aller Eingriffe in diesem Gebiet ambulant durchgeführt wird, sind es in Deutschland lediglich 6,0 %.

Diese Zahlen werden in der Tendenz durch Daten der OECD bestätigt: Für das Jahr 2007 zeigen sich bzgl. des Anteils ambulanter oder teilstationärer Tagesfälle an allen chirurgischen Eingriffen große Spannweiten von Ungarn (8,1 %) bis Kanada (65,8 %). Deutschland liegt wiederum im hinteren Mittelfeld bei einem Wert von 23,6 % (OECD 2011).²⁰³

Die differierenden Anteile zwischen den Ländern sind die Folge unterschiedlicher finanzieller, politischer sowie auch geographischer Ursachen. So ist neben den Anreizen durch die Vergütungs-

²⁰³ Bzgl. des deutschen Wertes ist allerdings aus methodischer Sicht zu beachten, dass einige Staaten (hierzu zählt auch Deutschland) lediglich Werte aus dem Krankenhausbereich berichten. Für Deutschland ist also von einer Unterschätzung der Zahlen auszugehen, da hier im internationalen Vergleich überdurchschnittlich viele der ambulanten Operationen von Niedergelassenen erbracht werden. Es gibt zudem eine Vielzahl weiterer methodischer Probleme hinsichtlich der Vergleichbarkeit der OECD-Daten: Die Prozentwerte beziehen sich auf elektive Eingriffe; teilweise beschränken sich die Länder auf nur einen chirurgischen Haupteingriff. Auch bestehen Unterschiede im Berichtsumfang: Einige Länder fokussieren sich ausschließlich auf invasive Eingriffe, andere geben auch diagnostische und therapeutische Verfahren an (OECD 2011; Busse/Wörz 2009).

gestaltung oder die Anzahl verfügbarer Betten bspw. für die USA zu vermuten, dass die Patienten aufgrund der in der Regel recht hohen Eigenbeteiligungen selbst zu einer ambulanten Durchführung des Eingriffs tendieren (Bröckelmann 2007).

356. Studien zur Präferenz der Patienten zeigen, dass der vergleichsweise geringe Anteil ambulanter Operationen in Deutschland kaum auf mangelnde Patientenzufriedenheit zurückzuführen ist. Verfügbare Studien kommen zu weitgehend positiven Ergebnissen (Khu et al. 2010; Lemos et al. 2009; March et al. 2006; KV Bayern 2010; Materazzi et al. 2007): So werden die Operationsergebnisse von 97,5 % der Befragten als "sehr gut" oder "gut" bezeichnet und auch weitere Zufriedenheitsmerkmale erreichen hohe Zustimmungswerte (Aufklärung, Information, post-operative Erreichbarkeit). Rund 95 % der Teilnehmer würden sich erneut einer ambulanten Operation unterziehen (KV Bayern 2010). Ambulant operierte Patienten zeigen insbesondere dann hohe Zufriedenheit, wenn die Behandlungsorganisation (z. B. wahrgenommen über die erlebte Wartezeit) sowie der Service der häuslichen Nachsorge organisiert erscheinen und den Patienten Mitsprache- bzw. Entscheidungsmöglichkeiten eingeräumt werden (March et al. 2006; Lemos et al. 2009). Neben diesen Studien zur isolierten Zufriedenheitsermittlung im Falle ambulanter Operationen liegen auch einige vergleichende Erhebungen vor, in denen ambulante Behandlungen mit entsprechenden stationären Leistungen verglichen werden: Zusammenfassend zeigen sich hier nur geringfügige Abweichungen bzgl. der Patientenzufriedenheit zwischen stationär und ambulant erbrachten Behandlungen. Allgemeine Zufriedenheit, Information, Schmerzerfahrung und Angstgefühle liegen bei beiden Behandlungsvarianten auf ähnlichem Niveau (Gardner et al. 2005; Tysome/Padgham 2006). Einschätzungen potenzieller Patienten zeigen hohe Zustimmungswerte bzgl. der Öffnung von Krankenhäusern für ambulante Eingriffe sowie eine Offenheit und Akzeptanz der Befragten für verschiedene Behandlungsalternativen. Vor allem die Erwartungen einer kontinuierlichen Behandlung, spezialisierten Personals und geringer Wartezeit werden mit einer ambulanten Behandlung am Krankenhaus assoziiert (Schwappach/Strasmann 2006; Weingessel et al. 2008).

Wettbewerbspolitische Diskussion

357. Wie im Bereich des § 116b SGB V bedarf es auch für die ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Maßnahmen eines einheitlichen Ordnungsrahmens, um einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern herzustellen. Zwar gibt der heutige AOP-Vertrag bereits vor, einheitliche Rahmenbedingungen im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen (AOP-Vertrag 2010). Trotzdem ist fraglich, inwieweit dieses Ziel derzeit tatsächlich erfüllt ist.

358. Wie schon bei den spezialfachärztlichen ambulanten Behandlungen gemäß § 116b SGB V werden auch im Bereich der ambulanten Operation Unterschiede bzgl. der Qualitätssicherungsrichtlinien kritisiert. So zweifeln einige Vertragsärzte bspw. daran, ob der Facharztstandard im Krankenhaus immer erfüllt werde (Lüngen/Lauterbach 2004). Allerdings ist in §§ 14, 15 AOP-Vertrag grundsätzlich geregelt, dass der Facharztstandard auch im Krankenhaus gilt und die im ambulanten Bereich geltenden Vorgaben zur Qualitätssicherung ebenfalls Anwendung finden. Laut AOP-Vertrag betrifft dies insbesondere die Durchführung von Hygienekontrollen sowie die Einhaltung der Strukturqualität und von Wiederholungsfrequenzen. Trotzdem kann davon ausgegangen werden, dass die sektoreigenen Qualitätssicherungssysteme für stationäre Leistungen des Krankenhauses auf die gesamte Organisation abstrahlen (z. B. in zentral genutzten Operationssälen). So ist das Vorliegen

verschiedener Ausgestaltungen zwar plausibel, doch ist der Verdacht weniger strenger Auflagen im Krankenhaus nicht nachzuvollziehen.

359. Eine weitere Ungleichheit ist auch hier bei den Einkaufspreisen zu beobachten. Dies gilt für die Preise von während der Behandlung verwendeten Arzneimitteln und Verbrauchsmaterialien genauso wie für Vergütungen angestellter Ärzte und Anschaffungskosten für Gebäude und Gerätschaften. Wie bereits ausgeführt wurde, handelt es sich dabei aber im wesentlichen nicht um einen Mangel des ordnungspolitischen Rahmens. 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. Das Ausscheiden ineffizienter Anbieter kann nur auf diese Weise erreicht werden.

360. Die Regeln zur Verwendung und Abrechnung innovativer Behandlungsmethoden (Erlaubnis- vs. Verbotsvorbehalt) sollten für den Bereich der ambulanten Operationen ebenfalls sektorenübergreifend einheitlich gestaltet werden. Bezogen auf die ambulanten Operationen ist allerdings festzuhalten, dass sowohl der niedergelassene Arzt als auch das ambulant tätige Krankenhaus die erbrachten Leistungen einheitlich nach EBM abrechnen. Einheitliche Leistungsdefinitionen und Abrechnungsregeln führen derzeit zu einem weitgehend fairen Wettbewerb. Vorteile für Krankenhäuser könnten sich jedoch dann ergeben, wenn Behandlungen in die (kurz- oder teil-) stationäre Leistungserbringung verschoben würden. Hier wäre eine Abrechnung innovativer Behandlungen möglich, sodass sich ungleiche Wettbewerbsbedingungen zu Lasten der vertragsärztlich tätigen Leistungserbringer ergäben.

361. Zwar gilt für die ambulanten Operationen nach § 115b SGB V, dass die Abrechnung einheitlich für Vertragsärzte und Krankenhäuser nach (Euro-)EBM erfolgt, doch entstehen kleinere Ungleichheiten aus im Detail doch unterschiedlichen Regelungen. Zum Beispiel erhalten die Krankenhäuser durch die direkte Abrechnung mit den Krankenkassen ihre Vergütung gemäß § 18 Abs. 4 AOP-Vertrag innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang, wohingegen die Vergütung einer Leistung im niedergelassenen Bereich in der Regel erst mit größerer Zeitverzögerung über die KV stattfindet. Auch bestehen kleinere Unterschiede in der Vergütung von Sachmitteln und im Bereich der Begleitleistungen, die im Zusammenhang mit Operationen erbracht werden (z. B. Röntgen, Sonographie etc.). Letztere sind in der Regel im Krankenhaus voll abrechenbar, wohingegen dies bei Niedergelassenen nur budgetiert möglich ist. Die vorhandenen kleineren Vergütungsunterschiede sollten zukünftig angeglichen werden. Eine Überführung von Leistungen des ambulanten Operierens in den neuen spezialfachärztlichen Bereich des § 116b SGB V könnte hier zu einer Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen führen und sollte (wie auch zunächst vom Gesetzgeber geplant) vorangetrieben werden.

Hinzu kommt die generelle Kritik an der staatlichen Investitionsfinanzierung des stationären Sektors, welche auch auf dessen ambulante Leistungserbringung abstrahlt. Möglich ist eine Quersubventionierung dieser neuen Geschäftsfelder durch Überschüsse aus dem stationären Stammgeschäft, die ohne die öffentliche Unterstützung eventuell nicht möglich gewesen wäre. Die staatliche Investitionsförderung führt genauso wie die Deckung ggf. anfallender Defizite durch öffentliche Träger zu Verzerrungen der relativen Preise zugunsten des stationären Bereichs. Es sei hier auf die Ausführungen zu den Wirkungen unterschiedlicher Investitionsfinanzierungsbedingungen bei der Erörterung der Leistungen nach § 116b SGB V verwiesen (siehe Ziffer 337). Sollte an der dualen Finanzierung festgehalten werden, so könnte der Wettbewerbsvorteil auch hier durch einen

(geringen) Abschlag der Vergütung einer ambulanten Operation im Falle der Leistungserbringung im Krankenhaus ausgeglichen werden.

Zwischenfazit

362. Es bedarf einer weiteren Vereinheitlichung des Ordnungsrahmens für ambulante Operationen, die sowohl von Niedergelassenen als auch von Krankenhäusern angeboten werden können. Dies umfasst, wie in allen anderen Leistungsbereichen an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Leistungserbringung auch, einheitliche Qualitätsstandards und -sicherungssysteme, gleiche Regelungen bzgl. der Verwendung und Abrechnung innovativer Behandlungsmethoden, vereinheitlichte Leistungsdefinitionen, eine monistische Investitionsfinanzierung auch für Krankenhäuser sowie einheitliche Regelungen bzgl. Bedarfsplanung, Zulassung und Budgetierung von ambulanten Leistungsmengen. Diese Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen wurde für den Bereich der ambulanten Operationen in den letzten Jahren schon recht konsequent verfolgt. In der Folge besteht heute tatsächlich ein ausgeprägter Wettbewerb zwischen den Anbietern. Eine Überführung von Leistungen in den neu gestalteten Leistungsbereich des § 116b SGB V könnte dies weiter befördern. Zu beachten sind allerdings zwei andere bedeutsame Aspekte:

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 aufgezeigten Fehlanreize in der Vergütungssystematik sind als wesentliche Ursache dieser Handlungen zu nennen. Die Vergütung stationärer Kurzzeitfälle liegt teilweise deutlich über der ambulanten Vergütung. Den Krankenhäusern entstehen hierdurch Anreize zur Auslastung von Kapazitäten im regulären stationären Bereich. 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 Abschläge (Oberender und Partner 2010). Die neue stärker pauschalierte Vergütungssystematik könnte dabei ähnlich dem DRG-System vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) auf Basis von Ist-Kosten entwickelt werden.

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.

363. Auch für die ambulanten Operationen ergeben sich Potenziale aus der örtlichen Bündelung spezifischer personeller, struktureller und organisatorischer Ressourcen. Eine interdisziplinäre Vernetzung des Fachpersonals und die ökonomische Vorhaltung erforderlicher Infrastruktur sind auf diese Weise möglich (Meier et al. 2010). Vorgaben oder Ungleichbehandlungen des Gesetzgebers hinsichtlich Vergütung, Finanzierungsprinzipien oder Qualitätsvorgaben etc. sind hingegen hinderlich, die intendierten Wettbewerbsprozesse auszulösen bzw. vorhandene Anfänge zu intensivieren. Vielmehr sollten auch hier wettbewerbliche Entdeckungs- und Selektionsprozesse wirken. Die Frage der Trägerschaft ist dabei von untergeordneter Bedeutung, die potenziellen Anbieter müssen sich einem offenen Wettbewerb mit anderen Kooperationsformen stellen. Die beschriebenen Potenziale können sich in jeder Form organisierter, ausreichend großer, vernetzter Einheiten herausbilden. Krankenhäuser, ambulante Großpraxen oder spezialisierte ambulante Operationszentren, wie die oftmals ausschließlich für ambulante chirurgische Eingriffe eingerichteten „ambulatory surgery center“ in den USA, sind Beispiele dafür. Derzeit ist jedoch unklar, zu welchem Anteil die Zuwächse an ambulanten Operationen in den vergangenen Jahren tatsächlich reguläre stationäre Aufenthalte substituiert haben. In den letzten Jahren war trotz einer deutlichen Zunahme der Fälle und Ausgaben für ambulante Operationen kein dauerhafter Rückgang der Fallzahlen im vollstationären Bereich zu beobachten.²⁰⁴ Eine wissenschaftliche Berechnung der ggf. stattfindenden Verlagerungseffekte (ausgewiesen nach verschiedenen Indikationen) könnte an dieser Stelle wertvolle Evidenz liefern.

6.5 Zielorientierter Wettbewerb im Bereich MVZ

Derzeitige Marktsituation

364. Gemäß § 95 Abs. 1 und Abs. 1a SGB V sind MVZ fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte verschiedener Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sein können. Sie können von zugelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen sowie von gemeinnützigen Trägern (die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen) gegründet werden. Die ärztliche Leitung muss dabei durch einen selbst im MVZ tätigen approbierten Arzt erfolgen. Die ärztliche Leitung ist in medizinischen Fragen keinerlei Weisung unterworfen. Ein MVZ durfte sich dabei lange Zeit aller Rechtsformen bedienen, mittlerweile sind die zulässigen Formen jedoch auf Personengesellschaften, eingetragene Genossenschaften und Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH) begrenzt, insbesondere die Rechtsform der Aktiengesellschaft ist nicht mehr gestattet. Die Zentren sind wie andere Praxisformen auch der ambulant-ärztlichen Bedarfsplanung

²⁰⁴ Einen interessanten Aspekt stellt allerdings die über die Jahre zu beobachtende Abnahme der Verweildauerreduktion dar (siehe Unterkapitel 6.1). In den letzten Jahren sank die durchschnittliche stationäre Verweildauer nur noch moderat. Ein möglicher Grund könnte in der stattfindenden Verlagerung leichter (ehemals stationär durchgeführter) Fälle in den ambulanten Sektor liegen. Die in der stationären Leistungserbringung verbleibenden Fälle wären in diesem Fall durchschnittlich von einer höheren Fallschwere geprägt, wodurch die Verweildauer einem gegenteiligen Effekt unterliegt und weniger stark absinkt als wenn diese leichten Fälle weiterhin stationär erbracht würden.

unterworfen, unterliegen also nahezu identischen Restriktionen wie ein Niedergelassener in übertensorgten Gebieten. Ein wesentlicher Unterschied ist jedoch die seit Jahresbeginn 2012 eingeführte vorrangige Berücksichtigung von Vertragsärzten (und vertragsärztlich betriebenen MVZ) bei der Übernahme eines Vertragsarztsitzes im Vergleich zu MVZ, welche nicht mehrheitlich in Trägerschaft von selbst im MVZ tätigen Vertragsärzten sind.

Bis Ende 2011 kamen neben Vertragsärzten und Krankenhäusern auch andere Leistungserbringer, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung teilnehmen, als Gründer eines MVZ in Betracht. Dies waren z. B. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Apotheker, Heil- und Hilfsmittelerbringer, ermächtigte Ärzte oder Psychotherapeuten. Mit Ausnahme der gemeinnützigen Trägerorganisationen und der erwähnten Dialysezentren sind letztere nun nicht mehr gründungsberechtigt, es gilt jedoch unabhängig von der Trägerschaft und Rechtsform ein umfassender Bestandsschutz für existierende Einrichtungen. Diese MVZ müssen allerdings ebenfalls die weisungsfreie ärztliche Leitung durch einen selbst im MVZ tätigen Arzt belegen.

Mit der Einführung von MVZ zu Beginn des Jahres 2004 verfolgte der Gesetzgeber vor allem das Ziel, im Bereich der ambulanten Leistungserbringung erweiterte Organisations-, Finanzierungs- und Innovationsmöglichkeiten zu eröffnen. Im Sinne eines Wettbewerbs der Ideen sollten die MVZ auch als Impulsgeber für die gesamte ambulante Versorgung dienen. So ist diese Aufgabe auch derzeit wohl noch bedeutsamer als der tatsächliche Versorgungsanteil mit nur geringen Marktanteilen (von Ausnahmen in einzelnen Lagen abgesehen). Derzeit arbeiten etwa sechs Prozent²⁰⁵ aller für die gesetzliche Krankenversicherung ambulant tätigen Mediziner in einem MVZ (Müller 2012).

365. Anfang des Jahres 2011 lag die Zahl der MVZ in Deutschland bei insgesamt 1.700, hinzu kommen noch weitere (Zweig-)Betriebsstätten dieser Einrichtungen, die in dieser Zahl noch nicht enthalten sind. Von Quartal zu Quartal zeigte sich ein recht schneller und kontinuierlicher Anstieg der Anzahl Medizinischer Versorgungszentren, wenngleich der Anteil an der gesamten Versorgung weiter niedrig ist. Gründungen finden sich sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum, obwohl die Mehrzahl aller MVZ in kernstädtischen Gebieten gegründet wurde. Laut Zahlen der KBV finden sich hier 45,9 % aller MVZ, 39,5 % der Einrichtungen befinden sich in Ober-/Mittelzentren und immerhin 14,5 % in ländlichen Gemeinden (KBV 2012b). Einer anderen Studie zufolge sind es im ländlichen Raum sogar 21,0 % zzgl. weiterer 22,4 % in kleinstädtischen Zentren des ländlichen Raums (Müller 2012). Die teilweise geäußerte Kritik einer Häufung von MVZ in Großstadtlagen kann anhand dieser Zahlen nur eingeschränkt bestätigt werden. Zwar sind MVZ eher in städtischen Lagen zu finden, doch zeigen die vorgenannten Zahlen, dass – neben den ohnehin ausgelösten Mitversorgungseffekten für das Umland – eine nicht zu vernachlässigende Versorgungsrelevanz auch für ländliche Gebiete besteht.

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 Hilfsmittelerbringer.²⁰⁶ Als Rechtsformen finden sich fast

205 Da in den Statistiken jedoch in der Regel nur „Arztköpfe“ gezählt werden und Teilzeit-Anstellungen hier nicht erfasst sind, kann von einer realen Versorgungsrelevanz von etwa 5 % ausgegangen werden. Genauere Statistiken liegen hierzu jedoch nicht vor (Müller 2012).

206 Mehrfachträgerschaften sind möglich: An einigen MVZ sind sowohl Vertragsärzte als auch Krankenhäuser und/oder sonstige Träger beteiligt. Aus diesem Grund ist die Summe dieser Zahlen größer als die Gesamtzahl aller 1 700 MVZ (Stand 1. Quartal 2011).

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 (KBV 2012b; KBV 2012c).

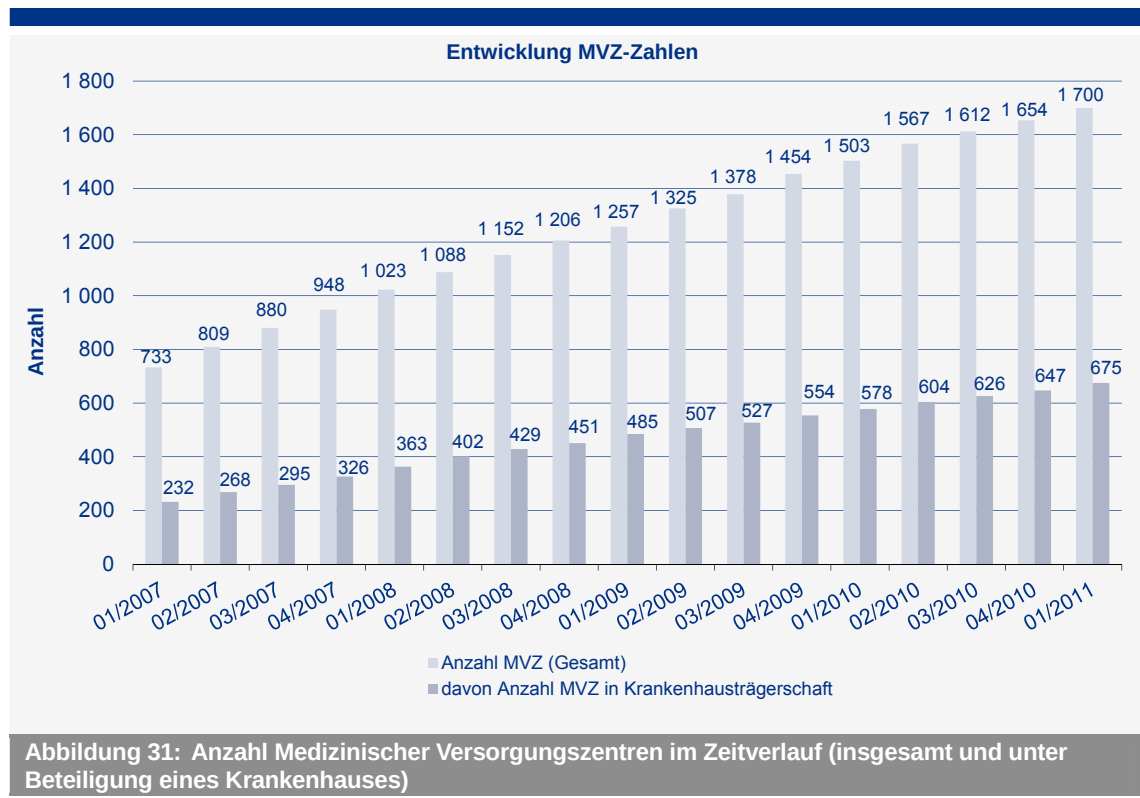
Laut einer Studie des DKI verfügte im Jahr 2009 knapp ein Viertel aller deutschen Krankenhäuser über mindestens ein MVZ, etwa die Hälfte davon nahm erst ab dem Jahr 2008 seinen Betrieb auf (DKI 2010). Im Rahmen der eigenen Befragung des Sachverständigenrates berichteten zum Jahresende 2010 sogar 42,0 % aller Krankenhäuser, dass sie ein MVZ betreiben oder zumindest an einem solchen beteiligt sind. Die Mehrheit der befragten Häuser plant außerdem zukünftig eine Ausweitung der eigenen MVZ-Aktivitäten. Vor allem größere Krankenhäuser betreiben häufig ein solches Zentrum, so sind es unter den Häusern ab 500 Betten sogar 69,3 % aller befragten Einrichtungen (und dagegen nur 22,9 % der Häuser mit weniger als 150 Betten) (siehe Ziffer 330).

Bemerkenswert ist außerdem, dass sich einer Studie des DKI zufolge auch unter den Krankenhausbetriebenen MVZ nur wenige wirklich große Einheiten befinden: Lediglich 16,5 % aller MVZ umfassen mehr als fünf verschiedene Fachrichtungen. Durchschnittlich wurden jährlich etwa 13 000 Fälle je Zentrum abgerechnet und der Erlös lag bei ca. 94 Euro pro Fall (DKI 2010). In der Summe macht die ambulante Leistungserbringung per MVZ damit derzeit nur einen kleinen Teil der jährlichen Krankenhausumsätze aus.

366. Von den insgesamt 8 969 in MVZ tätigen Ärzten ist die überwiegende Zahl, nämlich 7 657 Personen bzw. rund 85,4 % aller Ärzte, angestellt tätig. Ärzte im Anstellungsverhältnis finden sich somit nicht nur in Krankenhaus-MVZ, sondern zu einem großen Anteil auch in von Vertragsärzten betriebenen Einrichtungen. Die durchschnittliche Arbeitsgröße eines MVZ ist mittlerweile auf einen Wert von 5,3 Ärzten je Einrichtung angewachsen. Angaben des Jahres 2008 zufolge arbeiteten 49 % der MVZ mit nur 2 bis 3 Ärzten, 36 % mit 4 bis 6 Ärzten und lediglich 15 % mit einer größeren Arztzahl (KBV 2009).²⁰⁷ Die am stärksten vertretene Arztgruppe sind Hausärzte, gefolgt von Internisten, Chirurgen und Gynäkologen (KBV 2012b). Einer aktuellen Erhebung zufolge sieht sich mit 74,9 % die Mehrheit aller MVZ selbst überwiegend als Facharztzentrum bzw. Spezialversorger (wenngleich diese Einrichtungen teilweise auch hausärztlich tätig sind). Als hauptsächlich "Grundversorger" betrachten sich dagegen nur 18,5 % der MVZ (Müller 2012).

367. Einen Überblick über die Entwicklung der beschriebenen Werte geben die folgende Abbildung 31 und Tabelle 25. Zusammengefasst ist festzustellen, dass die Anzahl und durchschnittliche Betriebsgröße in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen sind, der Anteil der angestellt tätigen Ärzte anwächst und MVZ unter Beteiligung eines Krankenhauses relativ zunehmen.

²⁰⁷ Zusätzlich ist hier zu bedenken, dass sich diese Angabe stets auf die Anzahl der "Arztköpfe" bezieht, d. h. die Zahl der Zulassungen bzw. Arztsitze oder Teilzeitbeschäftigungen keine Rolle spielt.



Quelle: Eigene Darstellung nach KBV 2012a

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	01/2011
Anzahl MVZ gesamt	70	341	666	948	1 206	1 454	1 654	1 700
Krankenhaus-MVZ	10	84	210	326	451	554	647	675
Anteil Krankenhaus-MVZ	14,3 %	24,6 %	31,5 %	34,4 %	37,4 %	38,1 %	39,1 %	39,7 %
angestellte Ärzte	107	691	1 696	2 850	4 270	5 793	7 278	7 657
Vertragsärzte	144	601	928	1 156	1 266	1 334	1 332	1 312
durchschnittliche Arbeitsgröße	3,6	3,8	3,9	4,2	4,6	4,9	5,2	5,3

Tabelle 25: Verschiedene Kennzahlen zu Medizinischen Versorgungszentren im Zeitverlauf (außer 2011 jeweils zum Stand Ende eines Jahres)

Quelle: Eigene Darstellung nach KBV 2012a

368. Die räumliche Verteilung der Einrichtungen zeigt, dass die meisten Zentren in Bayern und Niedersachsen liegen, hierauf folgt mit Berlin bereits der erste Stadtstaat. Auch zeigen sich einige Auffälligkeiten bzgl. der Eigentumsverhältnisse an den Einrichtungen zwischen den einzelnen Ländern (siehe hierzu Abbildung 32): Während durchschnittlich 39,7 % aller MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern sind, liegt dieser Wert in den östlichen Bundesländern (48,4 % bis 66,3 %), Baden-Württemberg (57,8 %) und Schleswig-Holstein (61,9 %) deutlich höher. Vergleichsweise

geringe Anteile finden sich dagegen in den Regionen Nordrhein (26,2 %), Bayern (26,2 %), Hamburg (24,6 %) und Berlin (24,8 %) (KBV 2012b).

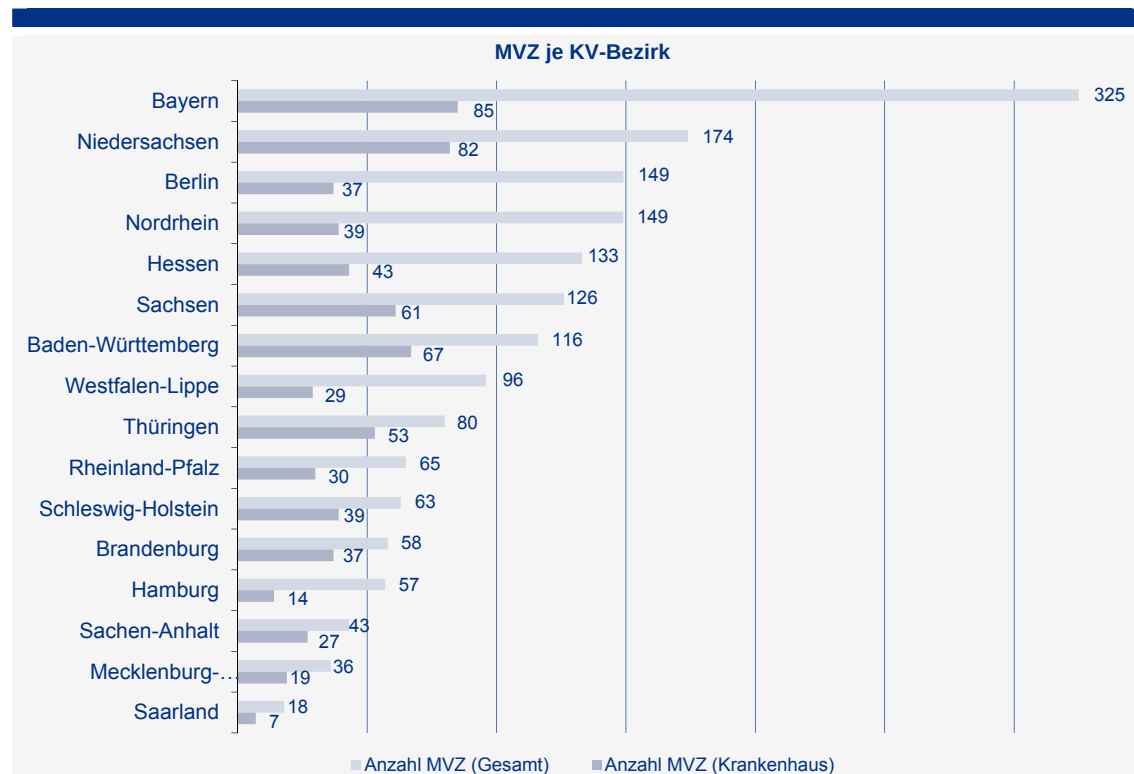


Abbildung 32: Anzahl Medizinischer Versorgungszentren je KV-Bezirk (Stand 1. Quartal 2011)

Quelle: Eigene Darstellung nach KBV 2012b

369. Die Gründung eines MVZ ist für Krankenhausträger zur Verbesserung der eigenen Wettbewerbsposition aus verschiedenen Gründen reizvoll: Dazu gehören zusätzliche Einnahmen außerhalb der Krankenhausbudgets, die Erhöhung von Deckungsbeiträgen durch Verlagerung vor- und nachstationärer Leistungen an das MVZ, eine bessere Abstimmung der Versorgungskette, Diversifizierung des Leistungsspektrums, Generierung von stationären Fällen, eine höhere Auslastung von Personal, Geräten und Räumlichkeiten, eine gesteigerte Arbeitgeberattraktivität und ein erleichterter Zugang zu integrierten Konzepten. Es ist allerdings zu vermuten, dass nicht alle heute von Krankenhäusern betriebenen MVZ eigenständig betriebswirtschaftlich profitabel arbeiten. Teilweise beobachtbare Probleme der Anfangszeit (wie zu teuer kalkulierte Einkaufspreise für aufzukaufende Arztsitze oder die Integration von Krankenhausärzten sowie ehemals Niedergelassenen in die neuen Strukturen) werden sich jedoch vermutlich nach und nach auflösen. In einem für Markneueinsteiger üblichen Lernprozess werden sich langfristig diejenigen Anbieter durchsetzen, denen die Bewältigung dieser Herausforderungen gelingt.

Dagegen reduzierten sich die Vorteile eines MVZ gegenüber einer (Groß-)Gemeinschaftspraxis für Vertragsärzte seit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes: Auch Niedergelassenen außerhalb von MVZ wurde die Anstellung anderer Ärzte ermöglicht, sofern keine Zulassungsbeschränkungen entgegenstehen. Die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und im Krankenhaus

sowie auch die Gründung einer Zweigpraxis wurden erleichtert (SG 2009, Ziffern 745ff.; Wille/Ulrich 2009). In der Folge sank der Anreiz für Niedergelassene, in ein MVZ einzutreten oder eines zu gründen. Dies ist ein weiterer Grund für den steigenden Anteil krankenhauseigener MVZ. Trotzdem bestehen auch für Vertragsärzte weiterhin Potenziale, die Anreize zur Gründung eines MVZ darstellen können. Diese sind aber weniger in den bereits beschriebenen Verbundeffekten vertikaler Integration zu sehen, sondern in vielfältigen Skaleneffekten.

Wettbewerbspolitische Diskussion

370. Die beschriebenen 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 (siehe Ziffer 299) 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.

Für 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 (Dünnwald 2010). Die Folge ist eine Produktivitätssteigerung aufgrund der Herausbildung von Spezialisten für bestimmte Aufgaben, sodass sich der Arzt auf die Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit konzentrieren kann. Auch angesichts des sich abzeichnenden Mangels von Fachkräften im medizinischen Bereich (siehe Unterkapitel 3.2) kommt der Ausnutzung dieser Potenziale eine große Bedeutung zu. 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. Hinzu kommt der Vorteil einer koordinierten sektorenübergreifenden Versorgung aus einer Hand, ggf. sogar durch eine einzige Person. Im MVZ ergeben sich insbesondere Potenziale bei der inhaltlichen Abstimmung der Versorgungskette, was auch einen regelmäßigen Personal- und Wissensaustausch beinhaltet. Vor allem letzterer Punkt ist dabei nicht nur aus wirtschaftlicher Perspektive von Relevanz: Auch Faktoren wie die Behandlungsqualität, die Zufriedenheit der Mitarbeiter oder die Sicherstellung ambulanter Versorgung können hierdurch verbessert werden.

371. Zu den Präferenzen der Patienten für und wider einer Behandlung im MVZ existieren derzeit nur sehr wenige wissenschaftliche Studien. Im Vergleich zur Behandlung in der klassischen ambulanten Arztpraxis bestehen jedoch Hinweise darauf, dass die Behandlungsqualität in einem MVZ von den Patienten als mindestens vergleichbar wahrgenommen wird. Einer Studie aus Deutschland zufolge sehen die Patienten Vorteile des MVZ vor allem in der Zusammenarbeit der Ärzte untereinander, außerdem vermuten sie einen höheren Informationsstand des ärztlichen Personals im MVZ bezüglich der aktuellen Behandlung und fühlen sich vom Arzt besser über Diagnose und Krankheit informiert (Haas 2011). Die in dieser Studie abgeleitete Präferenz zugunsten der MVZ wird in einer weiteren deutschen Studie bestätigt (Schulte/Schulz 2007), sollte jedoch unbedingt

noch weiteren Analysen unterzogen werden. Um eine Verzerrung der subjektiven Einschätzung zu vermeiden, sollten insbesondere nicht ausschließlich aktuelle MVZ-Patienten befragt werden und auch objektive Ergebnisse (z. B. auf Grundlage von Routinedaten) zur Behandlungsqualität die Bewertung ergänzen.

372. Vorteile einer abgestimmten, kontinuierlichen und integrierten Versorgung durch die Möglichkeit der ambulanten Leistungserbringung von Krankenhäusern liegen aus Sicht der Versorgungsgestaltung insbesondere in der Reduktion von Verweildauern und der Vermeidung unnötiger stationärer Aufenthalte. 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 Möglichkeit der 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 (Amelung/Cornelius 2009; Knieps/Amelung 2010).

373. Die Befürchtung, die Zulassung nicht-ärztlicher 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. Auch angestellte Ärzte in Krankenhäusern und MVZ sind freiberuflich tätig, da diese Begrifflichkeit auf die eigenständige fachbezogene Urteilsbildung des Arztes abstellt und nicht auf die Tätigkeit als selbständiger Unternehmer. Qualitative Aspekte der ärztlichen Aus- und Weiterbildung oder die Unabhängigkeit ärztlichen Handelns von Fremdbestimmung sollten keinesfalls in Frage gestellt werden. Selbstverständlich müssen sich die Betreiber eines MVZ dabei an die geltende Rechtslage halten, sodass ausschließlich hierzu zugelassene Ärzte Leistungen erbringen und abrechnen dürfen.

Gegen eine Eigentumsregulierung sprechen auch die bisherigen Erfahrungen mit durch Angestellte erbrachten ärztlichen Leistungen in (teils börsennotierten) Krankenhäusern. Die Vermutung einer Schlechterbehandlung des Patienten zugunsten einer trägerorientierten Gewinnmaximierung ist hier genau wie im ambulanten Bereich unangebracht (Dünnwald 2010). Auf ähnliche Weise wie im Krankenhaus könnte auch im MVZ sichergestellt werden, dass keine nichtärztlichen Interessen die ärztliche Unabhängigkeit unangemessen beeinflussen (Knieps/Amelung 2010).

374. 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. Fremdkapitalgeber können auch bisher schon Gesellschaftsanteile an Krankenhäusern erwerben. Es ist sogar denkbar, dass Investoren die Zulassungsbeschränkung für MVZ dadurch umgehen, dass sie ein Kleinstkrankenhaus allein aus dem Grund des dadurch möglichen Eintritts in den ambulanten Sektor erwerben. Auch der Ausschluss von Aktiengesellschaften ließe sich problemlos durch die Umwidmung bzw. Ausgründung der Gesellschaft in eine GmbH umgehen. Dies offenbart, wie wirkungslos die derzeitige Regelung zur Beschränkung der Eigentumsverhältnisse ist (Amelung/Cornelius 2009; Knieps/Amelung 2010), zumal zusätzlich verfassungsrechtliche bzw. EU-rechtliche Bedenken hiergegen bestehen.

MVZ schaffen die Gelegenheit, moderne Strukturen mit entsprechendem Investitionsbedarf im ambulanten Bereich zu ermöglichen und dafür auch die finanziellen Möglichkeiten einer Kapitalgesellschaft zu nutzen. Größere Einheiten sind in der Lage, Risiken bei der Leistungserstellung und dem Absatz besser zu kalkulieren, was auch die Kapitalbeschaffung erleichtert. Die allgemeine Gewerbe- und Investitionsfreiheit der Anbieter sowie das freie Verfügen über Ressourcen gelten als grundlegende Voraussetzungen des Wettbewerbs (siehe Ziffer 301). In der Beschränkung des freien Marktzutritts (dessen Vorliegen eine der wesentlichen Voraussetzungen eines funktionierenden Wettbewerbs ist) liegt eine Ungleichbehandlung, die weder versorgungspolitisch noch ökonomisch zu rechtfertigen ist und daher abgestellt werden sollte.

375. Zusammenfassend besteht eine ganze Reihe von Potenzialen durch Prozesse der vertikalen Integration im Bereich der MVZ. Andererseits sollten mit dieser Tendenz einhergehende Risiken nicht übersehen werden: Insbesondere besteht die Gefahr gesteuerter Einweisungen von Krankenhaus-MVZ in die eigene Klinik oder in die vor- und nachstationäre Betreuung nur im eigenen MVZ. Dies wäre auf der einen Seite zwar durchaus mit positiven Effekten verbunden, da sich auf diese Weise die beschriebenen Vorteile (verbesserte Abstimmung der Versorgung oder sinkende Transaktionskosten) entfalten können. Auf der anderen Seite besteht in einem solchen System jedoch immer die Gefahr monopolistischer Tendenzen, welche langfristig mit negativen Effekten verbunden sind. Es bedarf auch an dieser Stelle strenger kartellrechtlicher Überwachung zur Vermeidung regionaler Monopole. Der schmale Grad zwischen Nutzung und Ausnutzung der Verbund- und Skalenvorteile darf nicht überschritten werden. Zusätzlich zur kartellrechtlichen Kontrolle sollte weiterhin die Überprüfung von Einweisungen in stationäre Behandlungen durch Krankenkassen der Regelfall sein, ggf. sollte dies um die Überwachung auch der Überweisung in ambulante Versorgungsstrukturen erweitert werden.

Die Gefahr einer Doppelabrechnung des Krankenhauses bzw. die Attraktivität der Überweisung eines Patienten in das eigene MVZ wäre durchaus zu lösen: Hier bietet sich eine sektorenübergreifende, ggf. sogar populationsbezogene, Pauschalvergütung für bestimmte Leistungspakete der integrierten ambulant-stationär-tätigen Leistungserbringer an. Auf diese Weise wäre bspw. bei einem Krankenhaus mit angebundenem MVZ ein eigenes Interesse an einer auch gesamtwirtschaftlich effizienten Aufteilung der Leistungserbringung gegeben (GA 2007, Ziffer 391; Rürup et al. 2009).

Zwischenfazit

376. Die stärkere Reglementierung der Eigentumsverhältnisse von MVZ ist 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, 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 (Greiner 2011). Es ist jedoch fraglich, ob die derzeitige durchschnittliche Arbeitsgröße der bestehenden MVZ von etwa fünf Ärzten bereits ausreicht, um die beschriebenen Vorteile zu generieren. Das Spektrum ärztlicher Leistungen dürfte bislang in vielen MVZ kaum breiter gefächert sein als in den meisten fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen (SG 2009, Ziffer 749; Spieth 2007).

Die optimale Koordinationsform sollte letztlich durch die Versuchs- und Entdeckungsverfahren eines lebhaften Wettbewerbs bestimmt werden. Auch die Organisation der Versorgung in Form eines "Medizinischen Versorgungszentrums" ist dabei keineswegs vorgegeben. Die beschriebenen Potenziale können sich in jeder Form organisierter, großer, vernetzter Einheiten herausbilden. Zwar bieten vor allem Krankenhäuser viele Potenziale, doch müssen sich auch diese dem offenen Wettbewerb mit anderen Kooperationsformen stellen. Hierzu zählen Lösungen aus dem System der Kassenärztlichen Vereinigungen, Verbund- oder Zweigstellenmodelle unter rein ärztlicher Führung oder auch Erweiterungen des Leistungsspektrums unter Einbindung weiterer Leistungserbringer und -sektoren. Ein Ausschluss einzelner Koordinationsformen vom marktinhärenten Findungsprozess ist unter Wettbewerbsgesichtspunkten kontraproduktiv.

6.6 Zielorientierter Wettbewerb im Bereich belegärztlicher Leistungen

377. Gemäß § 18 KHEntgG sind Belegärzte nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die ihre Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme von hierfür bereitgestellten Diensten, Einrichtungen und Mitteln stationär oder teilstationär behandeln. Im Jahr 2010 waren 150 Krankenhäuser in Deutschland reine Beleghäuser, darüber hinaus verfügen auch andere Krankenhäuser über Belegbetten bzw. ganze Belegabteilungen.

Die Entwicklung der vergangenen Jahre zeigt einen leichten Rückgang der Belegarztzahlen und einen deutlichen Rückgang der aufgestellten Belegbetten. Wurden im Jahr 2003 noch 5,4 % aller Krankenhausbetten in Deutschland belegärztlich betreut, so waren es in 2010 nur noch 3,9 %. Auch die Fallzahlen sind seit Jahren rückläufig: Im Jahr 2010 waren es 828 110 Abrechnungsfälle bei Versicherten der GKV, wohingegen 2002 noch etwa 1,5 Millionen belegärztliche Fälle abgerechnet wurden (Statistisches Bundesamt 2011). Die meisten Belegärzte finden sich in den Bereichen HNO, Augenheilkunde, Frauenheilkunde, (Mund-Kiefer-Gesichts-)Chirurgie, Anästhesiologie, Urologie und Orthopädie. Räumlich sind die Belegärzte vor allem in Bayern (hier finden sich nahezu ein

Drittel aller Belegärzte) und Hessen vertreten, unterdurchschnittlich oft dagegen in den neuen Bundesländern (Statistisches Bundesamt 2012b und 2012c).

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Belegärzte in Krankenhäusern	6 498	6 598	6 442	6 334	6 435	6 235	6 168	6 010
Anzahl Belegbetten	29 242	27 850	27 090	23 903	22 902	21 795	20 792	19 818

Tabelle 26: Anzahl Belegärzte und Belegbetten über den Zeitverlauf

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes 2012b und 2012c

378. Bezüglich der Abrechnung belegärztlicher Leistungen bestehen aktuell mehrere Optionen: Zum einen existiert die klassische Variante, in der ein Belegarzt seine ärztliche Leistung per EBM von der Kassenärztlichen Vereinigung vergütet bekommt und das Krankenhaus für die nichtärztlichen Leistungen gesonderte belegärztliche Fallpauschalen und Zusatzentgelte abrechnen kann (§ 18 Abs. 2 KHEntgG). Zum anderen existiert seit einiger Zeit zusätzlich die Wahloption für Krankenhäuser, die belegärztliche Versorgung auf ein Honorarvertragssystem umzustellen (§ 18 Abs. 3 KHEntgG). Für die von Honorarbelegärzten behandelten Belegpatienten kann anstelle der speziellen Entgelte für Belegabteilungen die reguläre Hauptabteilungsfallpauschale anteilig zu 80 % abgerechnet werden. Die Vergütung des Belegarztes ist in diesem Fall im Binnenverhältnis zwischen Arzt und Krankenhaus per Verhandlung zu klären.

Durch die Möglichkeiten des VÄndG ist es über diese beiden Optionen hinaus außerdem denkbar, dass die belegärztliche Versorgung in eine Versorgung über die Hauptabteilung umgewandelt wird. Ein Krankenhaus könnte einen vormals belegärztlich tätigen Niedergelassenen per Honorarvertrag oder Teilzeitanstellung in die nicht-belegärztliche stationäre Behandlung einbeziehen. Zwar verliert der Niedergelassene bei dieser Option seinen Belegarztstatus, doch könnte hierdurch eine Abrechnung der vollen Hauptabteilungsfallpauschale ausgelöst werden. Die geringere Vergütung der Belegarztfälle kann so vermieden werden. Zwar bestehen an dieser Stelle einige rechtliche Bedenken (bspw. hinsichtlich der Zuweisung von Patienten gegen Entgelt, siehe Unterkapitel 7.5), doch sind diese Umwidmungen vormals belegärztlich behandelter Fälle vermutlich nicht immer erkennbar.

379. Die beschriebene Situation führt zu dem Ergebnis, dass vergleichbare Fälle derzeit unterschiedliche Vergütungsmechanismen auslösen können. Das bestehende Wahlrecht bietet den Beteiligten einen Anreiz, die für die jeweilige Situation lukrativere Variante zu wählen; problematisch ist auch die Abgrenzung von Belegfällen zu regulären vollstationären Fällen, die von einem teilzeitbeschäftigten oder honorarvertraglich verpflichteten Niedergelassenen erbracht werden.

Die geringere Vergütung von Belegpatienten (im Vergleich zur vollen Bewertungsrelation für Hauptabteilungen) wird mit der Selektion der belegärztlichen Behandlung auf ein weniger komplexes Patientenspektrum und geringere Verweildauern begründet (Roeder et al. 2008). Hier bedarf es weiterer wissenschaftlicher Untersuchung, wie und in welchem Ausmaß eine solche Selektion in den einzelnen Indikationen tatsächlich zu beobachten ist. Vermutlich ist die Ansetzung eines pauschalen 20 %-Abschlags über alle Indikationen hinweg nicht ausreichend differenziert und steht im Widerspruch zur gesonderten empirischen Kalkulation belegärztlicher DRGs durch das InEK.

Auf Basis empirischer Belege sollten für alle potenziellen Leistungserbringer einheitliche Bewertungsrelationen kalkuliert werden, die eine gleiche Vergütung gleichartiger Leistungen sicherstellen: Die Differenzierung der Bewertungsrelationen sollte an dieser Stelle sicherstellen, dass geringe Fallschweren zu geringeren Vergütungen und hohe Fallschweren zu höheren Vergütungen führen – unabhängig davon, ob ein Fall belegärztlich oder regulär stationär erbracht wird. Die Vergütung der ärztlichen Leistung wäre dann im Binnenverhältnis zwischen Krankenhaus und Arzt zu klären und sollte nicht von außen vorgegeben werden. Eine Verhandlungslösung – unter Wahrung kartellrechtlicher Überwachung – wäre auch an dieser Stelle die aus wettbewerbspolitischer Sicht adäquate Vorgehensweise. Nicht zwingend muss dabei das Krankenhaus die beherrschende Institution im Vertragsverhältnis sein. Es sollte genauso möglich sein, dass ein Zusammenschluss von Niedergelassenen als koordinierende Instanz Krankenhausräumlichkeiten und -infrastruktur anmietet, d. h. dem Krankenhaus eine Art Honorarvertrag gibt.

Im Ergebnis hätte sich die Idee einer sektorenübergreifenden Behandlung durch Niedergelassene im Rahmen stationärer Behandlung keinesfalls überlebt. Die derzeit bestehenden speziellen Zulassungs- und Abrechnungsvorschriften wären jedoch im Sinne eines Bürokratieabbaus verzichtbar. Eine einheitliche Vergütungsregelung innerhalb des DRG-Systems – unabhängig davon ob eine Leistung mit angestellten, Beleg- oder Honorarärzten erbracht wird – hätte auch den Vorteil, dass das Problem der zeitlichen Verzögerung von EBM-Abrechnungsmöglichkeiten für stationäre Behandlungsinnovationen obsolet wäre. Wichtig zu erwähnen ist hier, dass nicht einfach das Niveau der bisherigen Hauptabteilungsfallpauschalen ungeprüft auch auf vormals belegärztlich behandelte Fälle übertragen wird, sondern differenziert kalkulierte Bewertungsrelationen unterschiedliche Fallschweren zum Ausdruck bringen. Der im bisherigen Honorarvolumen vorgesehene Anteil für belegärztliche Tätigkeiten wäre in diesem Fall auf die Krankenhausbudgets zu verteilen.

6.7 Fazit und Empfehlungen

380. *Es bestehen Effizienzverluste durch bislang ungenutzte Substitutions- bzw. Verlagerungspotenziale zwischen stationärer und ambulanter Leistungserbringung.*

Die derzeitigen Optionen der ambulanten Leistungserbringung für Krankenhäuser unterscheiden sich stark hinsichtlich ihrer historischen Entstehung und dahinterliegenden Zielsetzung. Zulassungsregularien, Vergütung oder Qualitätssicherungsmaßnahmen weisen eine beachtliche Streuung auf. 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.

381. *Es bedarf eines sektorenübergreifenden, einheitlichen Ordnungsrahmens, um die Effizienzpotenziale an der Schnittstelle ambulant-stationär heben zu können.*

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 rechtliche Möglichkeiten bzgl.

der Einkaufsoptionen sowie einheitlichen Regelungen zur Zulassung und Budgetierung umfasst dies auch die Vereinheitlichung der Vergütung und der Investitionsfinanzierung.

382. *Die Frage der Trägerschaft und Rechtsform ist von untergeordneter Bedeutung.*

Die Rechtsform oder Trägerschaft der Leistungsanbieter erscheint für die Frage der Versorgungsqualität und -sicherheit ohne Relevanz. Es gibt keine empirische Evidenz, dass zur Erreichung einzelner versorgungspolitischer Ziele bestimmte Rechtsformen besser geeignet wären als andere.

383. *Vor allem große integriert tätige Einheiten von Leistungserbringern sind in der Lage, die spezifischen personellen, strukturellen und organisatorischen Ressourcen zu bündeln und so das vorhandene Rationalisierungspotenzial auszuschöpfen.*

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 (Paquet 2011).

384. *Die Vergütungsangleichung zwischen den Sektoren im Rahmen eines pauschalierten Vergütungssystems hat eine große Bedeutung.*

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 (z. B. eine Chemotherapie) 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. Zukünftig sollte ein stärker pauschaliertes Vergütungssystem entwickelt werden, welches betriebswirtschaftliches Kalkül und medizinische Versorgungsanforderungen in Einklang bringt: Es sollte somit dem Anbieter überlassen bleiben, ob er einen Patienten ambulant oder stationär versorgt. 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. Die Höhe der an der Fallschwere orientierten Pauschalvergütung sollte sich an einer bestimmten Leistungsnorm wie dem Durchschnitt orientieren, sodass ineffiziente Versorgungsformen langfristig verdrängt und durch effizientere Lösungen ersetzt werden (Rürup 2005). Auch die Notwendigkeit wirksamer Bereinigungsregelungen (siehe Unterkapitel 7.4) ist hier noch einmal gesondert herauszustellen.

385. *Die Einführung eines einheitlichen Rechtsrahmens für die neu eingeführte ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V) ist ein erster positiver Schritt, nach und nach sollten weitere an der Schnittstelle verortete Leistungen in diesen Bereich überführt werden.*

Durch das Versorgungsstrukturgesetz wurde ein erster Ansatz unternommen, die bislang zersplittert und teilweise widersprüchlich geregelte Versorgung an der Schnittstelle ambulant-statio-

när 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: Mit Beginn des Jahres 2012 sind die Indikationen und Leistungen des neuen § 116b SGB V deckungsgleich mit denjenigen der vorherigen Rechtslage – tendenziell wurde der Katalog dabei sogar zunächst reduziert, da die Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen auf schwere Verlaufsformen limitiert wurden. 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 diesen Bereich mit für alle Anbieter einheitlichen Wettbewerbsbedingungen überführt werden. Sowohl die KVen als auch die Krankenhäuser müssen alte Privilegien einbringen: Erstere den Vorrang der vertragsärztlichen Versorgung vor der Krankenhausambulanz, letztere ihre stationären Kurzzeitfälle. Primär sollten diejenigen Formen der Versorgung im neuen Bereich aufgehen, die eine fachübergreifende Versorgung und/oder großes Spezialwissen erfordern und bei denen mit einem häufigen Sektorenwechsel gerechnet werden kann. Ein vielzitiertes Ziel ist die Überwindung bestehender Sektorengrenzen und keineswegs eine noch stärkere Untergliederung bestehender Strukturen. Dennoch ist die Etablierung einer spezialfachärztlichen Versorgungsebene sinnvoll, um diesem bereits seit einigen Jahren bestehenden Bereich eine ordnungspolitisch strukturierte Form zu geben.

386. *Es fehlt noch an einem wettbewerblichen Gesamtkonzept (inkl. kartellrechtlicher Kontrolle), um im Sinne eines Vertragswettbewerbs ergebnisoffene Such- und Entdeckungsprozesse zu initiieren. Die ambulant-stationäre Schnittstelle eignet sich als erster begrenzter Leistungsbereich für selektivvertragliche Vertragsoptionen.*

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 so genannter Überversorgung erwiesen (Greiner 2011). Der Rat ist dagegen der Ansicht, dass mithilfe eines zumindest partiellen wettbewerblichen Systems und eines sektorenübergreifenden, transparenten Ansatzes die scheinbar divergierenden Ziele einer finanzierbaren Versorgungslandschaft bei hoher Qualität und gleichzeitig flächendeckender Sicherstellung miteinander vereinbart werden könnten. 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. Dabei ist zu betonen, dass Wettbewerb nicht allein auf den Qualitätswettbewerb beschränkt werden sollte. Ohne Preis- und Mengenverhandlungsmechanismen kann Wettbewerb nicht funktionieren.

6.8 Literatur

- Amelung, V. und Cornelius, F. (2009): Wie beeinflussen Medizinische Versorgungszentren den Wettbewerb im Gesundheitswesen, *Forum Public Health*, 64: 23-24.
- AOP-Vertrag (2010): Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V: Amulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus.
- AQUA Institut (2011): Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V: Version 2.0 vom 30.06.2010, www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Hintergrund/Methodenpapier/AQUA_AllgemeineMethoden_Version_2-0.pdf (Stand 11.07.2011).
- Augurzy, B., Tauchmann, H., Werblow, A. und Felder, S. (2009): Effizienzreserven im Gesundheitswesen, Essen, RWI Materialien: 49.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit (2011): Endgültige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung: KJ1-Statistiken.
- Bröckelmann, J. (2007): Entwicklung und Bedeutung ambulanter Eingriffe im internationalen Vergleich, in: Busse, R. und Standl, T. (Hrsg.), *Ambulantes Operieren*, Heidelberg: Springer, 2-7.
- Busse, R. und Wörz, M. (2009): Ausländische Erfahrungen mit ambulanten Leistungen am Krankenhaus, in: Klauber, J., Robra, B. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2008/09*, Stuttgart: Schattauer, 49-58.
- Ciliberto, F. und Dranove, D. (2006): The effect of physician-hospital affiliations on hospital prices in California, *Journal of Health Economics*, 25(1): 29-38.
- Cuellar, A. und Gertler, P. (2006): Strategic integration of hospitals and physicians, *Journal of Health Economics*, 25(1): 1-28.
- DKI (Deutsches Krankenhausinstitut) (2004): Krankenhaus Barometer: Umfrage 2004, Düsseldorf.
- DKI (Deutsches Krankenhausinstitut) (2008): Krankenhaus Barometer: Umfrage 2008, Düsseldorf.
- DKI (Deutsches Krankenhausinstitut) (2009): Krankenhaus Barometer: Umfrage 2009, Düsseldorf.
- DKI (Deutsches Krankenhausinstitut) (2010): Krankenhaus Barometer: Umfrage 2010, Düsseldorf.
- Dünwald, F. (2010): MVZ: Versorgungsqualität mit Zukunft, in: Janßen, U. und Blum, K. (Hrsg.), *DKI-Barometer Krankenhaus 2010/11*, Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 43-49.
- Eucken, W. (1952): *Grundsätze der Wirtschaftspolitik*, Tübingen: Mohr Siebeck.
- Flintrop, J. und Rieser, S. (2009): Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung: Einblicke in eine unfaire Welt, *Ärzteblatt*, 106(12): A-540.
- Gardner, T., Nnadozie, M. und Davis, B. (2005): Patient Anxiety and Patient Satisfaction in Hospital-based and Freestanding Ambulatory Surgery Centers, *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3): 238-243.
- Gaynor, M. (2006): Is vertical integration anticompetitive? Definitely maybe (but that's not final), *Journal of Health Economics*, 25: 175-180.
- Geissler, A., Wörz, M. und Busse, R. (2010): Deutsche Krankenhauskapazitäten im internationalen Vergleich, in: Klauber, J., Geraedts, M. und Friedrich, J. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2010*, Stuttgart: Schattauer, 25-40.
- Greiner, W. (2011): Ist Bedarfsplanung und Wettbewerb ein Widerspruch?, *Die Krankenversicherung* (5): 138-140.
- Haas, L. (2011): Präferenzmessung von Patienten in medizinischen Versorgungszentren (MVZ): eine Gegenüberstellung der Behandlungsqualität von MVZ und niedergelassenen Haus- und Fachärzten, *Das Gesundheitswesen*, 73: 409-415.
- Hellmann, A. (2009): Ambulante fachärztliche Versorgung: Was bringt die Zukunft, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 134: 540-541.

- Hitpaß, U. und Leber, W. (2012): Spezialärztliche Versorgung: Plädoyer für eine Neuordnung, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2012, Stuttgart: Schattauer, 205-236.
- Jahn, R., Walendzik, A., Farrenkopf, N. und Wasem, J. (2011): Neuordnung der ambulanten Onkologie, www.mm.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/BWL-MEDMAN/Aktuelle_Meldungen/Neuordnung_der_ambulanten_Onkologie_Stand_30-05-2011_final.pdf (Stand 10.06.2011).
- KBV (2009): MVZ-Survey 2008: Die strategische Positionierung Medizinischer Versorgungszentren, daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=178528a07899b8a090fe69c9a5314194&DocId=003759071&Page=1 (Stand 10.02.2012).
- KBV (2012a): Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=9607bae9068cf6f0da87c57603d18f7f&DocId=003764489&Page=1 (Stand 12.03.2012).
- KBV (2012b): Medizinische Versorgungszentren aktuell: 1. Quartal 2011, daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=9607bae9068cf6f0da87c57603d18f7f&DocId=003764490&Page=1 (Stand 12.03.2012).
- KBV (2012c): Wahl der Rechtsform/Trägerschaft von Medizinischen Versorgungszentren: Stand 1. Quartal 2011 [Auskunft].
- Khu, K., Radovanovic I., Taleb F., Mendelsohn D., Zadeh G. und Bernstein M. (2010): Patients' perceptions of awake and outpatient craniotomy for brain tumor: a qualitative study, *Journal of Neurosurgery*, 112: 1056-1060.
- Klauber, J., Geraedts, M. und Friedrich, J. (Hrsg.) (2012): Krankenhaus-Report 2012, Schattauer, Stuttgart.
- Klose, J. und Preuß W. (2006): Leistungen in der Arztpraxis im Jahr 2004: Auswertungen der GKV-Frequenzstatistik, Bonn: WIdO.
- Knieps, F. und Amelung, V. (2010): Medizinische Versorgungszentren: Eine innovative und attraktive Antwort auf die Herausforderungen an die ambulante Versorgung, *Gesundheits- und Sozialpolitik* (5): 17-21.
- KV Bayern (2010): Qualitätsmaßnahme Ambulante Operationen – Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit und zum postoperativen Patientenverlauf bei ambulanten Operationen, www.kvb.de/fileadmin/data/dokumente/2_Praxis/Praxisf%C3%BChrung/2.1.2_Qualit%C3%A4t/Qualit%C3%A4tsprogramm/Ambulante_OP/KVB-Amb-Operationen-Evaluationsbericht-2010-03-31.pdf (Stand 14.06.2011).
- Lemos, P., Jarrett, P. und Philip, B. (Hrsg.) (2006): *Day Surgery: Development and Practice*, London: International Association of Ambulatory Surgery.
- Lemos, P., Pinto A., Morais G., Pereira J., Loureiro R., Teixeira S. und Nunes C. (2009): Patient satisfaction following day surgery, *Journal of Clinical Anesthesia*, 21: 200-205.
- Lindstädt, H. und Hauser, R. (2004): Strategische Wirkungsbereiche des Unternehmens: Spielräume und Integrationsgrenzen erkennen und gestalten, Wiesbaden.
- Lüngen, M. (2007): *Ambulante Behandlung im Krankenhaus: Zugang, Finanzierung, Umsetzung*, Berlin: Lit-Verlag.
- Lüngen, M. und Lauterbach, K. (2004): Gesundheitspolitischer Rahmen für die ambulante und kurzstationäre Chirurgie, *Der Chirurg* (2): 113-119.
- Lüngen, M. und Rath, T. (2010): Ambulante Öffnung der Krankenhäuser: Welchen Anteil können Krankenhäuser in der onkologischen Versorgung abdecken, in: Klauber, J., Geraedts, M. und Friedrich, J. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2010*, Schattauer, Stuttgart: 167-179.
- March, S., Swart E. und Robra B. (2006): Patientenzufriedenheit beim ambulanten/kurzzeitchirurgischen Operieren in einer Praxisklinik, *Das Gesundheitswesen*, 68: 376-382.
- Materazzi, G., Dionigi G., Berti P., Rago R., Frustaci G., Docimo G., Puccini M. und Miccoli P. (2007): One-Day Thyroid Surgery: Retrospective Analysis of Safety and Patient Satisfaction on a Consecutive Series of 1.571 Cases over a Three-Year period, *European Surgical Research* 39: 182-188.

- Meier, F., Schöffski, O., Neundörfer, B. und Heuss, D. (2010): § 116b SGB V - Chancen-Risiken-Analyse einer neuromuskulären Spezialambulanz, *Aktuelle Neurologie* 37: 467-473.
- Müller, S. (2012): Aktuelle Entwicklungen bei den MVZ: Zur Frage der Bedeutung und Versorgungsrelevanz der Medizinischen Versorgungszentren für die ambulante Versorgung, *Arzt und Krankenhaus* 85(3): 69-74.
- Norden, G. (2009): Unter den Erwartungen - Die Umsetzung des § 116b Abs. 2 SGB V erfolgt nur schleppend, *Arzt und Krankenhaus* (9): 263-265.
- o.V. (2009): Jeder fünfte Antrag auf Kliniköffnung wird genehmigt, Herausgegeben von *Ärztezeitung* vom 18.06.2009, www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/default.aspx?sid=553484&sh=2886&h=-1102665621&ticket=ST-1748-o5UkfKL915eyenza47HGpkXfUN9wWkXxqgf-20 (Stand 14.06.2011).
- o.V. (2010): Ambulante Behandlungen im Krankenhaus: Sachstand und Perspektiven beim § 116b SGB V, *Ersatzkassen in Nordrhein-Westfalen*: 6.
- Oberender und Partner (2010): Ökonomische Betrachtung des ambulanten Operierens: Gutachten für den Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V., www.operieren.de/content/e3472/e7507/e26845/e26847/publication26848/100409OekonomischeBetrachtungdesambulantenOperierens.pdf (Stand 25.05.2011).
- OECD (2011): OECD Health Data 2011 (June 2011), stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (Stand 08.08.2011).
- Paquet, R. (2011): Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge: Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive: Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Roeder, N., Bunzemeier, H., Rochell, B. und Hensen, P. (2004): Ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe nach § 115 b SGB V, *Zeitschrift für Gastroenterologie* 42(8): 775-784.
- Roeder, N., Fiori, W. und Bunzemeier, H. (2008): Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2009: Gutachten im Auftrag der DKG, www.dkgv.de/media/file/4954.Roeder-Gutachten_Krankenhausleistungen2009.pdf (Stand 11.10.2011).
- Rüggeberg, J. (2006): Ambulantes Operieren: eine Standortbeschreibung, *Der Urologe* 45(8): 939-944.
- Rürup, B. (2005): Perspektiven im Gesundheitswesen: Zur Zukunft des Facharztes, *Der Urologe* 44(5): 477-484.
- Rürup, B., IGES Institut, DIW Berlin und Wille, E. (2009): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland: Abschlussbericht für das Bundesministerium für Finanzen, Berlin.
- Schmidt, C. und Möller, J. (2006): Katalysatoren des Wandels, in: Klauber, J., Robra, B. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2006*, Schattauer, Stuttgart: 3-20.
- Schulte, H. und Schulz, C. (2007): Medizinische Versorgungszentren: Verbesserung der ambulanten Patientenversorgung versus Selektion und Exklusion von Patientengruppen, Nomos-Verlag, Baden-Baden.
- Schwappach, D. und Strassmann, T. (2006): Ambulantes Operieren: Praxis oder Krankenhaus? Eine empirische Analyse von Bevölkerungspräferenzen für die Wahl des Behandlungssettings, *Der Chirurg* 77: 166-172.
- Spieth, F. (2007): Medizinische Versorgungszentren: Sie halten nicht was sie versprechen, *Gesellschaftspolitische Kommentare* (9): 24.
- Statistisches Bundesamt (2011): Art der ärztlichen Leistung von Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung, Abrechnungsfälle/Leistungsfälle, www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/1/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_28/D.000/3722. (Stand 21.12.2011).
- Statistisches Bundesamt (2012a): Krankenhausdiagnosestatistik: Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten/-innen (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) nach Anzahl der Verweildauertage in 2010 [Auskunft].

- Statistisches Bundesamt (2012b): Grunddaten der Krankenhäuser 2010, Fachserie 12, Reihe 6.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012c): Belegärzte/Belegärztinnen in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=35746637&nummer=143&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=46868514 (Stand 11.01.2012).
- Statistisches Bundesamt (2012d): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2010 (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle), Fachserie 12, Reihe 6.2.1, Wiesbaden.
- Stillfried, D. v., Czihal, T. und Jansen, K. (2011): Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten: Ein Beitrag zur Methodik der Messung von Verlagerungseffekten und grobe Abschätzung der Bedeutung, *Das Gesundheitswesen* 73(3): 124-133.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Sondergutachten 1995, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1998): Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Sondergutachten 1997, Bd. II, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Gutachten 2003, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008): Koordination und Integration; Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2007, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2009): Die Finanzkrise meistern: Wachstumskräfte stärken: Jahresgutachten 2008/09, Wiesbaden.
- Toftgaard, C. und Parmentier, G. (2006): International terminology in ambulatory surgery and its worldwide practice, in: Lemos, P., Jarrett, P. und Philip, B. (Hrsg.), *Day Surgery: Development and Practice*, London: International Association of Ambulatory Surgery, 35-59.
- Tysome, J. und Padgham, N. (2006): A comparative study of patient satisfaction with day case and in-patient major ear surgery, *The Journal of Laryngology & Otology* 120: 670-675.
- Weingessel, B., Richter-Mueksch S., Weingessel A., Gnad H. und Vecsei-Marlovits P. (2008): Is day-case cataract surgery an attractive alternative from the patients' point of view? A questionnaire survey, *Wiener klinische Wochenschrift* 120(23-24): 756-760.
- Wille, E. und Ulrich, V. (2009): Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der strukturierten Facharztversorgung in Deutschland, daten.gfb-facharztverband.de/2009-11-17-endversion-gutachten-strukturierte-facharztversorgung.pdf (Stand 14.06.2011).
- Zerth, J. (2005): Flächendeckende Versorgung im Gesundheitswesen: Eine Antwort aus liberaler Perspektive, *ORDO – Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft* ORDO - Jahrbuch 56: 261-286.
- Zimmermann, G. (2007): Gesetzliche Grundlagen und betriebswirtschaftliche Aspekte, in: Busse, R. und Standl, T. (Hrsg.), *Ambulantes Operieren*, Springer, Heidelberg: 9-29.

7 Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen durch selektive Verträge

7.1 Eingeschränkte Vertragsfreiheit infolge von Überregulierung

387. 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 so genannten besonderen Versorgungsformen mehrere Elemente, die sich an dem in den USA entwickelten Konzept „Managed Care“ orientieren (siehe u. a. SG 2009, Ziffer 858ff. und 960ff.; Amelung et al. 2009). Diese besonderen Versorgungsformen umfassen nach § 53 Abs. 3 SGB V (siehe auch oben unter 3.1):

- 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).

Alle diese besonderen Versorgungsformen bieten den Krankenkassen und den Leistungserbringern Möglichkeiten zu selektivem Kontrahieren und damit zu einer wettbewerblichen Differenzierung und ermöglichen mit Ausnahme der hausarztzentrierten sowie der besonderen ambulanten Versorgung unmittelbar eine sektorenübergreifende Versorgung. Diese beiden Versorgungsformen können aber im Rahmen eines sektorenübergreifenden Konzeptes, z. B. innerhalb der integrierten Versorgungsformen, einen integralen und zentralen Bestandteil bilden. Mit Ausnahme der integrierten Versorgungsformen können sich auch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) an allen besonderen Versorgungsformen beteiligen. Dies geschieht dann allerdings nicht im Rahmen von Kollektivverträgen, die KVen schließen hier unter den gleichen Bedingungen wie Gruppen von Leistungserbringern selektive Verträge, denen die einzelnen Ärzte auch freiwillig beitreten. Die integrierten Versorgungsformen und die strukturierten Behandlungsprogramme förderte der Gesetzgeber bis Ende 2008 durch die Anschubfinanzierung bzw. durch eine Anbindung spezieller Behandlungsprogramme an den Risikostrukturausgleich (RSA). Diese finanziellen Anreize führten

zu einer starken Verbreitung dieser beiden Versorgungsformen, erklären andererseits aber auch die damit einhergehende Unattraktivität der Modellvorhaben.

Mit Hilfe der besonderen Versorgungsformen gelang es zunächst in relativ kurzer Zeit, eine integrative und wettbewerbliche Bewegung in die bis dahin „verkrusteten Strukturen“ der deutschen Gesundheitsversorgung zu bringen (vgl. GA 2007; Amelung et al. 2006), doch inzwischen setzte bei nahezu allen besonderen Versorgungsformen eine gewisse Ernüchterung ein (siehe u. a. Platzer 2011; Keller 2012; Gerst 2011). Die Ursache hierfür liegt nicht nur an möglicherweise zu hohen Erwartungen, sondern auch und vermutlich primär an Schwachstellen der jeweiligen Rahmenordnungen, die den mit diesen Instrumenten angestrebten Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen entgegenstehen. Im Grundsatz herrscht nämlich weitgehend Einigkeit darüber, dass die Gesundheitsversorgung in Deutschland einer sektorenübergreifenden Orientierung, vor allem an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, sowie unter wettbewerblichen Aspekten selektiver Vertragsoptionen bedarf. Ebenso unstrittig erscheint, dass z. B. eine hausarztzentrierte Versorgung oder Disease Management-Programme den Patienten grundsätzlich einen erheblichen Nutzen stiften können.

388. Der Rat hat bereits in seinem vorangegangenen Gutachten (SG 2009, Ziffern 900) die gesetzliche Konstruktion der hausarztzentrierten Versorgung dahingehend kritisiert, dass sie „sowohl ordnungspolitischen Vorstellungen vom Wettbewerb der Organisationsformen als auch der Integrationsidee einer sektorenübergreifenden Versorgung“ widerspricht. Zunächst können sich die Krankenkassen für alle anderen besonderen Versorgungsformen frei entscheiden, während sie § 73b Abs. 1 SGB V zum Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung verpflichtet. Dagegen beinhaltet eine Vertragsfreiheit, die neben Kollektivverträgen auch alternatives selektives Kontrahieren ermöglicht, in ordnungspolitischer Hinsicht für alle potentiellen Vertragspartner auch die Option, auf Vertragsabschlüsse zu verzichten (vgl. Wille et al. 2012). Zudem bieten die bisher vorliegenden Evaluationen von Hausarztmodellen keinen Anlass, diese Versorgungsform den Krankenkassen zwingend vorzuschreiben (vgl. Böcken 2008; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009; Kassenärztliche Vereinigung Berlin 2010). Sofern die Krankenkassen im Wettbewerb untereinander diese Versorgungsform als für sie vorteilhaft betrachten, werden sie diese aus eigenem Interesse anbieten. Die bisherigen Erfahrungen zeigen auch, dass die hausarztzentrierte Versorgung in den Fällen vergleichsweise gut funktionierte, in denen die betreffenden Krankenkassen mehr oder weniger freiwillig, d. h. ohne Rückgriff auf ein Schiedsamt, diese Verträge schlossen.

Diese wettbewerbliche Fehlentwicklung wird noch dadurch verschärft, dass § 73b Abs. 4 SGB V die Krankenkassen zwingt, „Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten“. Sofern sich die Vertragspartner nicht einigen können, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens beantragen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen versetzt diese Regelung die Hausarztverbände in eine gleiche Position, die ansonsten KVen im Rahmen von Kollektivverträgen einnehmen. Unter diesem Aspekt konnte nicht überraschen, dass diese Regelung nicht nur in vielen Fällen statt einer Integration eine Segmentierung der Gesundheitsversorgung förderte, sondern auch im Vergütungsbereich zu problematischen Effekten führte (vgl. Hansen 2010). So überschritt die im Rahmen dieser Verträge zustande gekommene Vergütung jene der Regel- bzw. herkömmlichen Versorgung oftmals deutlich (vgl. Platzer 2011). Der Rat konstatierte denn auch in seinem Sondergutachten 2009, dass „diese Regelung sowohl gegenüber Kollektiv-

verträgen mit KVen als auch im Vergleich mit selektiven Verträgen deutliche Nachteile (besitzt) und dringend einer Korrektur“ (Ziffer 900) bedarf.

Der Gesetzgeber reagierte auf diese offensichtlichen Verwerfungen im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22. Dezember 2010 mit einer ähnlich problematischen Regulierung, die ebenfalls empfindlich die Vertragsfreiheit einschränkt. So unterwirft § 73b Abs. 5a SGB V die hausarztzentrierte Versorgung der strikten Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V und schreibt in diesem Kontext vor, dass „der rechnerische durchschnittliche Fallwert nicht den sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte überschreitet“. Etwaige Mehraufwendungen müssen durch vertraglich sichergestellte Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden. Ebenso haben die Vertragsparteien nach § 73b Abs. 8 SGB V vertraglich sicherzustellen, dass sie bei Vereinbarungen über Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 SGB V hinausgehen und insoweit nicht unter die Pflicht zur Budgetbereinigung fallen, die entsprechenden Aufwendungen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanzieren. Diese Reaktion des Gesetzgebers bildet nahezu ein Paradebeispiel dafür, wie eine ordnungspolitisch inadäquate Regulierung eine nachfolgende neue, nicht minder problematische nach sich zieht (vgl. Wille/Erdmann 2011). Der Gesetzgeber zwingt zum einen die Krankenkassen zu einem Vertragsabschluss und schreibt den Vertragsparteien zum anderen zentrale Elemente des Vertragsinhaltes vor. Dagegen hätten ordnungs- und wettbewerbspolitische Aspekte dafür gesprochen, den Zwang zum Vertragsabschluss aufzuheben und die inhaltliche Ausgestaltung der hausarztzentrierten Verträge einschließlich ihrer Vergütung den jeweiligen Parteien zu überlassen. Für einen funktionsfähigen Wettbewerb reicht es aus, den Krankenkassen und den Leistungserbringern Vertragsoptionen zu eröffnen, so dass sie die von ihnen präferierten Inhalte auswählen und mit der Zeit im Zuge von Such- und Lernprozessen anpassen können. Schließlich bleibt unabhängig von ordnungspolitischen Aspekten bei dieser Überregulierung des Vertragsinhaltes der hausarztzentrierten Versorgung unberücksichtigt, dass qualitativ hochwertige Programme häufig wie eine Investition einer Anschubfinanzierung bedürfen, die sich weder im gleichen Jahr amortisieren kann, noch künftig mit Sicherheit quantitativ vorhersehbare Erträge abwirft. So gibt § 73b Abs. 2 SGB V für die hausarztzentrierte Versorgung auch vier besondere Anforderungen vor, die über die übliche hausärztliche Versorgung hinausgehen. Dabei handelt es sich um 1. die Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren, (2) die Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien, (3) die Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprogramme konzentrieren, sowie (4) die Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

389. Für die These, dass der Gesetzgeber die Vertragsfreiheit der Parteien zunehmend einengt, spricht auch die Einbeziehung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung und der integrierten Versorgungsformen in den § 71 SGB V, der die Beitragssatzstabilität postuliert, im Zuge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes. Die Krankenkassen müssen gemäß § 71 Abs. 4 SGB V die entsprechenden Verträge für die aufsichtsrechtliche Prüfung den zuständigen Aufsichtsbehörden vorlegen, was für die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b Abs. 9 SGB V bereits zuvor galt. Zudem verpflichtet § 71 Abs. 5 SGB V die Krankenkassen, die Verträge bei allen dieser drei besonderen Versorgungsformen unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Bundesländer vorzulegen, um

auch diese an der Prüfung zu beteiligen. Gegenstand der aufsichtsrechtlichen Prüfung bildet u. a. der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in dem Sinne, dass diese selektiven Verträge nicht zu einer Erhebung bzw. Erhöhung eines Zusatzbeitrages führen (Bundesversicherungsamt 2012). Entsprechend müssen Mehrausgaben in einem Sektor durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen mit einem Nachweis anhand konkreten Zahlenmaterials in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden. Bei allen Erstvertragsabschlüssen soll bereits mit der Übersendung der Verträge vorab ihre Wirtschaftlichkeit erläutert werden.

Von den Selektivverträgen zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung verlangt das Bundesversicherungsamt (2012), dass sie über die Mindestvoraussetzungen der Regel- bzw. herkömmlichen Versorgung hinaus besondere Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung enthalten. Da die Anforderungen, die für die Zulassung als vertragsärztlicher Leistungserbringer gelten, hier nicht ausreichen, müssen die Verträge zusätzliche Anforderungen beinhalten. Diese integrierten Versorgungsformen sollten bisher inhaltlich und institutionell getrennte Behandlungen mit Hilfe eines funktionellen Ansatzes miteinander verzahnen und zumindest überwiegend vertragsärztliche oder stationäre Leistungen ersetzen.

390. Diese neuerlichen Regulierungen vereinheitlichen zwar – mit Ausnahme des Zwangs zum Vertragsabschluss bei der hausarztzentrierten Versorgung – die Vertragsbedingungen bei diesen drei besonderen Versorgungsformen, engen aber den Spielraum für innovative Projekte über Gebühr ein. Sie beschränken die Möglichkeiten selektiver Verträge, sich von den kollektiven spürbar zu unterscheiden, und behindern insofern einen intensiven und funktionsfähigen Wettbewerb zwischen verschiedenen selektiven Verträgen sowie zwischen diesen und den entsprechenden Kollektivverträgen. Die enge Bindung an die Beitragssatzstabilität macht es nahezu unmöglich, innovative Projekte zu initiieren, die anfangs vergleichsweise hohe Kosten verursachen, sich aber später finanziell amortisieren und zudem einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes leisten können. Die Nachweispflicht für derartige künftige positive Effekte erscheint fast prohibitiv hoch. Dies trifft insbesondere integrierte Versorgungsformen mit einer sektorenübergreifenden Orientierung, die häufig aufwändigere Investitionen verursachen, und intensivere Bemühungen um Erfolge durch Qualitätswettbewerb. Die derzeitige Gesetzeslage erlaubt es einer Krankenkasse *expressis verbis* nicht, durch selektive Verträge eine spürbar höhere Qualität zu erzielen sowie mit dieser um Versicherte zu werben und dafür zumindest zu Beginn einen (etwas höheren) Zusatzbeitrag in Kauf zu nehmen. Insgesamt gesehen zeugen die derzeitigen gesetzlichen Regelungen von einem Misstrauen in die Vertragsfreiheit sowie in die Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen, die sich durch selektive Verträge und den mit ihnen einhergehenden Wettbewerb erreichen lassen.

7.2 Weiterentwicklung und Erweiterung der selektiven Vertragsoptionen

391. 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. So

verlangen die integrierten Versorgungsformen nach § 140a Abs. 1 SGB V nur „Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“. Der letzten Bedingung genügen aber Medizinische Versorgungszentren oder Gemeinschaftspraxen auch dann, wenn sich ihre Koordination ausschließlich auf den ambulanten Sektor beschränkt. Die ausschließliche Kooperation zwischen mindestens zwei verschiedenen (Fach-) Ärzten mag für viele Krankheitsbilder genügen, bildet aber für das ambitioniertere Ziel einer „integrierten Versorgung“ keine hinreichende Benchmark. Um dem zentralen Anliegen einer sektorenübergreifenden Koordination Rechnung zu tragen, sollten die integrierten Versorgungsformen, wie vom Rat bereits im SG 2009 (Ziffer 869) angeregt, 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 sahen – und sehen – die integrierten Versorgungsformen gesetzlich keine Evaluation vor. Die freiwillig vorgenommenen Evaluationen stellen daher eine Besonderheit und damit in qualitativer Hinsicht eine Selektion dar, was für die publizierten Evaluationen in noch stärkerem Maße gilt. Die durchaus vorhandenen „Leuchtturmprojekte“ integrierter Versorgung (vgl. Weatherly et al. 2007) spiegeln insofern nicht flächendeckend die reale Versorgung im Rahmen dieser Projekte wider. Es bleibt daher leider nur zu konstatieren, dass letztlich keine aussagefähigen Informationen über das Kosten-Nutzen-Verhältnis dieser Projekte und damit auch der Anschubfinanzierung existieren, 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.

392. 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. Die Anbindung dieser sog. Disease Management Programme (DMP) an den RSA bis Ende 2008 setzte enorme Anreize für die Krankenkassen, möglichst viele ihrer Versicherten für eine Einschreibung zu gewinnen. Die Evaluation bildete nach § 137g Abs. 2 SGB V auch die Grundlage für eine Verlängerung der Zulassung dieser DMP. Diese erstrecken sich auf die sechs Indikationsbereiche Asthma bronchiale, Brustkrebs, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie koronare Herzkrankheit. Obgleich an diesen DMP inzwischen über 5,9 Millionen eingeschriebene Versicherte in 10 893 laufenden Programmen teilnehmen (vgl. Gerst 2011) und sich die entsprechenden Aufwendungen im Jahre 2009 auf 1,1 Milliarden Euro beliefen (vgl. Lindner et al. 2011) existieren bisher keine repräsentativen und validen Belege für ihre Effizienz. Dabei besteht weitgehend Übereinstimmung darüber, dass zumindest ein Teil dieser Programme die Prozessqualität der Behandlung, insbesondere durch eine Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien, sowie mit Hilfe von Schulungen die Adhärenz der Patienten und ihren Umgang mit der Erkrankung spürbar verbesserten (zu Überblicken siehe u. a. Nolting 2011; Tomaschko et al. 2011). In einigen Fällen gingen mit den DMP auch Verbesserungen der outcomenahen Surrogatparameter und der patientennahen Endpunkte einher. Offen bleibt jedoch, ob und inwieweit die DMP oder andere Faktoren für diese Entwicklungen verantwortlich zeichnen und ob die erzielten Ergebnisse in einem angemessenen Verhältnis zu den erheblichen Aufwendungen stehen.

Zunächst liegen im Vergleich zu dem Umfang der DMP immer noch wenige begleitende 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 Anforderungen an und Methoden für eine Evaluation von DMP fanden keine Beachtung (siehe Gerlach et al. 2003). Die meisten Studien basieren daher auf einem Prä-Post-Vergleich, indem sie, um die Wirkung des Programms zu evaluieren, zu unterschiedlichen Zeitpunkten Messungen der Zielwerte durchführten, wobei dann die Teilnehmer ihre eigene Kontrollgruppe darstellten (vgl. Birnbaum/Braun 2010). Eine etwas anspruchsvollere, aber wegen Verzerrungen der zeitlichen Dimension in kausaler Hinsicht immer noch unbefriedigende Variante bildet die Gegenüberstellung der Ergebnisse mit Vergleichswerten aus epidemiologischen Studien. Letztlich kommen aber auch jene Evaluationen, die sich bemühen, adäquate Kontrollgruppen zur Bewertung ihrer Befunde heranzuziehen, zu unterschiedlichen Bewertungen der DMP. Während der eine Teil den DMP – mehr oder weniger signifikant – positive Effekte zuschreibt (vgl. u. a. Elkeles et al. 2008; Graf et al. 2008; Miksch et al. 2010), verneint der andere eine Kausalität zwischen den DMP und einer Verbesserung der Versorgungsqualität bzw. den gesundheitlichen Outcomes (vgl. u. a. Schäfer et al. 2010b; Berthold et al. 2011; Lindner et al. 2011). Diese unterschiedlichen Bewertungen können zum einen insofern auf Selektionseffekte zurückgehen, als es teilweise Hinweise darauf gibt, dass sich gesundheitsbewusstere Patienten häufiger in DMP einschreiben und auch einen höheren Schulabschluss aufweisen (vgl. Ullrich et al. 2007; Elkeles et al. 2008). Andererseits können auch Patienten aus der Kontrollgruppe in Form von positiven externen Effekten von den DMP profitieren, wodurch die Bewertung dieser Programme dann zu kritisch ausfallen würde.

Der stärker morbiditätsorientierte RSA machte mit Wirkung zum 1. Januar 2009 die spezielle Anbindung der DMP an den RSA überflüssig und baute auf diese Weise die starken finanziellen Anreizwirkungen zum Abschluss und zur Durchführung dieser Programme ab. Die Krankenkassen erhalten nun für jeden eingeschriebenen Versicherten nur noch eine jährliche Pauschale für Leistungs- und Verwaltungsausgaben, die sich im Jahre 2011 auf 168 Euro belief. Diese Umstellung besitzt den Vorzug, für die Krankenkassen die Anreize zu einem Einschreibe- statt zu einem Qualitätswettbewerb zu beseitigen. Überdies führte das ausgeprägte Interesse der Krankenkassen an hohen Einschreibequoten dazu, dass sie im Rahmen der DMP vornehmlich mit KVen kontrahierten, so dass ein Wettbewerb zwischen verschiedenen selektiven Verträgen kaum zustande kam. Vor dem Hintergrund der verminderten finanziellen Anreizwirkung der DMP nahm das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) hier einige Vereinfachungen vor. Zunächst geht die Regelungskompetenz für die Inhalte und die konkrete Ausgestaltung der DMP nach § 137f Abs. 1 SGB V vom Bundesministerium für Gesundheit und damit von einer Rechtsverordnung auf den G-BA mit seiner Richtlinienkompetenz über. Zudem entfällt die Notwendigkeit einer Wiederzulassung der Programme durch das Bundesversicherungsamt. Inhalte und Ziele der Evaluation nach § 137f Abs. 4 SGB V regelt nun ebenfalls der G-BA.

Nach Aufhebung ihrer exklusiven Anbindung an den RSA 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, was der Rat schon im SG 2009 (Ziffer 900) forderte. 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. Schließlich erfolgt dann im Fall einer erneuten finanziellen Förderung der integrierten Versorgung eine Gleichbehandlung aller Programme, die den postulierten Kriterien genügen.

393. Mit der Konzipierung einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in § 116b SGB V kam das Versorgungsstrukturgesetz einer mehrfachen Forderung des Rates nach (siehe GA 2007, Ziffer 391; SG 2009, Ziffer 900), 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 (vgl. oben unter 6.3). Die gesundheitspolitische Innovation des § 116b SGB V liegt weniger in der Einführung einer vierten Versorgungssäule oder deren konkreten Inhalt als vielmehr darin, in einem bestimmten Leistungsbereich Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten faire Wettbewerbschancen zu ermöglichen (ähnlich Jaeckel 2012). Der Umfang dieser vierten Versorgungssäule 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 Gesetzentwurf vom 27. Juli 2011 noch eine Erweiterung dieses Leistungsbereiches um ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b Abs.1 SGB V vor. Mit der Begrenzung des zunächst anvisierten Leistungsspektrums trug der Gesetzgeber vor allem den Einwänden von Bundesländern und Krankenkassen Rechnung, die wegen fehlender Bedarfsplanung und dem Verzicht auf Mengenbegrenzungen eine angebotsinduzierte Leistungsausweitung befürchteten.

Es obliegt dem G-BA, im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz die im Gesetz aufgelisteten Erkrankungen zu konkretisieren und den zunächst vorgegebenen Leistungskatalog zu ergänzen. Es steht jedoch angesichts der Interessen der Krankenkassen bzw. ihrer Mitglieder im G-BA nicht zu erwarten, dass das Leistungsspektrum der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf absehbare Zeit eine nennenswerte Ausweitung erfährt. Dies bedeutet, dass an der Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung nun zwar eine adäquate wettbewerbliche Rahmenordnung besteht, die aber nur ein quantitativ höchst bescheidenes Leistungsspektrum umfasst. Als ordnungspolitische Lösung bietet es sich daher, wie schon unter 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 fungierte.

394. 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 (vgl. Finanzgruppe Branchendienst 2011). Die Verträge der Krankenhäuser mit Krankenkassen über integrierte Versorgungsformen oder DMP blieben auch bis Ende 2008 absolut gesehen weitgehend vernachlässigbar (vgl. Wissenschaftsrat 2010) und für die Verträge zur hausarztzentrierten und zur besonderen ambulanten Versorgung gibt es im stationären Sektor kein Pendant. Mit der Krankenhausplanung und -finanzierung dominiert hier trotz Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) immer noch die staatliche Regulierung bei stark eingeschränkter Wettbewerbsorientierung. Da die 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 (Ziffer 529) 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 (ähnlich GKV-Spitzenverband 2009).²⁰⁸ Andernfalls scheiden über 35 % der GKV-Leistungsausgaben für eine selektive Vertragsgestaltung faktisch aus. Infolge der Interdependenzen zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung und des künftig weiterhin zunehmenden Potentials 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

395. Mit der Einführung der so genannten Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung hat das Versorgungsstrukturgesetz, wie bereits oben unter 6.3 ausgeführt, die bisherige Ungleichbehandlung des medizinischen Fortschritts zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zumindest für diesen Leistungsbereich beseitigt und damit insgesamt etwas vermindert. Darüber hinaus hat das Gesetz im Kontext der §§ 135, 137c und 137e SGB V die Bewertung und Erprobung neuer Behandlungsmethoden neu geregelt. Der G-BA kann nach § 137c Abs. 1 SGB V auf Antrag des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen der Krankenhausbehandlung daraufhin überprüfen, „ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind“. Sofern die Methode diesen Kriterien nicht entspricht, d. h. keinen hinreichend belegten Nutzen zeigt, schließt sie der G-BA durch eine entsprechende Richtlinie aus. Ergibt die Überprüfung, dass die Methode bei noch nicht hinreichend belegtem Nutzen aber das Potential einer erfolgreichen Behandlungsalternative bietet, beschließt der G-BA eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e SGB V, „um die notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens der Methoden zu gewinnen“. Die Methode erhält dann für einen befristeten Zeitraum eine Zulassung im Rahmen der Krankenhausbehandlung und der Früherkennung.

²⁰⁸ In wirtschaftlich strukturschwachen, von Unterversorgung bedrohten Regionen können dabei auch höhere DRGs zur Diskussion stehen.

An dieser zeitlich befristeten Evaluation können alle zugelassenen Krankenhäuser und alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer mitwirken, sofern sie den sächlichen, personellen und sonstigen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung genügen. Damit schwächt diese Regelung die Nachteile niedergelassener Ärzte beim Einsatz neuer Behandlungsmethoden auch an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung weiter ab (vgl. Laschet 2011; Wille et al. 2012). Für den ambulanten Bereich gilt mit Ausnahme der spezialfachärztlichen Versorgung allerdings weiterhin das so genannte Verbot mit Erlaubnisvorbehalt, sodass niedergelassene Ärzte, die nicht an der Erprobung teilnehmen, im Unterschied zu den nicht teilnehmenden Krankenhäusern die untersuchten Methoden solange nicht anwenden dürfen, bis ein positiver Bescheid des G-BA vorliegt. Der G-BA kann jedoch die Qualitätsanforderungen, die für die Erprobung gelten, nach § 137e Abs. 2 SGB V auch auf Krankenhäuser übertragen, die nicht an der Erprobung teilnehmen, und diese damit unter Umständen auch von der Anwendung dieser neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ausschließen. Insgesamt gesehen bieten diese Regelungen die Voraussetzung für eine zügigere und umfassendere Evaluation von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der stationären Versorgung und reduzieren zu einem Teil die bisherige Benachteiligung der ambulanten Versorgung im Hinblick auf die Umsetzung des potenziellen medizinischen Fortschritts (vgl. Laschet 2011).

396. Während diese Regelungen somit die Chancen für die Versorgungsforschung und damit auch den Einsatz nutzenstiftender Untersuchungs- und Behandlungsinnovationen erhöhen, zeichnet sich im Rahmen der besonderen Versorgungsformen derzeit keine ähnlich erfolgversprechende Entwicklung ab. Obgleich die gesetzlichen Rahmenbedingungen zahlreiche Möglichkeiten zum Abschluss innovativer Versorgungsverträge bieten, stagniert hier die Bereitschaft der Vertragspartner, in neue Versorgungskonzepte und die mit ihnen einhergehende Versorgungsforschung zu investieren. So sieht das Gesetz eine obligatorische Evaluation nur bei den kaum durchgeführten Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V sowie den DMP nach § 137 Abs. 4 vor. Vor dem Hintergrund der erheblichen Herausforderungen, mit denen sich das deutsche Gesundheitswesen künftig infolge der demografischen Alterung und der zunehmenden Multimorbidität der Patienten konfrontiert sieht, erscheint eine gezielte Förderung von Versorgungsinnovationen in Verbindung mit einer entsprechenden Versorgungsforschung unabdingbar. Die erforderlichen Innovationen bedürfen einer wissenschaftlichen Evaluation, um auf valider Datenbasis mit geeigneten Methoden zu erforschen, ob und inwieweit diese neuen Konzepte den Versicherten und Patienten einen Zusatznutzen stiften und in diesem Kontext auch Effizienzkriterien genügen. Dabei bietet es sich an, diese Konzepte zunächst regional zu erproben und sie später bei nachgewiesener Effizienz und Effektivität, gegebenenfalls modifiziert, breiter in die Gesundheitsversorgung zu implementieren.

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, so dass in den Anfangsjahren zunächst ein Ausgabenüberschuss droht (siehe auch Busse 2011). 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 Exkurs in 8.3), 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. Als zentrale Gründe, die für das Scheitern von Verträgen zu den integrierten Versorgungsformen verantwortlich zeichnen oder zumindest solche Vertragsabschlüsse beeinträchtigen, verweisen die Krankenkassen auf zu hohe Kosten, z. B. für Kooperation und Vertragsmanagement, den Aufwand eines formalisierten Ausschreibungsverfahrens und die bestehenden Regelungen zur Budgetbereinigung.

397. Um diese aktuellen Investitionshemmnisse zu beseitigen oder zumindest abzumildern, stehen derzeit einige Finanzierungsmodelle zur Förderung von innovativen Versorgungskonzepten zur Diskussion. Die meisten sehen einen bestimmten Prozentsatz der Kollektivverträge oder des Gesundheitsfonds als „Innovationsfonds“ bzw. „F+E-Budget“ vor (zu einem Überblick siehe Greß 2010). Gegen eine solche finanzielle Förderung bestimmter Versorgungselemente sprechen allerdings einige ordnungspolitische Bedenken, denen es in diesem Kontext Rechnung zu tragen gilt. Zunächst stellt die Finanzierung solcher Projekte aus einem globalen Budget, wie der Rat schon in seinem SG 2009 (Ziffer 873) anmerkte, keine verursachungsgerechte Bereinigung dar. Diese erfordert eine spezielle Verminderung der jeweiligen Gesamtvergütungen um jene Beträge, die bei der alternativen Versorgung im kollektivvertraglichen System für die an den selektiven Verträgen teilnehmenden Versicherten angefallen wären (siehe hierzu unten unter 7.4). Das Setzen von finanziellen Anreizen für innovative Versorgungskonzepte sollte die verursachungsgerechte Bereinigung selektiver Verträge nicht auf breiter Basis ersetzen. Zudem läuft eine solche Förderung Gefahr, Mitnahmeeffekte zu erzeugen, d. h. es fließen auch finanzielle Mittel in Projekte, die einer solchen Förderung nicht bedürfen, weil sie sich auch ohne refinanzieren und deshalb zum Zuge gekommen wären. Schließlich wirft die Auswahl der förderungswürdigen Projekte hierbei erhebliche methodische und inhaltliche Probleme auf, die auch bestimmte formale Kriterien nicht zu beseitigen vermögen. Es handelt sich hierbei nämlich nicht um eine ex post-Evaluation, sondern um eine ex ante-Abschätzung von Kosten und Nutzen der zur Diskussion stehenden Projekte.

Vor dem Hintergrund dieser ordnungspolitischen Bedenken sollten die folgenden Maßnahmen einer speziellen finanziellen Förderung von innovativen Versorgungsprojekten vorangehen, zumindest aber gleichzeitig erfolgen:

- Abbau von innovationshemmenden Einschränkungen der Vertragsfreiheit (siehe oben unter 7.1): Es erscheint wenig sinnvoll, selektive Verträge einerseits unter die Beitragssatzstabilität zu stellen und sie andererseits finanziell zu fördern. Finanzielle Anreize stellen aus ordnungspolitischer Sicht kein geeignetes Instrument dar, um die Effekte fragwürdiger Regulierungen in Teilen zu kompensieren.
- Erweiterung selektiver Vertragsoptionen: So kann z. B. die stärkere Einbeziehung der stationären Behandlung wegen der Interdependenzen zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung auch Projekte an der Schnittstelle zwischen diesen beiden Sektoren für die Krankenkassen attraktiver machen.
- Entwicklung und Etablierung eines funktionsgerechten und operationalen Bereinigungsverfahrens, das für die Mehrzahl der selektiven Verträge die Regel darstellt (siehe unten unter 7.4).
- Stärkere Förderung der evaluativen Versorgungsforschung. Dieses Ziel ließe sich bei selektiven Verträgen grundsätzlich auch ohne deren spezielle finanzielle Förderung realisieren. Die für die Evaluation anfallenden Kosten würden dann aus dem Gesundheitsfonds oder bei Aufträgen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) aus Steuermitteln finanziert.

Konzeptvorschlag zur Förderung von innovativen Versorgungsmodellen

398. Unabhängig von dem speziellen Finanzierungsmodell schlägt der Rat für die Förderung von innovativen Versorgungsmodellen folgende Regelungen vor:

- eine Befristung der Förderung auf fünf Jahre, was einen hinlänglichen Planungszeitraum bildet,
- eine Beschränkung auf sektorenübergreifende Projekte,
- eine verpflichtende systematische Evaluation, die zur Bewertung der Ergebnisse eine adäquate Kontrollgruppe sowie Outcomeindikatoren einschließt,²⁰⁹ sowie
- eine Priorisierung von populationsbezogenen (indikationsübergreifenden) Versorgungskonzepten und solchen, die den bisher vernachlässigten Bereich der Pflegeleistungen einbeziehen.

Angeichts der dargelegten ordnungspolitischen 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 (so auch Greß 2010). 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. Die Abwicklung könnte dabei über die Kreditanstalt für Wiederaufbau erfolgen. 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.

²⁰⁹ Die Begutachtung könnte nach dem Vorbild des Forschungsförderungsprogramms zur versorgungsnahen Forschung der DLR durch vom BMBF bestellte, unabhängige Wissenschaftler, ggf. unter Berücksichtigung der Kostenträger, erfolgen.-ohne

7.4 Bereinigung der ambulanten ärztlichen Vergütung

399. Schließen Krankenkassen selektive Verträge über ambulante ärztliche Versorgung ab, verringert sich nicht automatisch der Betrag, den die Krankenkassen pauschal an die Kassenärztlichen Vereinigungen zahlen müssen. Ohne ein gesondertes Bereinigungsverfahren bestünde daher die Gefahr, dass die Krankenkassen für diese Leistungen doppelt zahlen müssen und daher der Abschluss von Selektivverträgen unattraktiv wird. Dieses Problem ist vielfach als ein entscheidendes Wettbewerbshindernis im deutschen Gesundheitswesen beschrieben worden (Cassel et al. 2006; Jakobs/Schulze 2006; GA 2007 Ziffer 396). Seit dem Jahr 2010 bestehen zwar detaillierte Bereinigungsverfahren, diese sind jedoch kompliziert, werden als wenig praxistauglich empfunden und finden außerhalb der hausarztzentrierten Versorgung kaum Anwendung. Es hat darüber hinaus den Anschein, dass Verfechter kollektivvertraglicher Lösungen (insbesondere einige Kassenärztliche Vereinigungen) die notwendigen Realisierungsschritte nur sehr zögerlich vollziehen.

Fragen der Bereinigung sind auch von hoher Relevanz für den Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Eine unzulängliche Bereinigung im ambulanten Bereich kann die Entwicklung von sektorenübergreifenden Konzepten, insbesondere der integrierten Versorgung, erheblich behindern.

Neben der Bereinigung der ambulanten ärztlichen Vergütung kann auch die Anpassung der Erlösbudgets von Krankenhäusern erforderlich sein, wenn z. B. durch Selektivverträge zuvor stationär erbrachte Leistungen von ambulanten Ärzten übernommen werden. Dieser Problemkomplex soll im Folgenden aber nicht thematisiert werden.

7.4.1 Grundzüge der kollektivvertraglichen ambulanten ärztlichen Vergütung

400. Würde jede einzelne Krankenkasse unmittelbar die von ihren Versicherten bei Kassenärzten in Anspruch genommenen Leistungen bezahlen (beispielsweise wie im Vergütungssystem der privaten Krankenversicherung), wäre kein gesondertes Bereinigungsverfahren erforderlich. Schlösse eine Krankenkasse unter diesen Voraussetzungen einen Selektivvertrag ab, der bestimmte Teile der kollektivvertraglichen Versorgung ersetzt, müsste sie die selektivvertraglich erbrachten Leistungen nicht mehr im Kollektivvertrag bezahlen. Die weggefallene Kollektivvergütung würde der Krankenkasse dann zur Finanzierung des Selektivvertrages zur Verfügung stehen.

Tatsächlich ist das kollektivvertragliche ambulante Vergütungssystem aber mehrstufig aufgebaut (Darstellung der bis zur vollständigen Implementierung des GKV-VStG geltenden Regelungen):

1. Die Krankenkassen zahlen für den überwiegenden Teil vertragsärztlicher Leistungen mit befreiender Wirkung eine so genannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) an die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) (§ 87a Abs. 3 SGB V).
2. Die Kassenärzte rechnen die von ihnen erbrachten Leistungen bei den KVen ab.
3. Die KVen nehmen die Honorarverteilung in der Weise vor, dass die von den Ärzten abgerechneten Leistungen mit der von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung (MGV) in Übereinstimmung gebracht werden.

Die von einer einzelnen Krankenkasse im Rahmen der MGV an eine KV zu leistenden Zahlungen hängen ab von

- der Zahl der Versicherten der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen KV,
- dem kassenindividuellen Behandlungsbedarf pro Versichertem sowie
- dem regionalen Punktwert.

Als Grundlage für die Anpassung des vereinbarten Behandlungsbedarfs in einer KV hat der Gesetzgeber in § 87 a Abs. 4 S. 1 die Veränderung von fünf Parametern vorgegeben:

1. Zahl der Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk,.
2. Morbiditätsstruktur der Versicherten,.
3. Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des G-BA beruhen,
4. Verlagerungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor und
5. Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

Auf der zweiten Ebene des ambulanten Vergütungssystems rechnen die Kassenärzte die von ihnen erbrachten Leistungen mit den KVen ab. Grundlage hierfür ist der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM): „Der „einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen“ (§ 87 Abs. 2 S. 1 SGB V).“ Er wird vom Bewertungsausschuss beschlossen. Jede abrechenbare Leistung hat eine Ziffer, die EBM-Nummer, und eine Punktzahl.

Zur Herstellung der Kongruenz zwischen den von den Krankenkassen geleisteten Zahlungen und den von den Kassenärzten abgerechneten Leistungen erfolgt auf der dritten Ebene des Vergütungssystems die Honorarverteilung durch die KVen. Zunächst werden von der MGV einige Abzüge vorgenommen, z. B. für Psychotherapie. Das verbleibende Vergütungsvolumen wird dann auf die einzelnen Arztgruppen (AG) verteilt. Schließlich werden die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen aufgeteilt in einen Vergütungsbereich für Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV) und einen Vergütungsbereich für Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV). Die Bildung von RLVs und QZVs war bis 2011 durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses zwingend vorgegeben. Nach dem GKV-VStG sind die Kassenärztlichen Vereinigungen ab 2012 grundsätzlich wieder frei in der Ausgestaltung ihrer Honorarverteilung, können also auch andere mengenbegrenzende Regelungen vorsehen. Für einen Übergangszeitraum bleiben die 2010 getroffenen Bestimmungen aber gültig.

Das RLV legt das Honorarvolumen fest, bis zu dem ein Arzt RLV-relevante Leistungen unabgestaffelt zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung²¹⁰ abrechnen kann. Das RLV eines Kassenarztes ergibt sich aus dem Produkt des Fallwertes seiner Arztgruppe und der RLV-Fallzahl des

²¹⁰ Die Preise der Euro-Gebührenordnung ergeben sich aus dem Produkt der Punktzahl einer Leistung laut EBM mit dem unabgestaffelten Punktwert der jeweiligen KV.

Arztes im Vorjahresquartal.²¹¹ Der Grundgedanke besteht darin, dass ein Arzt, der in der Vergangenheit viele Patienten behandelt hat, einen größeren Versorgungsbedarf abdeckt als ein Arzt, der wenige Patienten behandelt hat. Bei Ärzten mit sehr hohen individuellen Fallzahlen werden die für die Berechnung des RLV berücksichtigten Fallzahlen in Abhängigkeit von der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe abgestaffelt.

Zusätzlich zu seinem RLV kann ein Arzt ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) erhalten. In den QZV wurden in 2010 Leistungen zusammengefasst, die bereits zuvor größtenteils außerhalb des RLV vergütet wurden. Durch ein erhebliches Mengenwachstum bei diesen Leistungen war es in vielen Arztgruppen zu einem starken Absinken des Fallwertes gekommen. Zusammengefasst wurden bis dahin freie Leistungen (z. B. Akupunktur), Leistungen mit Fallwertzuschlägen (z. B. Ultraschall bei Hausärzten) und Leistungen, die nur von einem Teil der jeweiligen Arztgruppe erbracht werden (z. B. Allergologie). Für die Zuteilung eines QZV ist eine Gebiets-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung notwendig, teilweise auch eine Abrechnungsgenehmigung. Außerdem müssen die Ärzte im Vorjahresquartal mindestens eine Leistung des entsprechenden QZV abgerechnet haben. QZV und RLV können gegeneinander verrechnet werden.

7.4.2 Ordnungspolitische Notwendigkeit eines Bereinigungsverfahrens

401. Der Korporatismus ist das dominierende Steuerungsverfahren in der ambulanten ärztlichen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (vgl. Kapitel 1). Bis heute wird der weit überwiegende Teil der Versorgung über Kollektivverträge organisiert. Erste Abweichungsmöglichkeiten wurden 1997 mit den Modellvorhaben und den Strukturverträgen geschaffen. Mit Einführung der integrierten Versorgung im Jahr 2000 erhielten die Krankenkassen weitergehende Möglichkeiten zum Abschluss von Selektivverträgen. Diese wurden aber zunächst kaum genutzt. Ein entscheidender Grund hierfür lag darin, dass selektivvertragliche Leistungen, die vormals kollektivvertraglich erbrachte Leistungen substituierten, im Endeffekt doppelt von den Krankenkassen vergütet werden mussten.

Ein Grundproblem beim Abschluss von Selektivverträgen ist darin zu sehen, dass die Zahlungen der Krankenkassen an die KVen im Rahmen der MGV zunächst unabhängig von den von ihren Versicherten im Kollektivvertrag in Anspruch genommenen Leistungen geleistet werden müssen.²¹² 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 ihrem Beitrag zur Gesamtvergütung bereits bezahlt haben. Es ist somit nachvollziehbar, dass die Krankenkassen ohne ein funktionierendes

211 Außerdem wird ein Altersfaktor berücksichtigt. Der Fallwert der Arztgruppe ergibt sich aus dem aktuellen Verteilungsvolumen der Arztgruppe dividiert durch die Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal.

212 Dies gilt nicht in gleichem Maße für Jahre, die als Aufsatzzeitpunkt für die Vergütung genutzt werden. Für alle Jahre zwischen zwei Aufsatzzeitpunkten besteht aber zunächst kein Zusammenhang zwischen den Zahlungen der Krankenkassen und den von ihren Versicherten jeweils in Anspruch genommenen Leistungen.

Bereinigungsverfahren die Möglichkeiten zum Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung zunächst kaum genutzt haben.

Dies änderte sich im Jahr 2004 mit Einführung der Anschubfinanzierung. Diese temporäre Regelung erlaubte den Krankenkassen, jeweils 1 % des ambulanten und des stationären Budgets für Verträge zur integrierten Versorgung abzuziehen. Folglich war für diese Verträge auch keine zusätzliche Bereinigung mehr erforderlich. Mit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung Ende des Jahres 2008 stellte sich das Bereinigungsproblem aber erneut. Überdies sind in der Zwischenzeit weitere wichtige selektivvertraglich zu regelnde Bereiche hinzugekommen. Hier sind insbesondere Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V zu nennen, die in einigen KV-Bezirken wesentliche Teile der kollektivvertraglichen Versorgung ersetzt haben. Auch Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V gewinnen an Bedeutung.

402. Aus ordnungspolitischer Sicht stellt die Bereinigung eine wichtige Voraussetzung für einen funktionsfähigen Wettbewerb dar, wenn gleichzeitig ein korporatistisch organisiertes Kollektivvertragssystem und ein stärker dezentral gesteuertes Selektivvertragssystem nebeneinander entwickelt werden sollen. Dieser Systemwettbewerb kann isoliert betrachtet schon wohlfahrtsfördernd wirken. In beiden Vertragssystemen nehmen die Anstrengungen zur Verbesserung der Effizienz zu, wenn die Gefahr besteht, Marktanteile an das jeweils andere System zu verlieren. Dies gilt insbesondere für den ansonsten nicht durch Wettbewerb geprägten Kollektivvertragsbereich. Ferner können in Selektivverträgen erfolgreich erprobte innovative Modelle später als Vorbild für die Gestaltung des Kollektivvertrags dienen. Insgesamt kann der Systemwettbewerb den gleichen Zielen dienen, wie sie in Kapitel 1 als allgemeine Ziele des Wettbewerbs formuliert wurden, z. B. Präferenzgerechtigkeit des Leistungsangebots, Kosteneffizienz und Innovationsförderung.

In einem unverzerrten Wettbewerb würde die Versorgung immer in dem System stattfinden, in dem sie das günstigste Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist. Der Wettbewerb zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen ist aber durch verschiedene Faktoren verzerrt. Beispielsweise unterliegen Selektivverträge im Gegensatz zu Kollektivverträgen bisher vollumfänglich dem Vergaberecht (vgl. Unterkapitel 2.6), was hohe zusätzliche Kosten für die vertragsschließenden Krankenkassen bedeuten kann. Auch kann die bisherige Vorherrschaft des Kollektivvertragssystems es erschweren, in Selektivverträgen eine notwendige kritische Masse von teilnehmenden Leistungserbringern und Versicherten zu generieren. In diesem Fall könnte der System-Mix in einem langfristig ineffizienten Gleichgewicht verharren. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, dass das KV-System bei einem hohen Anteil von Selektivverträgen weiterhin allgemeine Aufgaben erfüllen muss, ohne die dafür notwendigen Finanzmittel zur Verfügung zu haben. Beispielsweise müssen die KVen ein umfassendes Leistungsangebot aufrecht erhalten, während in Selektivverträgen nur bestimmte Versorgungsbereiche abgedeckt sein können. Auch Aufgaben wie Qualitätssicherung und Fortbildung sind weiterhin von den KVen zu leisten (Köhler 2010). Diese Problematik könnte zumindest teilweise dadurch gelöst werden, dass systemübergreifende Aufgaben der KVen von den Krankenkassen stärker separat vergütet werden.

Neben einer Reduzierung sonstiger Wettbewerbsverzerrungen sollte ein Bereinigungsverfahren angestrebt werden, das wettbewerbsneutral ist.²¹³ Um dies zu erreichen, ist vielfach gefordert worden,

213 Von einem verzerrenden Bereinigungsverfahren im Sinne eines „Second Best“ ist abzuraten, da nicht völlig klar ist, in welche Richtung der Wettbewerb letztlich verzerrt ist. Wenn angesichts der bestehenden Vorherrschaft des Kollektivvertrages eine Benachteiligung des Selektivvertrages vermutet wird, sollte das Bereinigungsverfahren die Selektivverträge keinesfalls noch weiter benachteiligen.

dass das Bereinigungsverfahren eine möglichst exakte Schätzung dessen liefern muss, was der Versorgungsauftrag des jeweiligen Selektivvertrags in der kollektivvertraglichen Versorgung gekostet hätte (Cassel et al. 2006; Schulze/Schwinger 2008; Schwinger/Nolting 2010). Auch die Begründung des GKV-WSG zu §§ 73b und 73c SGB V verpflichtet die Gesamtvertragspartner "zu einer Bereinigung der Gesamtvergütung um den Betrag, den die Erfüllung des selektivvertraglich vereinbarten Versorgungsauftrags bezogen auf die teilnehmenden Versicherten im Rahmen der kollektivvertraglich organisierten vertragsärztlichen Leistungserbringung gekostet hätte." Im SGB V selbst (§ 73b Abs. 7 S. 1, § 73c Abs. 6 S. 2 und § 140d Abs. 1 S. 1) ist etwas allgemeiner formuliert, dass ab 1. Januar 2009 die Bereinigung der MGV entsprechend

- der Zahl der am jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten,
- der Morbiditätsstruktur der teilnehmenden Versicherten sowie
- dem vertraglich vereinbarten Versorgungsbedarf

vorgenommen werden muss.

403. Wie viel selektivvertraglich erbrachte Leistungen im Kollektivvertrag gekostet hätten, ist nicht eindeutig definiert. Es könnte sich um die Zahlungen handeln, die die Krankenkasse dafür (implizit) an die KV geleistet hätte oder um das Honorar, das die betroffene KV ansonsten für diese Leistungen gezahlt hätte. Die beiden Werte sind in der Regel nicht identisch. Wie ausgeführt, entsteht die Notwendigkeit zur Bereinigung gerade dadurch, dass die Bemessungsgrundlage der Zahlungen der einzelnen Krankenkassen nicht mit der Bemessungsgrundlage der Ärztehonorare übereinstimmt. Unterschiede können sich z. B. dadurch ergeben, dass sich Selektivvertragsteilnehmer seit Festlegung des kassenindividuellen Behandlungsbedarfes pro Versichertem ungünstiger entwickelt haben als der Durchschnitt aller Versicherten. In diesem Fall wäre die seit 2008 fortgeschriebene Leistungs-inanspruchnahme eines Versicherten (die Basiszahlung der Krankenkasse an die KV) geringer als der Betrag, den die KV den Ärzten für die Behandlung dieses Versicherten gezahlt hätte. Vergleichsweise einfach stellt sich der Fall dar, wenn Patienten, die der am Selektivvertrag teilnehmende Arzt ansonsten selbst im Kollektivvertrag behandelt hätte, sich in den Selektivvertrag einschreiben. Nach dem hier formulierten Bereinigungsziel der Wettbewerbsneutralität muss die Krankenkasse die MGV um den Betrag bereinigen können, den der am Selektivvertrag teilnehmende Arzt bekommen hätte, wenn er die eingeschriebenen Patienten im Kollektivvertrag behandelt hätte. Diesen Betrag benötigt die Krankenkasse, um die teilnehmenden Ärzte – bei angenommenem gleichem Leistungsumfang und gleichem Vergütungssystem – nicht schlechter und nicht besser zu stellen, als wenn die Ärzte im Kollektivvertrag verblieben. Die Krankenkasse wird durch den Bereinigungsbetrag in die Lage versetzt, den Honorarverlust der teilnehmenden Ärzte genau auszugleichen. Die Selektivvertragspartner als Einheit betrachtet haben – unter ansonsten gleichen Bedingungen – keinen Vor- und auch keinen Nachteil durch einen Systemwechsel.

404. Selbstverständlich werden Selektivverträge mit der Absicht geschlossen, Verbesserungen wie Qualitätssteigerungen und/oder Kostensenkungen zu erreichen, z. B. durch veränderte Vergütungsstrukturen. Beispielsweise könnte in einem Selektivvertrag eine Pauschalvergütung ohne Verlust an Behandlungsqualität zu einer Reduktion der (teilweise den Patienten belastenden) Behandlungsmengen führen. Könnte nur der Betrag der geringeren Inanspruchnahme im Selektivvertrag bereinigt werden, obwohl der Arzt im Kollektivvertrag mehr Leistungen erbracht hätte, wäre ein solcher Selektivvertrag möglicherweise für Krankenkassen wenig attraktiv, weil sie den Ärzten mehr zahlen müssten als sie durch Bereinigung erhielten. Kann dagegen ein Betrag in

Höhe der tatsächlich zu erwartenden Inanspruchnahme aus dem Kollektivvertrag bereinigt werden, ist eine Gleichbehandlung zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag gewährleistet. Die Selektivvertragspartner könnten in diesem Beispiel den Nutzen der Patienten steigern, ohne zusätzliche Kosten zu verursachen.

405. Der Selektivvertrag kann auch Auswirkungen auf nicht am Vertrag teilnehmende Ärzte haben. Dies kann geschehen durch

- Patientenwanderung von Kollektivvertragsärzten in den Selektivvertrag,
- Übernahme von Leistungen durch Selektivvertragsärzte, die sonst von anderen Arztgruppen erbracht worden wären, z. B. Wechsel von Blasenkathetern durch Hausärzte statt durch Urologen und
- Reduzierung des Bedarfs an Leistungen anderer Arztgruppen, z. B. durch Prävention.

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. Selbst wenn allerdings eine Krankenkasse den Betrag bereinigen kann, den ansonsten ein Kollektivvertragsarzt für die Behandlung eines Patienten erhalten hätte, kann dies unzureichend sein. Eine an sich zu niedrige Vergütung für Hochkostenpatienten ist weniger problematisch, wenn sich diese Patienten relativ gleich auf die Ärzte einer Arztgruppe aufteilen. Kommt es aber im Rahmen von Selektivverträgen zu einer (medizinisch und ökonomisch oft sinnvollen) Konzentration solcher Fälle, würde die unzureichende Vergütung den Selektivvertrag benachteiligen. Die Bereinigungsregel wäre also noch um einen Morbiditätsfaktor zu ergänzen.

Dieser optimale Bereinigungsbetrag ist aber aus zwei Gründen hypothetisch: Zum einen muss die Bereinigung vor Beginn eines Quartals vorgenommen werden, während die Abrechnung erst am Ende eines Quartals erfolgen kann; zum anderen tritt die Situation ohne Selektivvertrag nicht ein, wenn ein Selektivvertrag abgeschlossen wurde. Der hypothetische optimale Bereinigungsbetrag kann aber als Beurteilungsmaßstab dienen.

406. Um unverzerrten Wettbewerb zwischen den Systemen gewährleisten zu können, muss nicht nur der Übergang vom Kollektiv- in das Selektivvertragssystem entsprechend gestaltet sein, sondern auch der Wechsel aus Selektivverträgen zurück in den Kollektivvertrag. Dafür müssen MGK und RLV der behandelnden Ärzte im Falle eines Rückkehrers wieder auf den Betrag erhöht werden, auf den sie sich belaufen hätten, wenn der Versicherte nie in den Selektivvertrag gewechselt wäre. Würde sich die MGK beispielsweise um einen geringeren Betrag erhöhen, ergäbe sich ein Wettbewerbsvorteil für Selektivverträge. Es würde sich für Krankenkassen in bestimmten Grenzfällen lohnen, wenn Versicherte sich selbst dann in Selektivverträge einschreiben, wenn die Versorgung dort kein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis aufwies als im Kollektivvertrag. Verzerrte Rückkehrerbeträge können zudem Selektionsanreize hervorrufen: Erhöht sich die MGK bei Rückkehr besonders kranker Versicherter z. B. um weniger als den Betrag, der sonst für deren Behandlung aufzubringen wäre, könnte es für Krankenversicherer lohnend sein, wenn solche Versicherte ihre Teilnahme an dem Selektivvertrag kündigen würden. Überdies ist sicherzustellen, dass die erhöhte MGK nicht auf alle Ärzte verteilt wird, sondern denen zu Gute kommt, die den Rückkehrer behandeln.

Andere wichtige Kriterien zur Beurteilung eines Bereinigungsverfahrens neben der Wettbewerbsneutralität sind Manipulationsanfälligkeit und der mit dem Verfahren verbundene administrative Aufwand (Schulze/Schwinger 2008).

407. Das Bereinigungsproblem wird abgemildert, aber keineswegs gelöst, wenn die im GKV-VStG vorgesehenen Regelungen zur Vergütung in Kraft treten. Demnach soll der Anteil einer Krankenkasse an der MGW 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. Nehmen die Versicherten einer Krankenkasse weniger Leistungen in Anspruch, weil sie in einem Selektivvertrag versorgt werden, nimmt folglich auch der Anteil einer Krankenkasse an der MGW ab. Wenn die Bereinigung unterbleibt, verbleibt dagegen für die Krankenkasse ein Verlust, weil die MGW als Ganzes zunächst konstant bleibt. Betrachtet man allein den relativen Verlust, ist dieser umso größer, je größer der Marktanteil der Krankenkasse ist, weil die Krankenkasse dann auch einen höheren Anteil an der konstanten MGW hat. Der relative Verlust ist in dieser Betrachtungsweise umso kleiner, je größer der Leistungsumfang des Selektivvertrags ist, da der verbleibende Anteil der Krankenkasse an der an sich zu hohen MGW abnimmt.

Insgesamt reduzieren die Regelungen des GKV-VStG somit die potenziellen Verluste aus dem Fehlen eines funktionsfähigen Bereinigungs-systems, beseitigen sie aber keinesfalls. Gravierend bleiben die Verluste bei Krankenkassen mit hohem Marktanteil und weniger umfangreichen Verträgen. Bei Hausarztverträgen kleiner Krankenkassen fallen die Verluste aber relativ gering aus.

7.4.3 Aktuell gültige Bereinigungsverfahren

408. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010 ein umfassendes Bereinigungsverfahren beschlossen. Explizit gültig ist der Beschluss für Verträge nach §§ 73b, 73c und 140aff. SGB V. Aus den Gesetzesbegründungen lässt sich ferner ableiten, dass das Verfahren grundsätzlich auch auf Modellvorhaben nach § 63 SGB V anwendbar ist. Die Umsetzung der Bereinigungsregelungen obliegt den zuständigen Partnern der Gesamtverträge, d. h. den KVen und den Landesverbänden der Krankenkassen. Kommt keine Einigung zu Stande, muss das jeweils zuständige Schiedsamt den Bereinigungsvertrag festsetzen. Auch eine einzelne Krankenkasse, die einen Selektivvertrag geschlossen hat, kann das Schiedsamt anrufen. Nehmen Versicherte an einem Selektivvertrag teil, die nicht im KV-Bezirk der Vertrags-KV wohnen, muss ein eigener Bereinigungsvertrag mit der Wohnort-KV geschlossen werden (KV-übergreifende Bereinigung). Die Bereinigung findet quartalsweise statt. Bis sechs Wochen vor Beginn des nächsten Bereinigungsquartals muss eine Krankenkasse die notwendigen Daten an die zuständige KV und ggf. den Landesverband der Krankenkasse liefern.

7.4.3.1 MGW-Bereinigung

409. Im Bereinigungsbeschluss wird zwischen „Selektivverträgen mit ex ante-Einschreibung des Versicherten“ und „Selektivverträgen mit situativer Einschreibung/Inanspruchnahme“ unterschieden. Idealtypisch sind Verträge mit ex-ante-Einschreibung für längerfristige Behandlungszeiträume vorgesehen, beispielsweise die Behandlung chronischer Erkrankungen oder auch die hausarztzentrierte Versorgung. Aus Sicht einer Krankenkasse kann es sich anbieten, solche Verträge mit

Wahlтарifen nach § 53 Abs. 3 SGB V zu verbinden. Auf diese Weise kann den Versicherten durch Zuzahlungsermäßigungen und Prämienzahlungen ein Anreiz gegeben werden, sich in diese Verträge einzuschreiben und sich von den an diesen Verträgen teilnehmenden Ärzten behandeln zu lassen.

Idealtypische Verträge mit situativer Inanspruchnahme sind einmalige, abgegrenzte Behandlungsanlässe wie z. B. Hüft- und Knie-TEPs. Das Bereinigungsverfahren für Verträge mit situativer Inanspruchnahme kann aber grundsätzlich auch für längerfristig angelegte Verträge angewandt werden.

Für Verträge mit ex ante-Einschreibung gilt folgendes Verfahren:

Für jeden eingeschriebenen Versicherten wird der (auf ein Quartal abgegrenzte) historische versorgungsauftragsspezifische 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. Beispielsweise umfasst ein Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung normalerweise alle hausarztspezifischen EBM-Ziffern. Er kann aber z. B. auch arztgruppenübergreifende, spezielle Gebührenpositionen enthalten. 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, nämlich die Honorarverteilungsquote und die Veränderungsraten seit 2008. 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 (wenn man von Versicherten, die nach 2008 zu der Krankenkasse gekommen sind, absieht), da die Zahlungen der Krankenkassen an die KVen auf der Ist-Inanspruchnahme 2008 aufsetzen.

Für Versicherte, für die der vertragsschließenden Krankenkasse keine Daten zum historischen Leistungsbedarf vorliegen (z. B. weil sie erst im letzten Quartal zu der Krankenkasse gewechselt sind), sieht der Beschluss eine Anwendung von nach Alter differenzierten Durchschnittswerten des vertragsspezifischen, historischen Leistungsbedarfs vor.

410. 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. Dann könnte trotz Leistungsverlagerung in den Selektivvertrag nichts von der MGV abgezogen werden. Daher sieht der Beschluss ein anderes Verfahren zur Bestimmung des Leistungsbedarfs vor: Es wird die Summe der vertragsspezifischen 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 zu berücksichtigenden Inanspruchnehmer innerhalb des Selektivvertrags" (Beschluss des Bewertungsausschusses vom 19. Oktober 2010) zu multiplizieren.

Nehmen Versicherte, die in einen Selektivvertrag eingeschrieben sind, solche Leistungen bei Kollektivvertragsärzten in Anspruch, die Teil des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs sind, handelt es sich um eine nicht vertragsgemäße Inanspruchnahme. In diesem Fall muss die Krankenkasse die Leistungen extrabudgetär vergüten, d. h. zum vollen Punktwert ohne Abstaffelung.

7.4.3.2 Bereinigung auf Arztebene

411. Der Bereinigungsbeschluss aus dem Jahr 2010 sieht detaillierte Regelungen zur Bereinigung der RLV vor. Da mit dem GKV-VStG aber die Honorarverteilung auf die regionale Ebene verlagert wurde und theoretisch auch andere mengenbegrenzende Verfahren genutzt werden können, sieht der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 14. Dezember 2011 zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 19. Oktober 2010 folgerichtig auch keine Regelungen zur RLV-Bereinigung mehr vor. Für einen Übergangszeitraum bleiben die 2010 getroffenen Bestimmungen aber gültig.

Eine Bereinigung auf Arztebene ist automatisch erforderlich, wenn die MGV bereinigt wird. Schließlich können die KVen nur das Honorarvolumen an die Ärzte verteilen, das ihnen tatsächlich zur Verfügung steht. Auch nach einer Bereinigung der MGV müssen Finanzierungsebene und Abrechnungsebene in Übereinstimmung gebracht werden. Dabei geht es um die Frage, wie die Kürzungen der MGV auf einzelne Arztgruppen und Ärzte zu verteilen sind. Die Bereinigungsregelungen auf Arztebene sind auch in hohem Maße relevant für die Funktionsfähigkeit des Systemwettbewerbs zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen. Beispielsweise wäre ein Bereinigungsverfahren, in dem ein an einem Selektivvertrag teilnehmender Arzt durch Bereinigung auf der Arztebene mehr an Vergütung verliert als die Krankenkasse für die von dem Arzt zu erbringenden Leistungen auf MGV-Ebene bereinigen kann, nicht wettbewerbsneutral. Die Selektivvertragspartner würden insgesamt schlechter gestellt.

412. Bei Verträgen mit ex ante-Einschreibung besteht die Möglichkeit, an der Fallzahl des Arztes und am Fallwert der Arztgruppe anzusetzen. Nach dem 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 selbst an diesem Selektivvertrag teil, wird sein 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 MGV, die nicht durch Fallzahlreduktionen auf der RLV-Ebene 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 auf $\pm 2,5\%$ beschränkt (bzw. $\pm 4,25\%$, wenn keine Altersadjustierung vorgenommen wird). Möglicherweise verbleibende Differenzen zwischen MGV- und RLV-Bereinigung werden durch eine Fallwertreduktion (bzw. -steigerung) nur bei den am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten berücksichtigt.

413. Bei Verträgen mit situativer Einschreibung wird der auf MGV-Ebene zu bereinigende Betrag auf die teilnehmenden Ärzte gemäß ihrem historischen Anteil am vertragsspezifischen

Versorgungsumfang aufgeteilt. Hatte also z. B. ein Arzt im Jahr 2008 einen Anteil von 10 % an den insgesamt von den teilnehmenden Ärzten in 2008 erbrachten vertragsspezifischen Leistungen, so werden auch 10 % des MGV-Bereinigungsbetrages vom RLV dieses Arztes abgezogen. Bei Ärzten, die nicht an solchen Selektivverträgen teilnehmen, erfolgt keine Anpassung der RLV.

Die QZV werden ebenfalls ausschließlich bei an Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten bereinigt. Die Verteilung auf einzelne Ärzte erfolgt unterschiedlich, je nachdem wie die QZV gebildet wurden.

7.4.3.3 Bewertung des Bereinigungsbeschlusses und Verbesserungsvorschläge

Abgrenzung des Versorgungsauftrags

414. Ein substanzielles Problem stellt die Abgrenzung des Versorgungsauftrags von Selektivverträgen dar. Bei der hausarztzentrierten Versorgung ist die Abgrenzung vergleichsweise einfach, da die Verträge das übliche Spektrum hausärztlicher Leistungen umfassen. Aber auch hier kann es Streitpunkte geben, z. B. von Hausärzten erbrachte pädiatrische Leistungen. Deutlich schwieriger stellt sich die Abgrenzung des Leistungsumfangs bei indikationsbezogenen Verträgen zur integrierten Versorgung und Verträgen nach § 73c SGB V dar. Im Ergebnis werden die meisten Bereinigungsverträge zu Hausarztverträgen vor dem Schiedsamt verhandelt. Ein solches Verfahren ist für die Beteiligten mit erheblichem Aufwand, Verzögerungen und Unsicherheiten verbunden. Auch ist es den Schiedsämtern in der zur Verfügung stehenden Zeit kaum möglich, den korrekten Bereinigungsbetrag exakt zu ermitteln.

Bei Verträgen nach § 73c SGB V und zur integrierten Versorgung und § 14a-d SGB V wird nur selten eine Bereinigung vorgenommen, im Falle der integrierten Versorgung bei 2,2 % der Verträge (vgl. Kapitel 7.6). Dieser Umstand ist teilweise historisch bedingt: Bei Einführung der Anschubfinanzierung im Jahr 2004 waren viele Krankenkassen daran interessiert, möglichst schnell die zur Verfügung gestellten Gelder auszuschöpfen. Dies ließ sich am leichtesten durch zusätzliche Vergütung für Leistungserbringer erreichen. Daher wurden in dieser Zeit viele so genannte Add-on-Verträge mit Leistungen, die über den GKV-Leistungskatalog hinaus gehen, geschlossen, von denen die Mehrzahl noch heute fortbesteht. Für solche Verträge ist eine Bereinigung weder möglich noch erforderlich. Aber auch Verträge, die kollektivvertragliche Leistungen substituieren, werden meist nicht bereinigt. Ein wesentliches Hindernis für die Bereinigung ist in diesen Fällen die Abgrenzung des Versorgungsumfangs. Dieses Problem ist nicht einfach zu lösen. Grundsätzlich vorstellbar ist die Bewertung des Leistungsumfangs durch eine neutrale Stelle (z. B. das Bundesversicherungsamt (BVA)). Es ist aber fraglich, ob ein solches Verfahren weniger bürokratisch wäre als das existierende. In jedem Fall bleiben die Selektivvertragspartner gezwungen, die vertraglichen Leistungen entsprechend dem EBM zu vereinbaren. Dies schränkt die Gestaltungsfreiheit erheblich ein.

Historischer Leistungsbedarf

415. Das Herzstück des beschlossenen Verfahrens zur MGV-Bereinigung bei Verträgen mit ex-ante-Einschreibung ist der historische Leistungsbedarf. Im Durchschnitt über alle Leistungen aller Versicherten ist der in diesem Verfahren ermittelte Betrag angemessen und das Verfahren neutral im Hinblick auf den Wettbewerb zwischen dem Kollektivvertrags- und dem Selektivvertragssystem. Es ist allerdings fraglich, ob Selektivvertragsteilnehmer dem Durchschnitt aller Versicherten entspre-

chen. Normalerweise ist damit zu rechnen, dass insbesondere kränkere Menschen ein Interesse an der Teilnahme an Selektivverträgen haben und bereit sind, sich einzuschreiben. Auch empirische Beobachtungen deuten darauf hin (Hermann 2010).

Erhöhte Morbidität in Selektivverträgen stellt kein Problem dar, wenn sie bereits so lange vor der Einschreibung vorlag, dass der historische Leistungsbedarf entsprechend überdurchschnittlich ausfällt. Der Bereinigungsbetrag ist aber zu gering, wenn sich der Versorgungsbedarf der Versicherten nach dem Bezugszeitraum des historischen Leistungsbedarfs ungünstig entwickelt. 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 historischer Leistungsbedarf aus dem Kollektivsystem mehr vor. Selbst bei Neupatienten hat jeder historische Leistungsbedarf per Definition immer einen gewissen zeitlichen Versatz, so dass es bei einigen Personen zu unzureichenden Bereinigungsbeträgen kommt.

Dieses Problem wird dadurch verschärft, dass sich gerade die Menschen, die chronisch krank werden, in Selektivverträge einschreiben, oft bevor sich ihr erhöhter Leistungsbedarf in vollem Maße in den historischen Daten niedergeschlagen hat. Hausärztliche Leistungen werden von den meisten Patienten regelmäßig und in im Zeitablauf weniger stark schwankendem Umfang in Anspruch genommen. Daher ist der Anteil der Patienten, deren historischer Leistungsbedarf stark vom tatsächlichen abweicht, vergleichsweise gering. In Facharztverträgen nach § 73c SGB V zeigt sich dieses Problem aber deutlich: In Baden-Württemberg ist beispielsweise der durchschnittliche historische Leistungsbedarf der Selektivvertragsteilnehmer geringer als die durchschnittliche Inanspruchnahme der Kollektivvertragspatienten bei diesen Leistungen. Die Schlussfolgerung, dass sich besonders gesunde Versicherte in Facharztverträge einschreiben, wäre abwegig. Der Grund für diese Abweichung liegt vielmehr darin, dass sich z. B. viele Vertragsteilnehmer (sinnvollerweise) unmittelbar nach Diagnose einer Herzerkrankung in einen Kardiologie-Vertrag eingeschrieben haben, noch bevor ihr historischer Leistungsbedarf in vollem Maße angestiegen war.

Ungenauere Schätzungen der Morbidität durch den historischen Leistungsbedarf können auch entstehen, wenn sich die Entwicklung des Leistungsbedarfs einer Indikation, über die ein Selektivvertrag abgeschlossen wurde, stark von der allgemeinen Entwicklung des Leistungsbedarfs unterscheidet. Da der historische Leistungsbedarf mit der allgemeinen Entwicklung der MGW fortgeschrieben wird, können erhebliche Abweichungen entstehen, wenn in dem Selektivvertrag z. B. eine Population mit einer fortschreitenden chronischen Erkrankung eingeschrieben ist, deren Leistungsbedarf weit überdurchschnittlich ansteigt. Diese Abweichung vermindert die Anreize zum Abschluss solcher Verträge und verleitet dazu, Patienten immer wieder für gewisse Zeiträume in den Kollektivvertrag zurückzubringen, damit der historische Leistungsbedarf zum tatsächlichen Leistungsbedarf aufschließen kann.

Bereinigung auf Arzzebene

416. Der am kontroversesten diskutierte Teil des Bereinigungsbeschlusses ist die RLV-Bereinigung. Einige Krankenkassen haben die Ansicht vertreten, dass es auf Arzzebene kein spezielles Bereinigungsverfahren geben solle (Graf 2009). In diesem Fall würde eine Bereinigung der MGW zu einem Absinken der Fallwerte bei den betroffenen Arztgruppen führen, die Fallzahlen würden nicht

korrigiert.²¹⁴ Auf der anderen Seite wurde von KV-Seite immer wieder gefordert, dass nicht am Selektivvertrag teilnehmende Ärzte keine Nachteile durch die Teilnahme anderer Ärzte haben dürfen. In der Konsequenz würden die Fallwerte der Kollektivvertragsärzte unverändert bleiben. Durch die Fallzahlbereinigung bei den Selektivvertragsärzten nicht abgedeckte Teile der MGV-Bereinigung, die durch Leistungsverlagerungen, Mehrfachinanspruchnahmen und Morbiditätsunterschiede entstehen können, würden komplett auf die Fallwerte der Selektivvertragsärzte umgelegt.

Wenn die Ärzte eines Systems keine Honorarverluste im Wettbewerb hinnehmen sollen, werden Marktanteilsverschiebungen erschwert oder verzögert und wesentliche Wettbewerbswirkungen konterkariert. Wenn die Kollektivvertragsärzte insgesamt weniger Patienten versorgen, weil einige in Selektivverträge abgewandert sind, müssen auch die Honorare der Kollektivvertragsärzte sinken und umgekehrt. Die Forderung der KVen, dass ein Arzt, der selbst nicht am Selektivvertrag teilnimmt, durch den Selektivvertrag keinerlei Nachteile erleiden darf, ist quasi definitionsgemäß nicht wettbewerbsneutral.

Es ist folglich auch 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 unterschiedlich behandelt wird, je nachdem von welchem Arzt der Patient kommt (Weiß 2010). Kommt er aus dem Kollektivvertrag von Arzt A, der an dem gleichen Selektivvertrag teilnimmt wie der aufnehmende Arzt, wird bei Arzt A ein Fall gekürzt. Würde der gleiche Patient von Arzt B, der nicht an dem Selektivvertrag teilnimmt, zu dem gleichen Arzt wechseln, käme es zu nicht zu einer Fallkürzung bei Arzt B, sondern zu einer Absenkung des Fallwertes. Der sinkende Fallwert stellt eine nicht gerechtfertigte Benachteiligung der Selektivvertragsärzte dar. Auch innerhalb der Gruppe der Kollektivvertragsärzte werden diejenigen benachteiligt, die keine oder wenige Abgänge zu verzeichnen hatten. Auch die von der KBV wiederholt vorgetragene Forderung, dass ein Kollektivvertragsarzt in Köln keinen Honorarverlust erleiden darf, wenn ein Arzt in Düsseldorf an einem Selektivvertrag teilnimmt (z. B. Köhler 2009), bleibt erfüllt, wenn bei Kollektivvertragsärzten eine Fallzahlbereinigung vorgenommen wird.

417. Schwieriger zu beurteilen als die Fallzahlbereinigung ist die Bereinigung der Fallwerte. Hier kann ein Zielkonflikt bestehen: Auf der einen Seite erfordert eine wettbewerbsneutrale Lösung eine möglichst exakte Zurechnung der überdurchschnittlichen (bzw. unterdurchschnittlichen) Morbidität eines Selektivvertragsteilnehmers bei dem Arzt, bei dem der Versicherte zuletzt in Behandlung war. Andernfalls wäre z. B. bei der Einschreibung eigener Patienten eines Selektivvertragsarztes der Honorarverlust dieses Arztes geringer (bzw. höher) als der Betrag, den die Krankenkasse von der MGV abziehen darf. Die exakteste Lösung würde darin bestehen, den historischen Leistungsbedarf des Versicherten, der in den Selektivvertrag wechselt, bei dem Arzt, der ihn zuletzt behandelt hat, abzuziehen.

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

²¹⁴ Wenn die in den Selektivvertrag eingeschriebenen Versicherten einen unterdurchschnittlichen historischen Leistungsbedarf aufweisen, kommt es zu einem Anstieg des Fallwertes.

innerhalb der Gruppe der an einem bestimmten Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte können durch entsprechende Vergütungsmodelle im Vertrag aufgefangen werden. Ärzte, die Versicherte mit besonders hohem Leistungsbedarf in den Vertrag einschreiben, müssten dann keine Nachteile erleiden. Auf der Ebene des Bereinigungssystems wären mit einer vertragsindividuellen Anpassung der Fallwerte die Voraussetzungen für eine interne Lösung der Selektivvertragspartner geschaffen.

Für Ärzte mit einem überdurchschnittlich kranken Patientenkollektiv ist schon heute das RLV, das auf Durchschnittswerten basiert, nicht ausreichend, um alle anfallenden Leistungen abzudecken. Wenn solche Ärzte Patienten in den Selektivvertrag abgeben, aber selbst nicht an dem Selektivvertrag teilnehmen, würde die Reduktion ihres RLV um den gesamten historischen Leistungsbedarf der abgegebenen Patienten zu einer Verschärfung dieser Unterdeckung führen. Sie können im Gegensatz zu Selektivvertragsärzten auch nicht durch eine Selektivvertragsvergütung für eine Reduktion ihres RLV kompensiert werden. 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. In diesem Fall würde der Honorarzuwachs der Selektivvertragspartner genau dem historischen Leistungsbedarf der hinzugewonnenen Patienten entsprechen. Würde der Fallwert der Selektivvertragsärzte hingegen genauso stark sinken wie der der nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte, wäre der Honorarzuwachs geringer als der historische Leistungsbedarf der Wechsler. Morbiditätsverschiebungen zwischen dem Kollektivvertrags- und dem Selektivvertragssystem würden dann nicht hinreichend genau abgebildet.

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.

418. Zu einem wettbewerbsneutralen Bereinigungsverfahren gehören auch angemessene Regelungen für die ohnehin stattfindende Patientenfluktuation zwischen den Ärzten sowie für den Umgang mit Versicherten, die aus einem Selektivvertrag zurück in den Kollektivvertrag wechseln. Grundsätzlich müssen bei einem solchen Rückkehrer sowohl die MGV als auch die RLV der behandelnden Ärzte erhöht werden.

Erbringt ein Selektivvertragsarzt für einen eingeschriebenen Patienten nebenbei auch nur eine einzige, vom Selektivvertrag nicht abgedeckte kollektivvertragliche Leistung, erhöht sich sein RLV im Folgejahr um einen kompletten Fall (Nolting/Schwinger 2009). Auf diese Weise würden den Selektivvertragsärzten sachlich ungerechtfertigte Möglichkeiten zur Erhöhung ihrer RLV eröffnet. Dem könnte dadurch begegnet werden, dass sich das RLV für auch selektivvertraglich versorgte Patienten nur um den entsprechenden Anteil eines Fallwerts erhöht.

Situative Bereinigung

419. Die Bereinigung von Verträgen mit situativer Teilnahme ist im Beschluss des Bewertungsausschusses besonders unbefriedigend gelöst. Dem Sachverständigenrat ist (abgesehen von der Übergangslösung bei der besonderen ambulanten Versorgung (nach § 73c) in Baden-Württemberg) kein einziger Fall bekannt, in dem dieses Verfahren tatsächlich zur Anwendung kommen würde. Dabei

machen die Verträge mit situativer Teilnahme fast zwei Drittel aller Verträge zur integrierten Versorgung aus (vgl. Unterkapitel 7.6).

Hauptnachteil dieses Verfahrens ist die Verwendung eines Durchschnittsbetrags unabhängig von der Morbidität der Teilnehmer, was zu Selektionsanreizen führen kann. Es wäre aber vorstellbar, dass sich die Gesamtvertragspartner auf unterschiedliche Morbiditätsgruppen einigen.

Schließlich können Leistungsverlagerungen in diesem Verfahren nicht abgebildet werden. Eine Bereinigung findet nur bei Selektivvertragsärzten statt, auch wenn potenzielle Kollektivvertragspatienten abgeworben werden. Diesem Mangel könnte durch Bildung von Rückstellungen für Leistungsverlagerungen begegnet werden, z. B. in Höhe von 2 % des Bereinigungsbetrages. Die vor Quartalsbeginn mitgeteilten RLV wären dann lediglich Mindestwerte. Am Ende des Quartals würden die gebildeten Rückstellungen dann entsprechend der stattgefundenen Patientenwanderung auf die RLV aufgeschlagen. Durch dieses Verfahren wird aber die Planungssicherheit der Ärzte eingeschränkt. Alternativ könnten die Leistungsverlagerung zwischen Kollektiv- und dem Selektivvertragssystem aus dem Vorjahr herangezogen und die RLV der jeweiligen Arztgruppe entsprechend angepasst werden. Hierbei besteht aber wiederum die Gefahr, dass sich unangemessene Verteilungswirkungen innerhalb des Kollektivvertragssystems ergeben; im Selektivvertragssystem könnte diese durch eine entsprechende Gestaltung des Honorierungssystems abgefangen werden.

Insgesamt existieren mehrere Verbesserungsmöglichkeiten für die Bereinigung von Verträgen mit situativer Teilnahme. Die Natur dieser Verträge macht es aber extrem schwierig, dieses Verfahren in befriedigender Weise zu adjustieren.

Honorarverteilungskompetenz

420. Die Regelungen zur RLV-Bereinigung im Bereinigungsbeschluss des Bewertungsausschusses wurden bereits kritisch beurteilt und auch von anderen Autoren als wesentliches Hindernis für den Abschluss von Selektivverträgen gesehen (Graf 2009; Weiss 2010). Wie dargelegt geht aber mit dem GKV-VStG die Verantwortung für die Honorarverteilung vollständig auf die KVen über. Diese Stärkung ihrer Kompetenzen könnten einige KVen, die Selektivverträgen kritisch gegenüber stehen, dafür nutzen, die gesamte MGV-Bereinigung nur in den RLV der Selektivvertragsärzte vorzunehmen. Die RLV der Kollektivvertragsärzte blieben auch bei Leistungsverlagerungen unverändert.

Die KVen hätten es also in der Hand, einen aus ihrer Sicht unerwünschten Systemwettbewerb weitgehend zum Erliegen zu bringen. 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. Für den Fall einer Nichteinigung müssten den Schiedsämtern Grundsätze der Bereinigung als Entscheidungshilfe vorgegeben werden.

KV-übergreifende Bereinigung

421. Ein vergleichsweise einfach zu lösendes Problem stellt die KV-übergreifende Bereinigung dar. In der Selektivvertragspraxis ist es mit erheblichem Aufwand verbunden, neben der Vertrags-KV noch eigene Bereinigungsverhandlungen mit weiteren KVen zu führen, aus denen Versicherte an einem Selektivvertrag teilnehmen (Hermann 2010). Die Lösung könnte darin bestehen, dass der mit der Vertrags-KV vereinbarte Versorgungsauftrag des Selektivvertrages automatisch anerkannt wird und auf dieser Basis der historische Leistungsbedarf von Versicherten aus anderen KVen ermittelt

werden kann. Zur Ermittlung des Bereinigungsbetrages kann dann der in der jeweiligen KV gültige Punktwert angewandt werden. Dieses Verfahren wird bereits von einigen KVen praktiziert. Eine entsprechende allgemeingültige Regelung könnte den Verhandlungsaufwand für alle Beteiligten wesentlich reduzieren.

Datenlieferfristen

422. Ein zweites wichtiges Praxisproblem stellen die Datenlieferfristen für Selektivvertrags Teilnehmer dar (Hermann 2010). Sechs Wochen vor Quartalsbeginn (bei erstmaliger Bereinigung bis zu acht Wochen) müssen die notwendigen Daten an die KV übermittelt werden. Bedenkt man zudem, dass Krankenkassen rund zwei Wochen benötigen, um diese Daten zu ermitteln, so können im Extremfall fast fünf Monate zwischen dem Eintritt eines Versicherten in einen Selektivvertrag und einer Bereinigung für diesen Versicherten liegen. In dieser Zeit zahlt die Krankenkasse doppelt.

Grundsätzlich könnte die Frist verkürzt werden. Mit der Verlagerung der Honorarverteilungskompetenzen auf die regionale Ebene entfällt auch die gesetzliche Verpflichtung der KVen, den Kassenärzten vier Wochen im Voraus ihre RLV mitzuteilen. Allerdings verlangt das Gesetz weiterhin Planbarkeit für die Ärzte. Ein gewisser Vorlauf bei der Mitteilung der RLV und damit auch der Meldung der Selektivvertragsteilnehmer wird daher wohl auch in Zukunft erforderlich sein.

7.4.4 Alternative Bereinigungsverfahren

7.4.4.1 Direkte Morbiditätsorientierung

423. Einige Autoren haben vorgeschlagen, als Basis für die MGV-Bereinigung nicht den historischen Leistungsbedarf, sondern Diagnoseinformationen (ggf. ergänzt um Medikamentenverordnungen) zu verwenden (Schulze/Schwinger 2008; Wasem 2010). In diesem Verfahren wird jeder eingeschlossenen Diagnose ein bestimmter Aufwand in der ambulanten ärztlichen Versorgung zugeordnet. Anschließend kann für jeden Versicherten, der an einem Selektivvertrag teilnimmt und für den eine entsprechende Diagnose dokumentiert ist, der zugehörige Betrag von der MGV abgezogen werden.

Am Institut des Bewertungsausschusses (InBA) wurde bereits ein detailliertes Patientenklassifikationssystem für den ambulanten Bereich entwickelt, mit dessen Hilfe der diagnosebezogene Teil der morbiditätsbedingten Veränderungsrate der MGV berechnet wird. Es handelt sich um ein komprimiertes, hierarchisiertes und 2-Jahres-prospektives Modell (InBA 2010). Auf Basis von 196 diagnosebasierten Risikokategorien und 32 Alters- und Geschlechtskategorien wird für 230 Risikokategorien eine Regressionsrechnung durchgeführt. Die so berechneten Kostengewichte werden durch den durchschnittlichen Leistungsbedarf aller Versicherten geteilt, um die Relativgewichte zu ermitteln. Die Relativgewichte stellen den zusätzlichen Leistungsbedarf einer Person aufgrund dieser zusätzlichen Risikokategorie dar. Ökonomisch weniger relevante Risikokategorien werden zusammengefasst, so dass das komprimierte Modell 91 Risikoklassen enthält. Grundsätzlich wäre es auch vorstellbar, den ambulanten Teil des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs für ein Bereinigungsverfahren zu verwenden. Dazu wäre allerdings eine sektorenbezogene Weiterentwicklung des RSA-Klassifikationsmodells notwendig.

424. Der Vorteil eines solchen Verfahrens liegt darin, dass die Morbidität der Versicherten zeitnäher und damit exakter erfasst wird als durch den historischen Leistungsbedarf. Die auf fehlender Aktualität des historischen Leistungsbedarfs beruhenden Selektionsanreize werden damit beseitigt. Da die Klassifikation der Versicherten ohnehin zum Zweck der Fortentwicklung der MGV erfolgt, könnte der administrative Aufwand dieses Verfahrens zudem geringer ausfallen.

425. Diesen Vorteilen stehen aber gravierende Nachteile gegenüber, insbesondere dass auf Diagnosen aus Selektivverträgen zurückgegriffen werden muss.²¹⁵ Krankenkassen haben dann ein Interesse daran, dass im Selektivvertrag möglichst viele und möglichst schwerwiegende Diagnosen gestellt werden: Selektivvertragsdiagnosen sind für die insgesamt zu zahlende MGV nicht relevant, wohl aber für den Bereinigungsbetrag der einzelnen Krankenkasse. Hinzu kommt, dass Krankenkassen für solche Diagnosen, die auch im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden, höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Für viele Diagnosen kann eine Krankenkasse also einen höheren Betrag von der von ihr zu zahlenden MGV abziehen und erhält gleichzeitig eine höhere Mittelzuweisung. Die Stellung solcher Diagnosen ist für Krankenkassen folglich mit einem doppelten Vorteil verbunden.

Neben diesem eindeutigen Anreiz zum Up-Coding haben Krankenkassen in Selektivverträgen auch deutlich bessere Möglichkeiten als im Kollektivvertrag, die Diagnosen der Ärzte zu beeinflussen. Beispielsweise könnten die Anreizstrukturen in Selektivverträgen so gestaltet werden, dass es zu mehr und zu schwerwiegenderen Diagnosen kommt, etwa indem ein Screening auf einige Erkrankungen besonders honoriert oder Zusatzentgelte für die Behandlung von Patienten mit bestimmten Diagnosen gezahlt werden. Auf diese Weise könnten Krankenkassen einen Teil der Einsparungen und Erträge aus den Diagnosen mit den Ärzten teilen, aber immer noch einen positiven Deckungsbeitrag erzielen. Überdies ist zu bedenken, dass Kontakt und Kooperation zwischen Krankenkassen und Ärzten in Selektivverträgen ausgeprägter sind als im Kollektivvertrag, so dass die Einflussmöglichkeiten der Krankenkassen zunehmen. Manche Ärzte erwirtschaften ferner einen erheblichen Anteil ihres Umsatzes mit einem einzigen Selektivvertrag, z. B. im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung. Unter diesen Umständen wird ein Arzt ohnehin geneigter sein, den Wünschen einer Krankenkasse nach mehr und schwereren Diagnosen nachzukommen als im Kollektivvertrag.

426. Insgesamt bestehen also Anreize und Umsetzungsmöglichkeiten der Krankenkassen für Up-Coding. Dies würde dazu führen, dass dem Kollektivvertrag mehr Mittel entzogen würden als gerechtfertigt wäre. Überdies handelt es sich bei Aktivitäten zur Maximierung von Diagnosen um gesamtwirtschaftlich unproduktive Tätigkeiten und damit Ressourcenverschwendung. Dieses Bereinigungsverfahren ist also allenfalls dann zu empfehlen, wenn durch effektive Kodierrichtlinien die Gefahr des Up-Coding weitgehend begrenzt werden kann. Allerdings ist gerade im hausärztlichen Bereich eine Kodiervorschrift, die diesen Ansprüchen genügt, aus grundsätzlichen methodischen Gründen nicht zu erwarten.

Weitere Schwierigkeiten entstehen, wenn Selektivverträge nicht das gesamte ambulante Leistungsgeschehen umfassen, sondern nur Ausschnitte davon. Dies ist bei fast allen heute existierenden Selektivverträgen der Fall. Populationsorientierte Modelle, die die gesamte ambulante Versorgung umfassen, machen nur einen kleinen Bruchteil des Selektivvertragsgeschehens aus (GA 2009, Ziffer 874ff.). Die Relativgewichte werden aber auf Basis der gesamten ambulanten ärztlichen Versorgung ermittelt. Selektivverträge wären nicht mehr wirtschaftlich, wenn für jeden einzelnen Vertrag ein

215 Dies ist bei der Verwendung des Groupers zur Fortentwicklung der MGV nicht der Fall.

eigenes Klassifikationssystem entwickelt werden müsste. Daher muss nach Anpassungsmöglichkeiten im Rahmen des bestehenden Systems gesucht werden.

Schulze und Schwinger (2008) schlagen zu diesem Zweck eine Neuermittlung des standardisierten Behandlungsbedarfs vor. Mit Hilfe einer Stichprobe wird ermittelt, welchen Anteil die vom Selektivvertrag abgedeckten Leistungen an der gesamten ambulanten Versorgung haben. Wird dieser Anteil mit dem standardisierten Behandlungsbedarf aller Versicherten multipliziert, erhält man den standardisierten Behandlungsbedarf des Selektivvertrages. Der Bereinigungsbetrag ergibt sich, indem der standardisierte Behandlungsbedarf mit den jeweiligen Relativgewichten der eingeschriebenen Versicherten multipliziert wird.

Mit der notwendigen Bestimmung der Details der Stichprobenziehung ergeben sich neue potenzielle Konfliktfelder zwischen den Gesamtvertragspartnern. Überdies bleibt es problematisch, Relativgewichte zu verwenden, die auf Basis der gesamten ambulanten ärztlichen Versorgung ermittelt worden sind. Schreibt sich beispielsweise ein Diabetiker in einen Vertrag zu Rückenleiden ein, ist sein Relativgewicht in Bezug auf die in dem Selektivvertrag erbrachten Leistungen zu hoch. Es entstehen also Anreize, kranke Versicherte in Verträge einzuschreiben, die nicht deren gesamte Morbidität abdecken. Selbst bei relativ umfassenden Hausarztverträgen ist es vorstellbar, dass ein schwer kranker Patient nur durchschnittlichen Versorgungsaufwand in der Hausarztpraxis verursacht, da der Patient hauptsächlich vom Facharzt betreut wird. Insgesamt erscheint es fraglich, ob die mit diesem Verfahren einhergehenden Ungenauigkeiten und Selektionsanreize denen des historischen Leistungsbedarfs vorzuziehen sind.

7.4.4.2 Interne Bereinigung zwischen den Vertragspartnern des Selektivvertrages

427. Der folgende Vorschlag stellt darauf ab, dass die Selektivvertragspartner Bereinigungsfragen auch weitgehend untereinander, also intern, regeln könnten. 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.²¹⁶

Im dritten Schritt haben die Krankenkassen nun die Möglichkeit, die Selektivvertragsärzte mit diesem (und ggf. weiterem) Geld 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 zusätzliche Zahlungen aus dem speziellen für den Selektivvertrag vorgesehenen Vergütungssystem erhalten.

²¹⁶ Vorstellbar wäre auch, dass die KVen diesen Betrag direkt an die Krankenkassen auszahlen und nicht zunächst an die Ärzte, wenn sich beide Selektivvertragspartner dazu verständigt haben.

428. Wenn nur eigene Patienten in den Selektivvertrag eingeschrieben werden, entspricht der Honorarverlust der teilnehmenden Ärzte automatisch den Einsparungen der Krankenkasse. Diese zuvor als Voraussetzung für Wettbewerbsneutralität formulierte Bedingung ist somit immer gegeben. Für die Bestimmung des „richtigen“ Bereinigungsbetrages ist dann nur noch entscheidend, welchen Anteil seines Honorars der Selektivvertragsarzt für die Versorgung seiner Kollektivvertragspatienten behält. Der in diesem Zusammenhang relevante Parameter ist der für die Bewertung der selektivvertraglich erbrachten Leistungen im Innenverhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen anzuwendende Punktwert. Es kann argumentiert werden, dass die im Rahmen des Selektivvertrages erbrachten Leistungen mit dem arztindividuellen durchschnittlichen Punktwert zu bewerten sind. Hierfür spricht, dass im Falle einer RLV-Überschreitung nicht eindeutig zugeordnet werden kann, welche Leistungen für diese Überschreitung verantwortlich sind. Für eine Bewertung mit dem Punktwert für den Regelfall spricht, dass Selektivverträge in aller Regel Maßnahmen zur Mengenbegrenzung beinhalten und daher die erbrachten Leistungen als notwendiger Leistungsbedarf interpretiert werden können (genau wie beim historischen Leistungsbedarf). Die Vereinbarung des Punktwertes könnte wiederum den Selektivvertragspartnern überlassen werden. Allerdings stellt der Punktwert für den Regelfall eine Obergrenze dar, da ansonsten Anreize zur Unterversorgung der Kollektivvertragspatienten entstehen würden.

Der Vorschlag zur internen Bereinigung weist eine Reihe von Vorteilen bei einiger Limitation auf:

- Grundlage der Bereinigung sind aktuell anfallende Leistungen. Es ist kein Rückgriff auf einen ggf. nicht mehr zutreffenden historischen Leistungsbedarf erforderlich.
- Es existiert keine Rückkehrerproblematik mehr.
- Es entstehen keine Verzögerungen durch Datenlieferfristen etc..
- Leistungsabgrenzungen müssen nur zwischen den Selektivvertragspartnern ausgehandelt werden. KVen, die ein Interesse daran haben könnten, möglichst wenige Leistungen anzuerkennen, müssen an diesen Verhandlungen nicht beteiligt werden. Es besteht folglich auch nicht die Gefahr, dass der Vertrag vor das Schiedsamt muss.
- Die Festlegung des Leistungsumfangs muss in jedem Fall durch die Selektivvertragspartner erfolgen. Der zusätzliche Aufwand, der sich durch das Bereinigungsverfahren selbst ergibt, bleibt minimal.
- Es ist keine Anpassung der RLV erforderlich, wenn nur eigene Patienten eingeschrieben werden.²¹⁷
- Für dieses Verfahren ist eine größere Akzeptanz im KV-Bereich zu erwarten, da das kollektive Budget zunächst unverändert bleibt.
- Die KVen besitzen weiterhin einen Überblick über das gesamte ambulante Behandlungsgeschehen. Bei anderen Bereinigungsverfahren kennt keine zentrale Stelle mehr die gesamten Details der Inanspruchnahme im ambulanten Bereich, was die Versorgungsforschung erschwert.
- Bei Nutzung der internen Bereinigung könnten Krankenkassen leichter und unbürokratischer ihrer gesetzlichen Bereinigungspflicht (§§ 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140d), die bei Neuab-

²¹⁷ Wechseln dagegen Patienten aus dem Kollektivvertrag in den Selektivvertrag, müssen die RLV weiterhin angepasst werden.

schließen auch vom BVA geprüft wird, nachkommen. Auch den KVen dürfte es entgegenkommen, wenn sie auf diese Weise von Bereinigungsaufgaben entlastet werden.

Das vorgeschlagene Verfahren weist aber auch eine Reihe von Nachteilen auf:

- Ärzte müssen doppelt abrechnen. Es können sich aber EDV-Lösungen entwickeln, die einmal eingegebene Abrechnungsinformationen für beide Systeme nutzen, sodass der Aufwand minimiert wird.
- Ärzte könnten Leistungen, für die sie nur aus dem Selektivvertrag vergütet werden, nachlässig abrechnen. Den Schaden hieraus müssten die Krankenkassen tragen. Dieses Problem könnte aber zum einen durch die Gestaltung des Selektivvertrages reduziert werden. Vorstellbar wäre z. B. eine Beteiligung der Ärzte an den über die KV abgerechneten Leistungen. Ferner müssten wichtige EBM-Ziffern auch im Selektivvertrag dokumentiert werden. Dann könnten Krankenkassen ggf. Regress von den Ärzten fordern, wenn solche Leistungen nicht korrekt abgerechnet worden sind.
- Der gravierendste Nachteil des Vorschlags liegt darin, dass Einsparungen im ambulanten Bereich nur zum Teil den Selektivvertragspartnern zugute kommen. Sinkt durch den Einsatz innovativer Honorierungsformen (z. B. qualitätsorientierte Anreize oder spezielle Komplexleistungen wie Case Management) 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

429. Am 1. Januar 2012 ist § 73 Abs. 7 SGB V in Kraft getreten. Danach ist es „Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren“. Die Norm wurde im Zuge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes neu geschaffen und orientiert sich an der berufsrechtlichen Bestimmung des § 31 Abs. 1 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO) in der Fassung vor Änderung mit Beschluss vom 3. Juni 2011 auf dem 114. Deutschen Ärztetag. Die auf dem 114. Deutschen Ärztetag vorgenommene Erweiterung des § 31 Abs. 1 MBO wurde vom Gesetzgeber in § 128 SGB V aufgegriffen. Dieser enthält ein Verbot

der Verordnung und des Bezugs von Arznei- und Hilfsmitteln oder Medizinprodukten gegen Entgelt. Dem § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV (Zulassungsverordnung für Ärzte) wurden schließlich Regelungen hinzugefügt, die klarstellen, dass das Verbot des § 73 Abs. 7 SGB V nicht durch die Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften umgangen werden darf. Die neu gefassten Sätze lauten: „Die gemeinsame Berufsausübung, bezogen auf einzelne Leistungen, ist zulässig, sofern diese nicht einer Umgehung des Verbots der Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile nach § 73 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dient. Eine Umgehung liegt insbesondere vor, wenn sich der Beitrag des Arztes auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft beschränkt oder wenn der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der persönlich erbrachten Leistungen entspricht. Die Anordnung einer Leistung, insbesondere aus den Bereichen der Labormedizin, der Pathologie und der bildgebenden Verfahren, stellt keine persönlich erbrachte anteilige Leistung in diesem Sinne dar.“

430. Das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt dient dem Schutz der Patienten. Es hat den Zweck zu verhindern, dass sich der Arzt bei seiner Entscheidung über eine Überweisung zu einem Facharzt oder ähnlichen Maßnahmen von anderen als medizinisch sachgerechten Erwägungen leiten lässt.²¹⁸ Der Erhalt einer Gegenleistung für die Zuweisung zu einem bestimmten Arzt oder Krankenhaus könnte den überweisenden Arzt in einen Konflikt zwischen seinen monetären Interessen und den Bedürfnissen des Patienten bringen.

Um diesen Schutzzweck zu erreichen, wird Verträgen zwischen Ärzten, die gegen dieses Verbot verstoßen die privatrechtliche Wirksamkeit versagt. Die jeweiligen Verbotsregelungen in den Berufsordnungen der Landesärztekammern nach dem Vorbild des § 31 Abs. 1 MBO sind Schutzgesetze im Sinne des § 134 BGB.²¹⁹ Da auch die neue Vorschrift des § 73 Abs. 7 SGB V dem § 31 Abs. 1 MBO nachgebildet ist, können die Erwägungen, die für die Einordnung als Verbotsgesetz sprechen, übertragen werden.

Anlass für die Aufnahme des Verbotes der Zuweisung gegen Entgelt in das Gesetz war die besondere Aufmerksamkeit, die die berufsrechtliche Bestimmung des § 31 Abs. 1 MBO durch die verstärkte Implementierung von Wettbewerbselementen im Gesundheitswesen erhalten hat (Vgl. Wollersheim 2009). Mit dem Ziel der Stärkung des Wettbewerbs in allen Sektoren des Gesundheitswesens zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung hat der Gesetzgeber verschiedene Steuerungsmechanismen auch in das Leistungserbringungsrecht eingeführt, die das Verhalten medizinischer Dienstleister beeinflussen und ökonomische Anreize setzen sollen. Zu nennen sind hier etwa Rabatt- und Bonusregeln wie die der §§ 84 Abs. 7a, 130a Abs. 8, 140a SGB V (Vgl. Wollersheim 2009). Auch die Versicherten können gemäß § 53 Abs. 3 S. 2 SGB V Prämien erhalten, wenn sie an derartigen besonderen Versorgungsformen teilnehmen. Auf diese Weise sollen diese populärer gemacht werden. Hier können Konflikte zwischen den Anreizsystemen des SGB V und den berufsrechtlichen Bestimmungen, insbesondere dem Verbot der Zuweisung gegen Entgelt entstehen. Trotz des im Vordergrund der Reformen stehenden wettbewerblichen Zwecks muss gewährleistet sein, dass derartige Steuerungsmechanismen die Unabhängigkeit der Ärzte nicht in Frage stellen und dazu führen, dass diese sich stärker von ökonomischen als von medizinischen Erwägungen leiten lassen. Das Problem der Trennung zwischen einer gewünschten Zusammenarbeit

²¹⁸ BGH v. 22.1.1986 - VIII ZR 10/85, Rn. 10, NJW 1986, 2360; vgl. auch Wollersheim 2009: 182.

²¹⁹ Vgl. BGHv. 20.3.2003 - III ZR 135/02, NJW-RR 2003, 1175; v. 22.1.1986 - VIII ZR 10/85, Rn. 10, NJW 1986, 2360.

im Rahmen der integrierten Versorgung und einer unzulässigen Zuweisung gegen Entgelt entsteht insbesondere da, wo ein Netz ohne Beteiligung einer Krankenkasse agiert. Über den Weg der integrierten Versorgung dürfen nicht durch die Hintertür „Fangprämien“ legitimiert und das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt umgangen werden (Gaßner/Strömer 2011: 428).

431. Der Arzt ist sowohl an die wettbewerbsfördernden Vorschriften des SGB V als auch an das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt gebunden. Ob eine unzulässige Zuweisung gegen Entgelt oder eine wünschenswerte Kooperation vorliegt, bemisst sich im Einzelfall nach der konkreten Ausgestaltung des Vertrags. Richtschnur muss bei der Bewertung stets der Schutzzweck der Verbotsnorm sein, d. h. hier des § 73 Abs. 7 SGB V. Die betreffende vertragliche Regelung darf die medizinischen Bedürfnisse des Patienten nicht gefährden. Zu untersuchen ist also, ob der Vertrag nur einer gewollten Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven dient oder ob er geeignet ist, die Unabhängigkeit des Arztes zu gefährden und wirtschaftliche Interessen über die medizinischen Erfordernisse zu stellen – und damit gegen die Interessen des Patienten gerichtet und letztlich auch wettbewerbschädlich ist. Dies entspricht auch der Gesetzesbegründung des neuen § 73 Abs. 7 SGB V (BT-Drucks. 17/6906, S. 55), die ausdrücklich feststellt: Vom Verbot bleiben „unberührt [...] gesetzlich zulässige Vereinbarungen von Krankenkassen mit Leistungserbringern über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Verbesserung der Qualität der Versorgung bei der Verordnung von Leistungen“ – was außerdem durch den neuen § 128 Abs. 6 S. 2 SGB V bestätigt wird.

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

7.6.1 Befragung der Krankenkassen

432. Bis zum Jahr 2008 ist die Entwicklung der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V gut dokumentiert. Bis dahin konnten Krankenkassen Mittel aus der Anschubfinanzierung in Anspruch nehmen. Eine Voraussetzung hierfür war eine Meldung bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS²²⁰), so dass diese Institution einen umfassenden Überblick über das Vertragsgeschehen in der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V besaß und regelmäßig detaillierte Berichte veröffentlichen konnte (Grothaus 2009).

Seit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung Ende des Jahres 2008 existiert auch keine Meldestelle mehr für diese Verträge. Mit Ausnahme der KJ1 bzw. der KV45-Statistiken,²²¹ in denen nur die Ausgaben für die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V erfasst werden, gibt es seitdem keine detaillierten Daten mehr über das Vertragsgeschehen. Dabei könnte gerade das Ende der Förderung einen wichtigen Strukturbruch für die Entwicklung der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V darstellen. Zudem erfolgte ebenfalls im Jahr 2009 eine Umstellung in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen. Die zuvor unterschiedlichen Beitragssätze wurden vereinheitlicht.

220 heute: BQS-Institut für Qualität und Patientensicherheit.

221 KJ1 und KV45 erfassen insbesondere die Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Die KJ1 stellt die endgültigen Ergebnisse auf Jahresbasis dar. In der KV 45 sind die vorläufigen Rechnungsergebnisse auf Quartalsbasis erfasst.

Krankenkassen, die mit dem einheitlichen Beitragssatz ihre Kosten nicht decken können, müssen seitdem einen Zusatzbeitrag verlangen. Der in der Folge zunehmende Wettbewerbsdruck könnte auch zu einem Rückgang der Aktivitäten bei den besonderen Versorgungsformen geführt haben.

Vor diesem Hintergrund hat sich der Sachverständigenrat dazu entschlossen, eigene Erhebungen zum Thema integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V durchzuführen. Dabei waren insbesondere folgende Fragestellungen von Interesse:

- Wie haben sich Vertragszahlen, Teilnehmerzahlen und Ausgaben seit 2008 entwickelt?
- Welchen Anteil haben einzelne Vertragstypen am gesamten Vertragsgeschehen, z. B. sektorenübergreifende Verträge?
- Wie viele Verträge wurden in dem veränderten Wettbewerbsumfeld beendet und aus welchen Gründen?
- Inwieweit wurden die Erwartungen an die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V erfüllt und welche institutionellen Regelungen behindern das Wachstum dieser besonderen Versorgungsform?

7.6.1.1 Methodisches Vorgehen und Responserate

433. Der Sachverständigenrat hat einen detaillierten Fragebogen zu den oben genannten Themenkomplexen entwickelt. Dieser wurde mit der Unterstützung von sieben Krankenkassen und zwei Kassenverbänden einem Pretest unterzogen und anschließend entsprechend adjustiert.

Im Juli 2011 wurde allen gesetzlichen Krankenkassen, den sechs BKK-Landesverbänden und deren Vertragsarbeitsgemeinschaften sowie zwei privaten Dienstleistern der Fragebogen des Sachverständigenrates postalisch und elektronisch zugesandt. Bei nicht antwortenden Krankenkassen erfolgte bis Januar 2012 bis zu drei Mal eine Nachfassaktion.

In zeitlicher Hinsicht befasst sich die Erhebung schwerpunktmäßig mit dem Jahr 2010, da dies das zu Erhebungsbeginn aktuellste Jahr war, zu dem schon vollständige Daten vorlagen. Darüber hinaus wurden aber auch Angaben bis zurück in das Jahr 2008 erbeten, um eine Vergleichbarkeit mit den Daten der BQS zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V herstellen zu können. Für das Jahr 2011 wurden die Krankenkassen um Schätzungen gebeten, die aber mit umso größerer Unsicherheit behaftet sind, je früher die jeweilige Krankenkasse geantwortet hat.

434. Für Einschätzungsfragen wurde in den meisten Fällen eine fünfstufigen Likert-Skala verwendet. Das Niveau dieser Skala ist ordinal. Eine Ordinalskala erlaubt keine Berechnung von Mittelwerten und Varianzen, da keine Aussagen über die Abstände zwischen den einzelnen Bewertungen gemacht werden können. In der Befragungspraxis ist es aber üblich, Likert-Skalen als quasi-intervallskaliert zu betrachten, auch wenn dieses Vorgehen kontrovers diskutiert wird (Jamieson 2004; Norman 2010). Beim Design des Fragebogens für diese Erhebung wurde darauf geachtet, dass für die zur Auswahl stehenden Beurteilungsmöglichkeiten stets Zahlenwerte mit gekennzeichnetem gleichem räumlichem Abstand angegeben wurden. Ferner waren die verschiedenen Beurteilungsstufen so formuliert, dass implizit auf eine Äquidistanz zwischen ihnen geschlossen werden konnte. Insgesamt erscheint also die Berechnung von Mittelwerten bei diesen Fragestellungen gerechtfertigt, auch wenn die Ergebnisse mit entsprechender Vorsicht interpretiert werden müssen.

435. Die Rücklaufquote dieser Erhebung war hoch. 69,2 % aller Krankenkassen haben einen komplett oder teilweise ausgefüllten Fragebogen zurückgesandt (Tabelle 27). Mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen lagen die kassenbezogenen Rücklaufquoten bei allen Kassenarten zwischen 83 % und 100 %. Auch die Rücklaufquote von 62,5 % bei den Betriebskrankenkassen war hoch, wenn man bedenkt, dass manche Betriebskrankenkassen unter 10 000 Versicherte haben und daher möglicherweise nicht die Kapazitäten zur Beantwortung eines umfangreichen Fragenkataloges besitzen. Hinzu kommt, dass alle sechs Landesverbände und die Vertragsarbeitsgemeinschaften (VAGen) der Betriebskrankenkassen geantwortet haben. Der Großteil der Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V wird im BKK-Bereich von den Landesverbänden und den Vertragsarbeitsgemeinschaften geschlossen. Nicht geantwortet haben die angeschriebenen privaten Dienstleister, die auch einige Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V für manche Krankenkassen schließen. Die Anzahl und die Bedeutung dieser Verträge für das gesamte Vertragsgeschehen sind aber vermutlich gering.

	Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen	Anzahl der teilnehmenden gesetzlichen Krankenkassen	Rücklaufquote
AOK	12	10	83,3%
VdEK	6	6	100,0%
BKK	112	70	62,5%
IKK	6	6	100,0%
LKK	9	8	88,9%
Knappschaft	1	1	100,0%
Gesamt	146	101	69,2%

Tabelle 27: Krankenkassenartenbezogene Rücklaufquoten

Quelle: Eigene Berechnungen

Noch günstiger fallen die Rücklaufquoten aus, wenn man anstatt der Zahl der Krankenkassen die Versichertenzahlen der antwortenden Krankenkassen betrachtet (Tabelle 28). Die versichertenbezogene Rücklaufquote liegt insgesamt bei rund 95 % (zwei Betriebskrankenkassen haben ihre Versichertenzahlen nicht angegeben) und variiert je nach Kassenart zwischen 80,8 % und 100 %. Nimmt man an, dass die Landesverbände und Vertragsarbeitsgemeinschaften alle Versicherten der Betriebskrankenkassen repräsentieren, steigt die Rücklaufquote auf über 98 %.

436. Allerdings haben einige Krankenkassen nicht alle Fragen im Erhebungsbogen beantwortet. Die Zahl der antwortenden Krankenkassen ist für jede Fragestellung individuell ausgewiesen. Häufig lag die Ursache für fehlende Antworten darin, dass die Frage für die betreffende Krankenkasse nicht relevant oder nicht zu beantworten war. Beispielsweise haben nicht alle Krankenkassen Verträge nach § 73c SGB V abgeschlossen, sodass die Zahl der Antworten zu diesem Themenkomplex geringer ist als z. B. zum Krankenkassenwettbewerb, zu dem nahezu alle antwortenden Krankenkassen Angaben gemacht haben. Einige Betriebskrankenkassen haben mit der Begründung, dass sie ihr gesamtes Vertragshandeln an die Landesverbände und Vertragsarbeitsgemeinschaften ausgelagert haben, auch keine Einschätzungen zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V abgegeben.

	Versichertenzenzahlen nach Kassenarten (2010)	Versichertenzenzahlen der Krankenkassen, die geantwortet haben	Rücklaufquote
AOK	24 262 155	23 187 222	95,6%
VdEK	24 529 664	24 529 664	100,0%
BKK	12 881 895	10 409 351*	80,8%
IKK	5 404 000	5 404 000	100,0%
LKK	806 000	663 600	88,9%
Knappschaft	1 724 116	1 724 116	100,0%
Gesamt	69 607 830	64 737 520	94,7%

Tabelle 28: Versichertenbezogene Rücklaufquoten

* Zwei Krankenkassen haben keine Versichertenzenzahlen angegeben.

Quelle: Eigene Berechnungen

Soweit nicht anders vermerkt werden im Folgenden Anzahlen und Anteile der Antworten der einzelnen Krankenkassen dargestellt. Um aber die erhebliche Varianz in der Größe der Krankenkassen zu berücksichtigen, wird bei Einschätzungsfragen neben einer ungewichteten Auswertung („eine Krankenkasse, eine Stimme“) auch eine Gewichtung mit der Versichertenzenzahl der jeweiligen Krankenkasse vorgenommen (eine Krankenkasse mit doppelt so vielen Versicherten erhält ein doppelt so großes Gewicht) und das Ergebnis separat ausgewiesen.

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

437. Mit einer Ausnahme nehmen alle befragten Krankenkassen an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V teil. Die meisten der 84 Krankenkassen, die diese Frage beantwortet haben, schließen die Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V aber nicht selbst ab. Stattdessen treten 22,4 % der Krankenkassen den Vertragsabschluss komplett und 50 % der Krankenkassen teilweise an eine spezialisierte Einheit ab. Das gilt insbesondere für Betriebskrankenkassen, bei denen der Großteil des Vertragsgeschehens von den Landesverbänden und von Vertragsarbeitsgemeinschaften abgewickelt wird. Bei anderen Kassenarten werden zwar viele Verträge in Kooperation mehrerer Krankenkassen abgeschlossen, aber eine Auslagerung an einen spezialisierten Dienstleister stellt eine Ausnahme dar.

Anzahl der Verträge

438. Der gemeinsame Vertragsabschluss insbesondere durch Betriebskrankenkassen hat erhebliche Konsequenzen für die auf Ebene der Krankenkassen ermittelten Vertragszahlen. An einem von einer Vertragsarbeitsgemeinschaft abgeschlossenen Vertrag können bis zu 80 Krankenkassen beteiligt sein. Nehmen diese 80 Krankenkassen alle an der Erhebung zur integrierten Versorgung teil, so kann theoretisch ein einziger Vertrag 80-mal gezählt werden. In den Ergebnissen der BQS sind einzelne Verträge sogar über 100-mal gezählt worden, da damals noch mehr Betriebskrankenkassen existierten. Ferner bedeutet die Tatsache, dass eine Betriebskrankenkasse einen Vertrag gegen sich gelten lässt, nicht automatisch, dass Versicherte dieser Krankenkasse auch tatsächlich an diesem Vertrag teilnehmen. Es kann auf Krankenkassenebene also Verträge mit null

Teilnehmern geben. Insgesamt ergibt eine Zählung auf Kassenebene eine „Brutto-Vertragszahl“, 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.

439. Die Entwicklung der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V ist in Tabelle 29 dargestellt. Die verlässlichsten Angaben dürften für das Jahr 2010 vorliegen. Da die meisten Krankenkassen im Laufe des Jahres 2011 geantwortet haben, basieren einige Angaben für dieses Jahr lediglich auf Schätzungen der Krankenkassen. Auch Angaben für länger zurückliegende Jahre könnten weniger zuverlässig sein, weil z. B. in der Zwischenzeit Fusionen zwischen verschiedenen Krankenkassen stattgefunden haben.

Die (Brutto-)Vertragszahlen wurden für das Jahr 2008 sowohl auf Basis der Versichertenzahl der bei dieser Frage antwortenden Krankenkassen als auch auf Basis des Ausgabevolumens der antwortenden Krankenkassen für die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V aus der KJ1 hochgerechnet. In beiden Fällen ergab sich ein Wert von rund 6 400 Verträgen (6 381 bzw. 6 418), der sehr nah bei dem von der BQS für das Jahr 2008 ermittelten Wert von 6 407 Verträgen liegt.

Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass die Korrelation der Vertragszahlen sowohl mit der Versichertenzahl einer Krankenkasse als auch mit den Ausgaben für die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V schwach ist. Dies liegt daran, dass kleine Krankenkassen teilweise Mitglieder in vielen oder allen Vertragsarbeitsgemeinschaften sind und entsprechend viele Verträge gegen sich gelten lassen, während einige große Betriebskrankenkassen eher regional orientiert und daher nur Mitglieder in ein oder zwei Vertragsarbeitsgemeinschaften sind. Zudem basiert auch der Wert der BQS für das Jahr 2008 auf einer Stichprobe, die 75 % der Krankenkassen und 95 % der Versicherten umfasste. Dies kann dazu führen, dass die Brutto-Vertragszahl nicht unwesentlich unterschätzt wird. Obwohl die nicht antwortenden Krankenkassen nur einen Marktanteil von 5 % haben, kann ihr Anteil an den Brutto-Vertragszahlen durch die Beteiligung an gemeinschaftlich geschlossenen Verträgen erheblich größer sein.

Die beste Schätzung der Brutto-Vertragszahlen der Betriebskrankenkassen ergibt sich auf Basis der Zahl der Bundesländer, in denen eine Krankenkasse tätig ist. Eine Schätzung für das Jahr 2008 ist nicht möglich, da insbesondere für nicht mehr existierende Krankenkassen keine Angaben darüber vorliegen, in wie vielen Bundesländern sie aktiv waren. Für das Jahr 2010 ergibt diese Schätzung eine Zahl von 6 015 Verträgen unter Beteiligung der BKKen und von rund 7 500 Brutto-Verträgen insgesamt. Für die Darstellung in Tabelle 29 wird aber der Schätzwert von 6 400 als Ausgangspunkt genommen, da diese Zahl der BQS weite Verbreitung in der Literatur gefunden hat. Von diesem „Ankerpunkt“ ausgehend wurde die prozentuale Veränderung der Vertragszahlen der antwortenden Krankenkassen ermittelt und die Vertragsanzahl entsprechend fortgeschrieben. Da der Marktanteil dieser Krankenkassen weitgehend konstant bei rund 90 % der Versicherten lag, erscheint dieses Vorgehen angemessen.

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

Quelle: Eigene Berechnungen

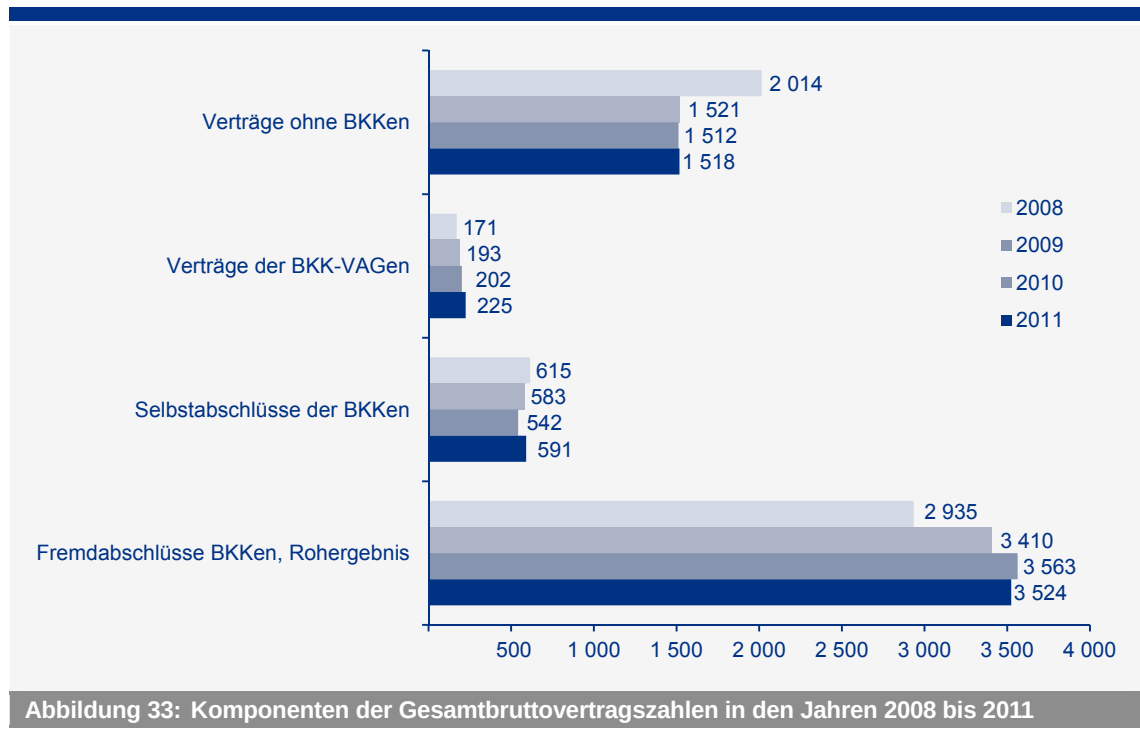
Die Vertragszahlen verliefen nach einem rasanten Anstieg zwischen 2004 und 2008 (Grothaus 2009) seit 2008 weitgehend stagnierend. Der leichte Rückgang um 2,2 % von 2008 auf 2009 wurde im Jahr 2010 fast wieder aufgeholt, bevor die Vertragszahl im Jahr 2011 erneut leicht absank.

440. Abbildung 33 verdeutlicht, dass die Entwicklung der Brutto-Vertragszahlen sehr heterogen verlaufen ist. 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.²²²

Die Zahl der von Vertragsarbeitsgemeinschaften (und teilweise noch von BKK-Landesverbänden) abgeschlossenen Verträge nahm dagegen leicht zu. Dieser Anstieg trug aber mit dazu bei, dass die Zahl der Fremdabschlüsse von 2008 auf 2009 um fast genau die Zahl anstieg, um die sich die Zahl der Verträge ohne Beteiligung der Betriebskrankenkassen verringert hat. Dieser Effekt ist zum einen dadurch erklärbar, dass sich sehr viele Betriebskrankenkassen an den 21 neu abgeschlossenen Verträgen beteiligt haben. Zusätzlich kann es aber auch sein, dass sich weitere Krankenkassen bereits bestehenden Verträgen der VAGen angeschlossen haben. Auch von 2009 auf 2010 stieg die Zahl der auf Krankenkassenebene gezählten Fremdabschlüsse weiter an, bevor sie im Jahr 2011 leicht absank. Den die Zahl der Fremdabschlüsse erhöhenden Entwicklungen standen auch gegenläufige Trends gegenüber, so die abnehmende Zahl an Betriebskrankenkassen und die Austritte einiger Krankenkassen aus den Vertragsarbeitsgemeinschaften. Diese Effekte scheinen im Jahr 2011 die Überhand gewonnen zu haben.

Die heterogene Entwicklung bei den Vertragszahlen wird auch dadurch deutlich, dass bei 30 % der Krankenkassen die Vertragszahl im Jahr 2011 geringer war als im Jahr 2008. Andererseits haben manche Krankenkassen, insbesondere BKKen, die Zahl der gegen sie geltenden Verträge vervielfacht.

²²² Manche Krankenkassen haben die erbetene Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdabschlüssen nicht vorgenommen, so dass die hierzu berichteten Zahlen teilweise auf Schätzungen beruhen. Die tatsächliche Aufteilung zwischen Selbst- und Fremdabschlüssen kann geringfügig anders sein. Die Gesamtzahl der Verträge von Betriebskrankenkassen wird hierdurch aber nicht beeinflusst.

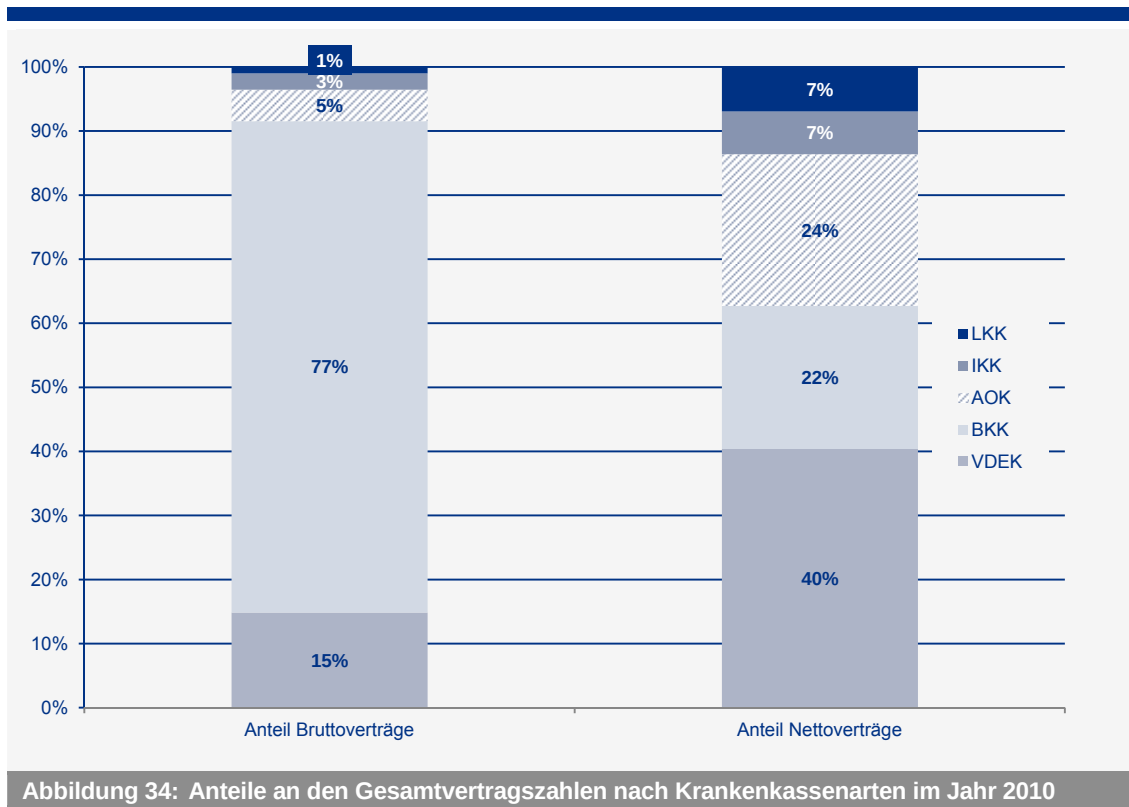


Quelle: Eigene Darstellung

441. Der Anteil der Fremdotschlüsse stieg vom Jahr 2008 zum Jahr 2009 um rund zehn Prozentpunkte. Dies lag gleichermaßen an der Zunahme der gezählten Fremdotschlüsse wie am Rückgang der Vertragszahlen ohne Beteiligung von Betriebskrankenkassen. Dies verdeutlicht, dass die Zahl der Brutto-Verträge das tatsächliche Vertragsgeschehen in der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V überzeichnet darstellt und dass bei dieser Art der Zählung die Betriebskrankenkassen überrepräsentiert sind. Die Fremdotschlüsse machen rund zwei Drittel der geschätzten Gesamtvertragszahlen ab dem Jahr 2009 aus, obwohl es sich „netto“ nur um rund 200 Verträge handelt. Für das Jahr 2010 wurde daher im Rahmen der Erhebung auch abgefragt, wie viele Verträge die Krankenkassen mit wie vielen anderen Kassen abgeschlossen haben, um auf dieser Basis die ungefähre Anzahl von Netto-Verträgen zu ermitteln. Um den Aufwand für die Beantwortung dieser Frage für die Krankenkassen zu reduzieren, wurden sie gebeten, die Zahl der anderen beteiligten Krankenkassen in Klassen mit der Schrittgröße Fünf anzugeben. Die sich hieraus ergebenden Ungenauigkeiten wurden akzeptiert. Die Hochrechnung erfolgte wiederum mit der Anzahl der Versicherten. Der Zusammenhang dieser unabhängigen Variablen und der Netto-Vertragszahl war dabei sehr eng. Es ergab sich bei diesem Vorgehen ein Schätzwert von 1 600 Netto-Verträgen, also von rund einem Viertel der Brutto-Vertragszahl dieses Jahres. Eine Entwicklung der Netto-Vertragszahlen kann nicht angegeben werden, da die entsprechenden Werte nur für das Jahr 2010 vorliegen.

In Abbildung 34 sind die Anteile der verschiedenen Kassenarten an den Gesamtzahlen der Brutto- und der Netto-Verträge dargestellt.²²³ Bei den Brutto-Vertragszahlen dominieren, wie bereits ausgeführt, die Betriebskrankenkassen.

²²³ Der Anteil der Knappschaft an den Vertragszahlen ist zu gering, um in der Grafik sichtbar zu werden.



Quelle: Eigene Darstellung

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 fast konstante Entwicklung bei den Brutto-Vertragszahlen ergibt sich nur aufgrund von Mehrfachzählungen. Die Verträge ohne Beteiligung von Betriebskrankenkassen sind massiv zurückgegangen und selbst bei den Betriebskrankenkassen dürfte es zu einem Rückgang der Netto-Vertragszahlen gekommen sein, wenn man die von Vertragsarbeitsgemeinschaften geschlossenen Verträge und die Selbstabschlüsse zusammen betrachtet.

Anzahl der Teilnehmer

442. Da die Korrelation zwischen Teilnehmern und Ausgaben einer Krankenkasse sehr ausgeprägt ist, wurde die Zahl der Teilnehmer auf Basis der Ausgaben einer Krankenkasse für die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V laut KJ1 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. Die hier berichteten Teilnehmerzahlen sind nicht mit denen der BQS vergleichbar, da damals noch Teilnehmer aus Hausarztverträgen mitgezählt wurden, die im Jahr 2008 in Verträge nach § 73b SGB V überführt wurden.

Fast jeder zweite Versicherte in einem Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V ist bei der AOK versichert (Tabelle 30). Dies liegt daran, dass bei dieser Kassenart die Teilnehmerzahl

pro Vertrag mit durchschnittlich 2 141 Versicherten sehr hoch ist. Die AOKen schließen also wenige, aber teilnehmerstarke Verträge. Genau umgekehrt verhält es sich bei den Betriebskrankenkassen. Ihr Anteil an den Teilnehmern liegt bei 20,8 % und damit noch unter ihrem Anteil an den Netto-Vertragszahlen. Bei dieser Kassenart ist die Teilnehmerzahl pro Vertrag mit durchschnittlich 63 Versicherten am geringsten. Ein Grund hierfür dürften neben der geringen Größe mancher Betriebskrankenkassen auch die bereits erwähnten Verträge mit null Teilnehmern auf Ebene einzelner Krankenkassen sein. Obwohl die Netto-Vertragszahlen bei den Ersatzkassen am höchsten waren, stammen nur 16,4 % aller Teilnehmer von dieser Kassenart. Die mittlere Teilnehmerzahl pro Brutto-Vertrag liegt bei den Ersatzkassen mit 249 hinter Knappschaft und AOK, jedoch vor den anderen Kassenarten.

	Anteil an den Teilnehmern	Teilnehmer pro Brutto-Vertrag
AOK	45,9%	2 141
BKK	20,8%	63
VdEK	16,4%	249
Knappschaft	13,9%	11 667
IKK	2,5%	221
LKK	0,6%	118

Tabelle 30: Anteile und Anzahl der Teilnehmer nach Krankenkassenart (2010)

Quelle: Eigene Berechnungen

Auffällig ist auch der im Verhältnis zur Gesamtversichertenanzahl sehr hohe Anteil der Knappschaft an den Teilnehmerzahlen. Dies liegt daran, dass hier die Teilnehmerzahl pro Vertrag mit 11 667 deutlich am höchsten ist. Ausschlaggebend hierfür sind die Modelle „prosper“ und „proGesund“. Diese bieten eine populationsorientierte Vollversorgung für über 200 000 Teilnehmer. Insgesamt zeigt sich, dass sich Art und Umfang der Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V stark zwischen den einzelnen Kassenarten unterscheiden. Betrachtet man die mittlere Anzahl von Versicherten pro Vertrag als eine Art Nutzungsintensität, so war diese bei Knappschaft, AOKen und den Ersatzkassen am höchsten.

Ausgabenentwicklung

443. Die Zahlen zu der in Tabelle 31 dargestellten Ausgabenentwicklung sind weitgehend der KJ1 bzw. der KV 45 für das Jahr 2011 entnommen. Mittel aus der Anschubfinanzierung wurden hinzugerechnet, um die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen zu erhalten und nicht nur die für die Krankenkassen finanzwirksamen Ausgaben. Ferner wurden alle Krankenkassen einzeln kontaktiert, deren Angaben zu diesem Thema in dem Fragebogen wesentlich von den Zahlen in der KJ1 abwichen. Es zeigte sich, dass die Angaben in der KJ1 teilweise nicht korrekt waren. Die Angaben in der KJ1 werden auch nicht separat vom GKV-Spitzenverband, der diese Daten erhebt, geprüft. Trotz mehrerer Korrekturen der KJ1-Werte für die Erstellung von Tabelle 31 müssen die entsprechenden Werte vorsichtig interpretiert werden.

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 % an und sanken 2011 wiederum minimal. Der Anteil der Ausgaben für integrierte Versorgung an den Gesamtausgaben der GKV ist dagegen

von 0,68 % im Jahr 2008 über 0,71 % im Jahr 2009 auf 0,77 % im Jahr 2010 gestiegen, bevor er im Jahr 2011 auf 0,75 % zurückgegangen ist. Auf Ebene der einzelnen Krankenkassen bewegt sich der Anteil der Ausgaben für integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V zwischen Werten von nahe Null und rund 9 % (letzterer Wert bei der Knappschaft).

Die Ausgaben pro Bruttovertrag betrugen im Jahr 2010 218 867 Euro und pro Nettovertrag 845 668 Euro. Die durchschnittlichen Ausgaben pro Teilnehmer beliefen sich auf 764 Euro.

In Tabelle 31 sind die Anteile der verschiedenen Kassenarten an den Ausgaben für die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V in den Jahren 2008 bis 2011 ausgewiesen. Es fällt auf, dass die zweitkleinste Kassenart Knappschaft mit 44 % fast für die Hälfte der Ausgaben in der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V verantwortlich zeichnet. Hierfür sind wiederum die bereits erwähnten Modelle „prosper“ und „proGesund“ ausschlaggebend. Der Anteil der Knappschaft an den Ausgaben ist noch deutlich höher als an der Teilnehmerzahl. Dies dürfte in erster Linie darauf zurückzuführen sein, dass nur wenige andere integrierte Versorgungsformen ein so umfassendes Leistungsangebot bereitstellen: Die beiden genannten Modelle sind indikationsübergreifend und populationsorientiert und integrieren die Sektoren ambulante Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser und Rehabilitation (GA 2009). Hinzukommt, dass die Versicherten der Knappschaft deutlich älter sind als der Rest der GKV-Versicherten und eine wesentlich höhere Morbidität aufweisen. Neben der Knappschaft haben auch einige andere Krankenkassen einen relativ hohen Anteil an den Ausgaben. Rund 70 % der Ausgaben konzentrieren sich auf vier Krankenkassen.

444. Wegen ihres hohen Anteils haben die Ausgaben der Knappschaft erheblichen Einfluss auf die Gesamtausgaben für integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V. Der kontinuierliche Anstieg der Ausgaben der Knappschaft hat einen ansonsten relativ starken Rückgang der Ausgaben um 9,6 % vom Jahr 2008 auf das Jahr 2009 nahezu kompensiert. Besonders deutlich war der Rückgang in diesem Zeitraum bei den AOKen. Bei dieser Kassenart gingen die Ausgaben um 28 % zurück. In der Folge reduzierte sich der Anteil der AOKen an den Gesamtausgaben um über 8 Prozentpunkte und fiel anschließend weiter bis auf knapp 17 % im Jahr 2011. Den zweithöchsten Anteil an den Ausgaben haben inzwischen mit 25 % im Jahr 2011 die Ersatzkassen.

Die Abweichungen zwischen den Anteilen der einzelnen Kassenarten an der Zahl der Teilnehmer und an den Ausgaben können auf unterschiedliche Vertragsarten hindeuten. AOKen haben relativ wenige Verträge mit vielen Teilnehmern, aber vergleichsweise geringen Ausgaben, während Ersatzkassen eher viele Verträge mit wenigen Teilnehmern und hohen Ausgaben unterhalten. Dies könnte dafür sprechen, dass AOKen eher Verträge unter Beteiligung von Hausärzten und hausarznahen Fachärzten schließen und in größerem Umfang populationsorientierte Modelle betreiben, während Ersatzkassen eher indikationsorientierte Verträge mit teureren fachärztlichen Leistungen schließen, für die nur vergleichsweise wenige Teilnehmer in Frage kommen.

	2008	2009	2010	2011
VDEK	23,3%	23,2%	23,8%	25,2%
AOK	28,9%	20,8%	16,8%	16,9%
BKK	11,6%	13,1%	13,0%	11,7%
Knappschaft	34,3%	40,6%	44,0%	43,6%
IKK	1,6%	1,9%	2,1%	2,2%
LKK	0,4%	0,4%	0,3%	0,4%

Tabelle 31: Anteil an den Gesamtausgaben für integrierte Versorgungsformen nach Kassenarten

Quelle: Eigene Berechnungen

Die Entwicklung bei den Ausgaben war tendenziell sogar noch heterogener als bei den Vertragszahlen. Bei 31 % der Krankenkassen waren die Ausgaben 2011 niedriger als 2008. Der maximale Rückgang betrug 89 %. Dem stand eine maximale Steigerung um das 290-fache bei einer kleineren Betriebskrankenkasse gegenüber.

445. In der KJ1 sind die Ausgaben für integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V weiter aufgeschlüsselt (Tabelle 32). Auch diese Zahlen wurden nach Rücksprache mit einzelnen Krankenkassen korrigiert. Der Anteil der Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung genauso wie der Anteil für Krankenhausbehandlungen liegt in der Integrierten Versorgung höher als in der herkömmlichen Versorgung. Geringer ist hingegen der Ausgabenanteil für Arzneimittel. Das Verhältnis von Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung zu Ausgaben für Krankenhausbehandlungen ist in der integrierten Versorgung nach § 140a-d höher als in der herkömmlichen Versorgung.

Auffällig ist ferner, dass der Anteil der Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung von 2008 auf 2009 um fast 4 Prozentpunkte abgenommen hat. Möglicherweise wurden nach dem Ende der Anschubfinanzierung vornehmlich solche Verträge beendet, an denen überwiegend oder ausschließlich niedergelassene Ärzte beteiligt waren.

	2008	2009	2010	2011
Krankenhausbehandlung einschl. stationärer Anschluss-Rehabilitation	44,1%	45,8%	44,1%	45,3%
Ambulante ärztliche Behandlung	36,9%	33,1%	34,9%	33,7%
Arznei- und Verbandmittel	8,5%	10,7%	10,6%	10,4%
Sonstige Ausgaben	10,5%	10,4%	10,4%	10,6%

Tabelle 32: Zusammensetzung der Ausgaben für integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V (nach KJ1, korrigiert)

Quelle: Eigene Berechnungen

7.6.1.3 Art und Ausgestaltung der Verträge

446. Die Krankenkassen wurden gebeten, ihre geltenden Verträge zu § 140a-d SGB V in Bezug auf bestimmte Eigenschaften auszuwerten.²²⁴ Die im Folgenden dargestellten Anteilswerte und absoluten Zahlen beziehen sich auf die Rohergebnisse und wurden nicht hochgerechnet.²²⁵

68 % der Verträge waren in den Jahren 2010 und 2011 sektorenübergreifend. Diese Zahl steigt auf 72 % im Jahr 2010 bzw. 75 % im Jahr 2011, wenn statt der Antworten der einzelnen BKKen nur die Antworten der Landesverbände und Vertragsarbeitsgemeinschaften gezählt werden. Die BQS hatte im Jahr 2008 einen Wert von 60 % ermittelt (Grothaus 2009). Da im Jahr 2007 eine Soll-Regelung zur sektorenübergreifenden Versorgung im Rahmen der integrierten Versorgung ins Gesetz gekommen ist, erscheint dieser Anstieg plausibel.

Im Jahr 2010 wurde bei 1,5 % der Verträge eine Bereinigung der ambulanten ärztlichen Vergütung durchgeführt. Im Jahr 2011 stieg dieser Wert auf 2,2 %. Ein Grund für diesen Anstieg auf sehr niedrigem Niveau kann darin liegen, dass erst Ende 2010 ein formales Bereinigungsverfahren vom Bewertungsausschuss beschlossen wurde (vgl. Unterkapitel 7.4).

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 bzw. 28 % im Jahr 2011 sahen eine Teilnahme für einen längeren, aber begrenzten Zeitraum vor. 64 % der Verträge im Jahr 2010 bzw. 62 % der Verträge im Jahr 2011 beziehen sich nur auf einen definierten Leistungsanlass oder nur ein Quartal. Akutbehandlungen dominieren also offenbar die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V. Nur eine Minderheit der Verträge hat eine langfristig angelegte, koordinierte Behandlung chronischer Krankheiten zum Gegenstand.

Im Jahr 2010 bestanden 57 Verträge mit Pflegeeinrichtungen, im Jahr 2011 waren es 58. Diese machten jeweils einen Anteil von knapp 1 % der Verträge aus. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass dieses Ergebnis noch Mehrfachzählungen enthält. Beispielsweise beteiligen sich vier an der Erhebung teilnehmende Krankenkassen an den in Berlin und Brandenburg bestehenden Heimarztmodellen. Lediglich 17 Verträge wurden unter Beteiligung von Pflegekassen geschlossen. Die BQS hatte 35 Verträge mit Beteiligung der Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen für das Jahr 2008 gezählt (Grothaus 2009). Aus der geringen Beteiligung solcher Einrichtungen könnte geschlossen werden, dass multidisziplinäre Ansätze in der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V nicht sehr verbreitet sind.

70 % der Verträge wurden von mehreren Krankenkassen gemeinsam abgeschlossen. Im Jahr 2008 hatte die BQS hier einen Wert von 61 % ermittelt, allerdings mit steigender Tendenz. Hinzu kommt, dass im Zuge der Strukturbrüche zwischen den Jahren 2008 und 2009 die Fremdabschlüsse der Betriebskrankenkassen an Bedeutung für die Brutto-Vertragszahlen gewonnen haben. 20 % der Verträge wurden mit Beteiligung von Krankenkassen anderer Kassenarten geschlossen.

²²⁴ Angesichts der Vielzahl der in diesem Bereich abgefragten Einzelwerte kann nicht ausgeschlossen werden, dass manche Krankenkassen zu einzelnen Fragen ungenaue Angaben gemacht haben.

²²⁵ Eine Hochrechnung könnte zu kleineren Veränderungen führen, wenn die nicht antwortenden Krankenkassen eine abweichende Struktur aufweisen. In den meisten Fällen sind solche Strukturunterschiede aber nicht ermittelbar, da die Korrelationen mit allen in Frage kommenden unabhängigen Variablen sehr schwach sind. In diesem Fall würde eine Hochrechnung eher zu weiteren Verzerrungen führen.

Seit dem Jahr 2010 besteht die Möglichkeit, Verträge mit Beteiligung von Medizinprodukteherstellern und pharmazeutischen Unternehmen zu schließen. 11,3 % der Krankenkassen hatten zum Erhebungszeitpunkt Verträge mit Beteiligung von Medizinprodukteherstellern abgeschlossen und 10 % planten konkret, solche Verträge zu schließen. 13,4 % der Krankenkassen hatten Verträge unter Beteiligung von Unternehmen der pharmazeutischen Industrie geschlossen und 11 % planten konkret solche Abschlüsse.

447. Die bestehenden Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V werden nicht umfassend evaluiert. 14 von 83 bzw. 17,1 % der Krankenkassen evaluieren ihre Verträge nie, 56,1 % nur teilweise. Dem stehen lediglich 4,9% der Krankenkassen gegenüber, die ihre Verträge immer evaluieren, immerhin 22 % evaluieren meistens. Fast ein Viertel der Krankenkassen, die Evaluationen durchführen (n=69), veröffentlichen die Ergebnisse nie und 68,3 % nur teilweise. Lediglich 10,1 % publizieren die Evaluationsergebnisse meistens und nur eine Krankenkasse immer. 49,3 % der Krankenkassen evaluieren ausschließlich oder überwiegend intern, 50,7% ausschließlich oder überwiegend extern.

Zusammengenommen ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V extern evaluiert wird und die Ergebnisse zur Publikation gelangen äußerst niedrig. Insgesamt ist daher der Wissensstand über die medizinischen und ökonomischen Auswirkungen der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V nach wie vor gering.

448. Im Zusammenhang mit dem Oberthema des Gutachtens wurde auch ermittelt, welche Maßnahmen die Krankenkassen zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor ergreifen. Am häufigsten werden dabei Maßnahmen zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen angewandt (Tabelle 35). 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 nach § 140a-d SGB V eher selten angewendet.



n=75 Krankenkassen

Quelle: Eigene Darstellung

7.6.1.4 Beendete Verträge

449. Vielfach wurde befürchtet, dass mit dem Ende der Anschubfinanzierung und der Einführung des Zusatzbeitrages auch ein erheblicher Rückgang der Vertragszahlen in der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V einhergehen würde. Auch wurde vermutet, dass sich die Struktur der verbleibenden Verträge erheblich verändern und längerfristig angelegte Versorgungskonzepte in überproportionalem Maße eingestellt werden könnten.

Im Jahr 2007 hatte die BQS noch 453 Vertragsbeendigungen registriert. In den Jahren 2008 und 2009 kam es zu einem starken Anstieg der Vertragsbeendigungen. Das Ergebnis für das Jahr 2008 betrug 701 beendete Brutto-Verträge, für das Jahr 2009 waren es 741. Im Ergebnis für 2009 sind vermutlich auch viele Verträge enthalten, die zum Beginn des Jahres ausgelaufen sind, so dass 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 Ergebnis von 545 Brutto-Verträgen.

450. Es wurde daher explizit abgefragt, wie viele Verträge in der Summe in den Jahren 2008 bis 2010 insbesondere (wenn auch nicht ausschließlich) wegen des Endes der Anschubfinanzierung und wie viele vor allem aufgrund der Sorge vor einem Zusatzbeitrag beendet wurden. Die Krankenkassen

gaben an, dass 552 Vertragsbeendigungen auf ein Ende der Anschubfinanzierung zurückgehen. Diese Zahl ist jedoch erheblich beeinflusst von einer einzigen großen Krankenkasse. Der Anteil der in den Jahren 2008 und 2009 aufgrund der ausgelaufenen Förderung beendeten Verträge an allen Vertragsbeendigungen beläuft sich auf 38,3 %. Ohne Berücksichtigung der „Ausreißerkasse“ sinkt dieser Anteil auf knapp 21 %.

117 Vertragsbeendigungen gehen nach Angaben der Krankenkassen auf die Einführung des Zusatzbeitrags zurück. In diesem Ergebnis sind alleine 60 Vertragsbeendigungen einer mittelgroßen Betriebskrankenkasse enthalten, die im Jahr 2009 nur 47 Verträge auswies. Die zweithöchste Einzelangabe beläuft sich auf 30 Vertragsbeendigungen. Alle übrigen Krankenkassen zusammen haben in diesem Zeitraum nur 27 Verträge – einschließlich möglicher Doppelzählungen – aus diesem Grund beendet. Bezieht man die Zahl der aufgrund des Zusatzbeitrags beendeten Verträge nur auf die Vertragsbeendigungen im Jahr 2010, da in diesem Jahr erstmals Zusatzbeiträge erhoben wurden, so ergibt sich bei Ausschluss der einen „Ausreißerkasse“ ein Anteil von 10,5 % an den Vertragsbeendigungen. Es kann geschlussfolgert werden, dass der Zusatzbeitrag zumindest bis einschließlich 2010 nur eine insgesamt untergeordnete Rolle für Vertragsbeendigungen gespielt hat. Dieser Befund ist auch konsistent mit dem Befragungsergebnis, dass der Zusatzbeitrag für lediglich 4 % der Krankenkassen schon einmal ein Grund für den Nichtabschluss oder die Beendigung von Verträgen zu besonderen Versorgungsformen war.

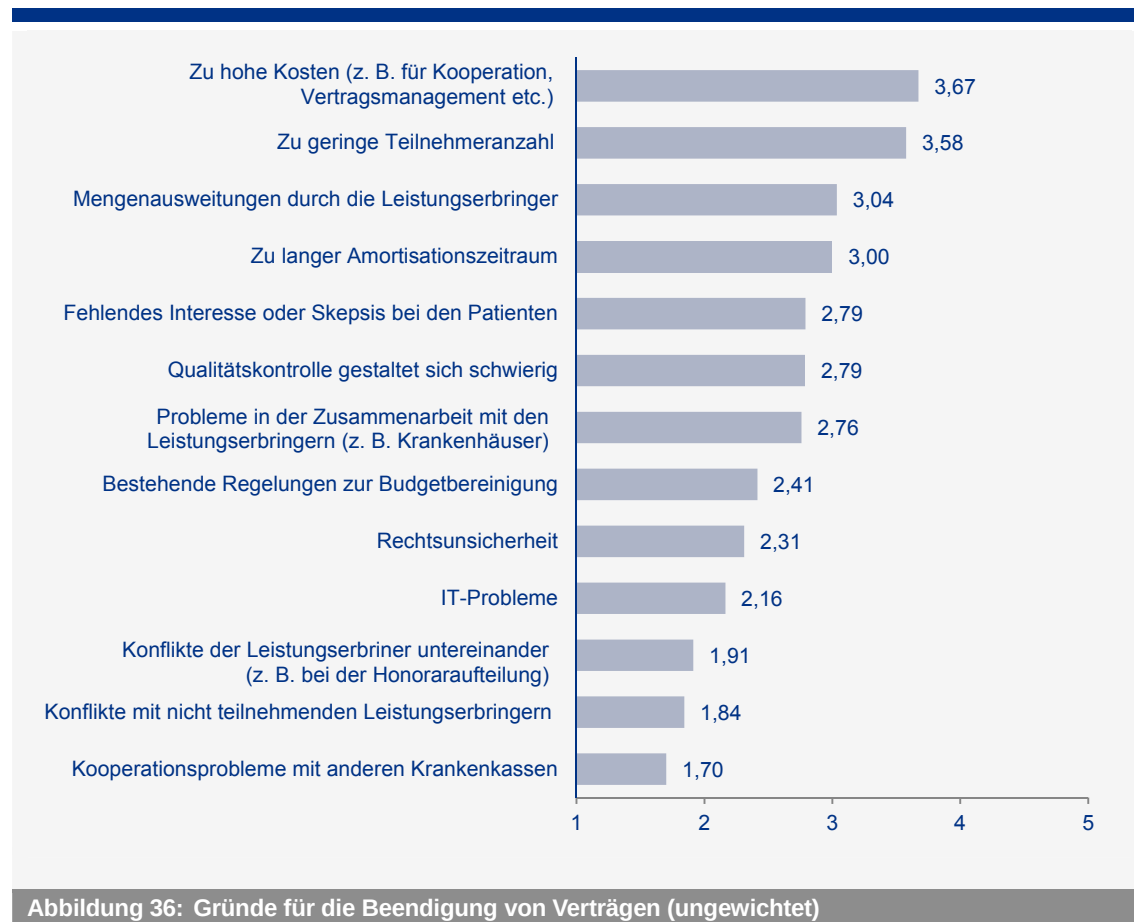
451. Die Initiative für die Beendigung von Verträgen ging in der großen Mehrzahl der Fälle (52,3 %) von der antwortenden Krankenkasse aus. In nur 9,2 % der Fälle ergriffen die Leistungserbringer die Initiative. Von noch geringerer Bedeutung war die Initiative anderer Krankenkassen (7,7 %) oder eine Vertragsbeendigung auf Wunsch von allen Vertragspartnern gleichermaßen (ebenfalls 7,7 %). Allerdings geben die Krankenkassen an, dass in immerhin 23,1 % der Fälle keine Aussage möglich ist, von wem die Initiative ausging.

Werden die Antworten der Krankenkassen mit der jeweiligen Anzahl ihrer Versicherten gewichtet, verstärken sich die bereits deutlich erkennbaren Tendenzen noch weiter. Bei dieser Gewichtung gehen fast 70 % der Vertragsbeendigungen auf die antwortende Krankenkasse zurück. Die Initiativen von Leistungserbringern oder allen Vertragspartnern gemeinsam spielen praktisch keine Rolle mehr. Diese Anteilsverschiebungen sind plausibel, da größere Krankenkassen beim Abschluss und bei der Beendigung von Verträgen eine größere Rolle spielen dürften als kleine Krankenkassen. Zudem ist der wirtschaftliche Schaden aus einer Vertragsbeendigung für Leistungserbringer tendenziell umso größer, je größer die mit ihnen kontrahierende Krankenkasse ist, so dass sie bei kleinen Krankenkassen noch eher geneigt sein werden, eine Initiative zur Beendigung eines Vertrages zu ergreifen.

452. Neben den quantitativ abgefragten Gründen „Ende der Anschubfinanzierung“ und „Sorge vor der Notwendigkeit eines Zusatzbeitrags“ sollten die befragten Krankenkassen auch einschätzen, welche Rolle weitere Gründe für die Beendigung von Verträgen in den Jahren 2008 bis 2010 gespielt haben. Zu diesem Zweck wurde um eine Bewertung auf einer fünfstufigen Likert-Skala gebeten. Eine Bewertung mit „1“ bedeutet dabei beispielsweise „gar nicht wichtig“, eine „3“ impliziert durchschnittliche Wichtigkeit und eine Beurteilung mit „5“ bedeutet „äußerst wichtig“. In Abbildung 36 sind die Mittelwerte dieser Beurteilungen aufgeführt.²²⁶ Bei dieser Darstellung wurden die Antworten

²²⁶ Einschränkung muss darauf hingewiesen werden, dass die Standardabweichung vergleichsweise groß ist (Tabelle A-4 im Anhang). Sie liegt mit Ausnahme des Items „Kooperationsprobleme mit anderen Krankenkassen“ über

aller Krankenkassen gleich gewichtet, unabhängig von ihrer Größe. In Abbildung A-5 im Anhang sind die Ergebnisse nach Anzahl der Versicherten der jeweiligen Krankenkasse gewichtet dargestellt.



Arithmetische Mittel der Antworten auf einer Skala von 1 (gar nicht wichtig) bis 5 (äußerst wichtig).
n=68 Krankenkassen

Quelle: Eigene Darstellung

Es zeigt sich, dass Kostenprobleme die klar dominierende Rolle bei den Vertragsbeendigungen gespielt haben. Das wichtigste Einzelmerkmal sind „Zu hohe Kosten“, aber auch „Mengenausweitungen durch die Leistungserbringer“, die für die Krankenkassen zu allererst ein Kostenproblem darstellen dürften, befinden sich auf dem dritten Platz der wichtigsten Gründe. Ein „Zu langer Amortisationszeitraum“ auf dem vierten Platz 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“. Von stark untergeordneter Bedeutung

eins. Die Einschätzungen der Krankenkassen streuen also im Durchschnitt um mehr als einen Bewertungspunkt um die ausgewiesenen Mittelwerte.

waren Konflikte der Teilnehmer untereinander bzw. mit nicht teilnehmenden Leistungserbringern sowie Kooperationsprobleme mit anderen Krankenkassen.

453. Neben den Gründen für die Beendigung von Verträgen wurde auch abgefragt, wie sich die weitergeführten Verträge von beendeten unterscheiden. Der größte Unterschied zeigt sich beim Merkmal „Amortisationsdauer“: 58,8 % der Krankenkassen geben an, dass diese bei den weitergeführten Verträgen geringer sei als bei den beendeten. Diese Aussage ist konsistent mit dem zuvor dargestellten Ergebnis, dass ein zu langer Amortisationszeitraum einer der wichtigsten Gründe für die Beendigung von Verträgen war. Ebenfalls in diesen Kontext passt, dass immerhin 41,7 % der Krankenkassen angeben, das Investitionsvolumen der weitergeführten Verträge sei geringer als das der beendeten. Es scheint, als ob Versorgungsmodelle, die sich erst langfristig rechnen und die umfangreichere Investitionen erfordern, bevorzugt beendet wurden. Dabei verspricht man sich gerade von solchen Verträgen gemeinhin die größten Versorgungsverbesserungen. Im Hinblick auf die Art der beendeten Verträge könnten sich also einige Befürchtungen bestätigt haben. Auf der anderen Seite geben 44,7 % der Krankenkassen an, dass die Anstrengungen zur Qualitätssicherung in den weitergeführten Verträgen umfassender sind als in den beendeten. Außerdem ist die regionale Ausdehnung der weitergeführten Verträge bei 39,1 % der Krankenkassen größer.

454. Zur Erfassung der Indikationen der beendeten Verträge wurden die Krankenkassen gebeten, den Vertragsgegenstand anhand einer Auswahl von elf an das DRG-System angelehnten Hauptdiagnosegruppen (MDC²²⁷) zu klassifizieren (Tabelle 33). Mehrfachnennungen waren dabei möglich. Von den 71 Krankenkassen, die Angaben zu beendeten Verträgen gemacht haben, nahmen 57 die aufwändige Einordnung in Hauptdiagnosegruppen vor. Während sich die Summe der in der Erhebung angegebenen Vertragsbeendigungen auf 1 987 beläuft, beträgt die Summe der nach Hauptdiagnosegruppen klassifizierten Verträge 1 755. Bei der BQS wurde im Jahr 2008 jeder gemeldete Vertrag im Durchschnitt in rund 1,4 MDC-Kategorien eingeordnet. Unter der Annahme, dass sich die Mehrfachklassifikation auch in der Erhebung des Sachverständigenrates auf 1,4 beläuft, wurden knapp zwei Drittel der von uns erfassten Vertragsbeendigungen nach Hauptdiagnosegruppen klassifiziert. Die Ergebnisse sind daher vorsichtig zu bewerten, decken aber dennoch einen wesentlichen Teil der beendeten Verträge ab.

227 Major Diagnostic Categories.

Hauptdiagnose-Gruppen	Beendete Verträge (2008 bis 2010)	Anteil an klassifizierten beendeten Verträgen	Anzahl Verträge nach BQS* (2007 bis 2008)	Anteil an allen Verträgen (BQS)**	Anteilsdifferenz (%-Punkte)
Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe	482	27%	289	14%	13
Palliativversorgung (kategorieübergreifend)	191	11%	370	18%	-7
Psychische Erkrankungen	177	10%	80	4%	6
Erkrankungen des Kreislaufsystems	131	7%	116	6%	1
Erkrankungen des Nervensystems	71	4%	87	4%	0
Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust	58	3%	72	3%	0
Erkrankungen im HNO-, Mund- und Kieferbereich	51	3%	59	3%	0
Erkrankungen der Geschlechtsorgane	43	2%	100	5%	-3
Schwangerschaft und Geburt	29	2%	64	3%	-1
Hormonelle oder Stoffwechselerkrankungen	24	1%	55	3%	-2
Erkrankungen der Augen	15	1%	50	3%	-2
Sonstige Erkrankungen	483	28%	691	34%	-6

Tabelle 33: Hauptdiagnosegruppen (MDC) der beendeten Verträge in Anlehnung an das DRG-System

* Verträge mit Beginn ab 1. April 2007 und Laufzeit bis mindestens Ende 2008. Zu vorher beginnenden Verträgen liegen keine entsprechenden Informationen vor.

** Hier anders als bei der BQS auf die Gesamtzahl der Verträge bezogen, damit sich keine Anteilssumme von über 100% ergibt.

n=57 Krankenkassen

Quelle: BQS (Grothaus 2009), eigene Berechnungen

In Tabelle 33 ist neben der Anzahl der beendeten Verträge und deren Anteil an allen klassifizierten beendeten Verträgen zum Vergleich auch der bei der BQS gemeldete Bestand an Verträgen, die in die jeweilige MDC-Kategorie eingeordnet wurden, dargestellt. Diese Klassifikation liegt aber nur für Verträge vor, die nach dem 1. April 2007 geschlossen wurden und die mindestens bis zum 31. Dezember 2008 liefen. Für Verträge mit einem früheren Beginn liegen keine Klassifikationen vor. Dennoch können diese Angaben Anhaltspunkte geben, ob in Bezug auf den Vertragsbestand über- oder unterproportional viele Verträge einer MDC-Kategorie beendet wurden. Zu diesem Zweck wurde in der fünften Spalte von Tabelle 33 der Anteil des einer Kategorie zugeordneten Vertragsbestandes am gesamten klassifizierten Vertragsbestand gebildet. Anschließend wurde für jede Kategorie der in Spalte 5 ermittelte Anteil am Vertragsbestand von dem in Spalte 3 ermittelten Anteil an den Vertragsbeendigungen abgezogen und in Spalte sechs ausgewiesen. Eine

positive Differenz bedeutet, dass überproportional viele Verträge beendet wurden. Eine negative Differenz deutet darauf hin, dass unterproportional viele Verträge beendet wurden.

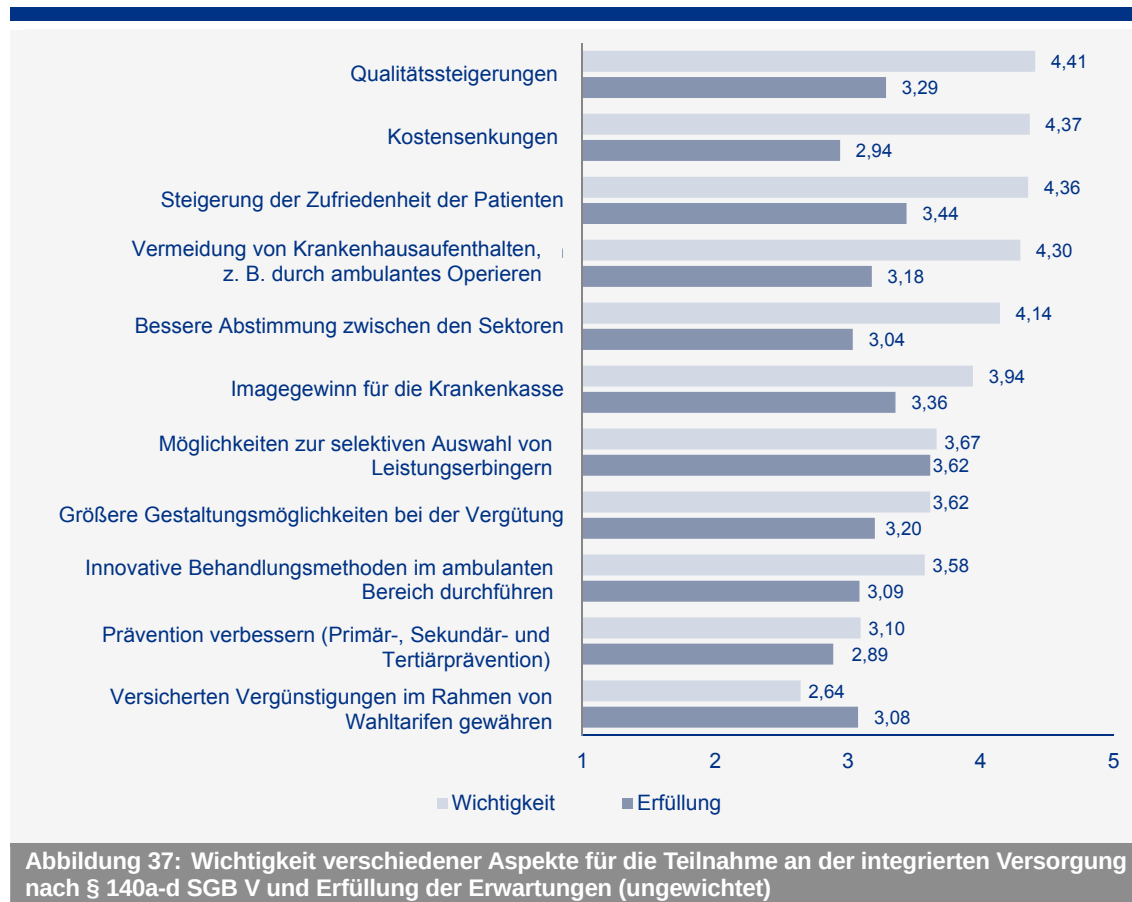
Aus Tabelle 33 ist zu ersehen, dass 482 oder 27 % aller beendeten Verträge der MDC-Kategorie „Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe“ zugeordnet werden können. Zwar hat diese Kategorie mit 14 % auch einen großen Anteil am Vertragsbestand, aber die Anteilsdifferenz ist hier am größten. Verträge mit einer Zuordnung zu dieser Kategorie wurden also stark überproportional beendet. Ebenfalls überproportional häufig wurden Verträge zu psychischen Erkrankungen beendet. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass auch dieses Ergebnis stark von einer einzelnen Krankenkasse beeinflusst wurde. Ohne das Ergebnis dieser Krankenkasse wären die Verträge in dieser MDC-Kategorie sogar leicht unterproportional zurückgegangen. Unterproportional häufig wurden Verträge zur Palliativversorgung beendet. Hier scheinen die Krankenkassen ein überdurchschnittlich hohes Interesse an einer Fortführung dieser Verträge gehabt zu haben.

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

455. Zusätzlich zu den Gründen für die Beendigung von Verträgen in der Vergangenheit wurde ermittelt, welche Aspekte den Krankenkassen bei der Teilnahme an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V besonders wichtig sind, in welchem Maße ihre Erwartungen erfüllt wurden und was die wichtigsten Hindernisse für den Abschluss zukünftiger Verträge sind.

Die Fragen, wie wichtig einzelne Aspekte für die Teilnahme an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V waren und inwieweit die diesbezüglichen Erwartungen der Krankenkassen erfüllt wurden, sollten wiederum auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden. Die Bewertung „1“ bedeutet „gar nicht wichtig“ bzw. „gar nicht erfüllt“, die Bewertung „5“ impliziert „äußerst wichtig“ bzw. „komplett erfüllt“.

In Abbildung 37 sind die Mittelwerte der Wichtigkeit einzelner Aspekte und der Erfüllung der Erwartungen graphisch dargestellt. Zusätzlich wurde eine "Erwartungslücke" als Differenz zwischen dem Mittelwert der Wichtigkeit und dem Mittelwert der Erfüllung berechnet. Idealerweise ist der Grad der Erfüllung der Erwartungen mindestens so hoch wie die Wichtigkeit eines Aspektes. Werden dagegen die Erwartungen an vergleichsweise wichtige Aspekte nur unzureichend erfüllt, ergibt sich eine positive Differenz. Je größer die Differenz und folglich die Erwartungslücke, desto problematischer ist der jeweilige Aspekt.



n=84 Krankenkassen

Quelle: Eigene Darstellung

456. Der wichtigste Aspekt für die Teilnahme an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V ist aus Sicht der Krankenkassen die Steigerung der Qualität, gefolgt von Kostensenkungen und der Steigerung der Zufriedenheit der Patienten. Die Verbesserung von Prävention und die Gewährung von Vergünstigungen für die Versicherten spielen dagegen eine untergeordnete Rolle.

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

457. 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. Auf Rang zwei bei der Erwartungslücke folgt die Verbesserung der Patientenzufriedenheit. Auch bei Aspekten der Versorgungsverbesserung ist die Erwartungslücke vergleichsweise groß: Qualitätssteigerungen, die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten sowie die Abstimmung zwischen den Sektoren belegen die Plätze drei bis fünf.

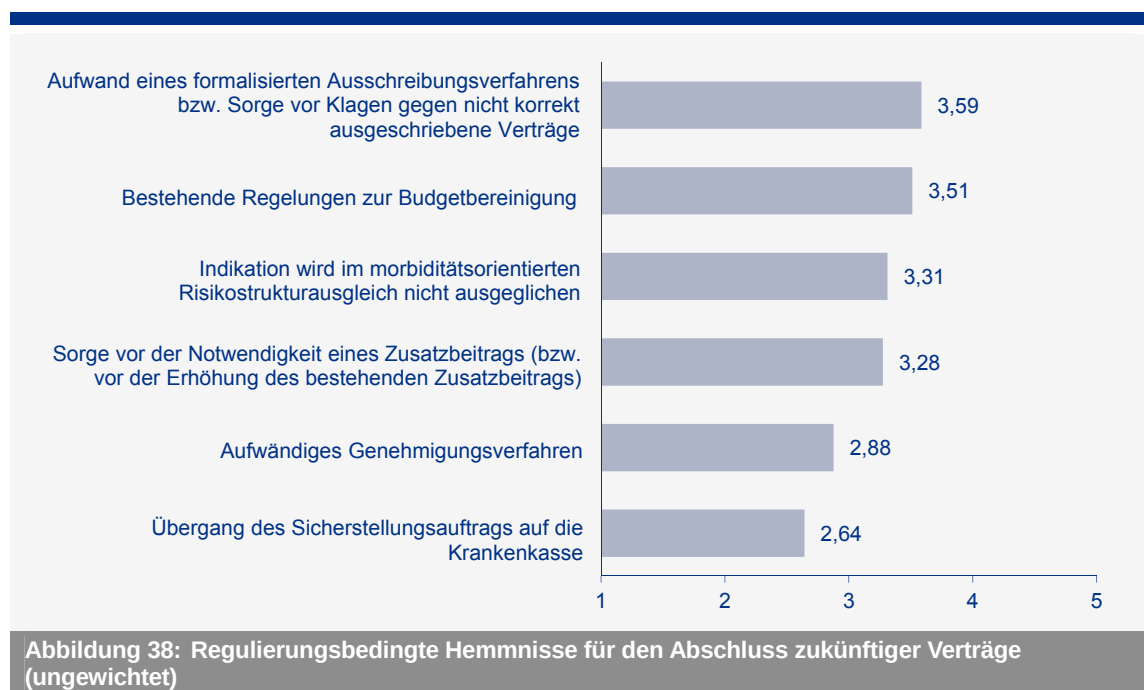
458. Die Ergebnisse zu Wichtigkeit und Erfüllung einzelner Aspekte ändern sich nur geringfügig, wenn die Antworten der Krankenkassen mit der jeweiligen Zahl ihrer Versicherten gewichtet

werden (Abbildung A-6 im Anhang). Die Erwartungen haben sich bei der Gewichtung nach Versicherten im Durchschnitt etwas besser erfüllt. Große Krankenkassen scheinen also insgesamt etwas zufriedener mit der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V zu sein. Am größten ist der Unterschied hinsichtlich der Erfüllung der Erwartungen bei der Möglichkeit zur selektiven Auswahl von Leistungserbringern. Zweifelsohne dürfte dies großen Krankenkassen leichter fallen. Auch die Steigerung von Patientenzufriedenheit und Qualität scheint großen Krankenkassen besser zu gelingen. Beim Imagegewinn und bei der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten werden die Erwartungen großer Krankenkassen aber in geringerem Maße erfüllt.

Bei der Abstimmung zwischen den Sektoren, den Qualitätssteigerungen und der selektiven Auswahl von Leistungserbringern ist die Erwartungslücke vor allem aufgrund der besseren Erfüllung der Erwartungen geringer, beim Imagegewinn für die Krankenkasse verhält es sich genau andersherum.

Regulierungsbedingte Hemmnisse

459. Eine weitere Frage zielte darauf ab, welche Regelungen in welchem Maße den Abschluss zukünftiger Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V behindern (Abbildung 38). Als gravierendstes Hindernis erweist sich dabei die Notwendigkeit zur Anwendung eines formalisierten Ausschreibungsverfahrens. Der damit verbundene Aufwand dürfte die ohnehin evidenten Kostenprobleme bei Integrationsverträgen noch weiter verschärfen. Dies gilt vermutlich in besonderem Maße für kleinere Krankenkassen, bei denen solche Kosten pro Vertragsteilnehmer stärker ins Gewicht fallen. Überdies verzerrt die - europarechtlich zwingende - Anwendung des Vergaberechts den Systemwettbewerb zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen, da im Kollektivvertrag ein solcher Aufwand nicht anfällt.



n=84 Krankenkassen

Quelle: Eigene Darstellung

460. 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 erbrachte 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 dieses Verfahrens, wie beispielsweise in Abschnitt 7.4 empfohlen.

Die Bedeutung der Budgetbereinigung als Hindernis für zukünftige Verträge scheint deutlich größer zu sein als für die Beendigung von Verträgen in der Vergangenheit. Ein Grund hierfür könnte darin liegen, dass im Zuge der Anschubfinanzierung vorwiegend Add-on-Verträge geschlossen und nach 2008 wieder beendet wurden, bei denen keine Bereinigung erforderlich war. Nach dem Wegfall der Anschubfinanzierung ist aber der Abschluss von Add-on Verträgen, die die Krankenkassen aus eigenen Mitteln finanzieren müssen, weniger interessant. Stattdessen möchten die Krankenkassen bei Verträgen, die kollektivvertragliche Versorgung substituieren, eine Bereinigung der ambulanten ärztlichen Gesamtvergütung vornehmen.

461. In Abbildung A-7 im Anhang sind die nach der Zahl der Versicherten gewichteten Antworten wiedergegeben. Die sich ergebenden Unterschiede sind insgesamt gering. Auffällig ist, dass die Regelungen zur Budgetbereinigung nun vergleichsweise deutlich den ersten Platz einnehmen. Der Grund hierfür könnte darin liegen, dass große Krankenkassen tendenziell eher die herkömmliche Versorgung substituierende Verträge schließen oder schließen möchten, während kleine Krankenkassen Add-on-Verträge bevorzugen, für die keine Bereinigung notwendig ist. Auf der anderen Seite dürfte ein formalisiertes Ausschreibungsverfahren von großen Krankenkassen leichter zu bewältigen sein. Die mit Ausnahme der Budgetbereinigung geringeren Mittelwerte sprechen zudem dafür, dass große Krankenkasse die genannten Regulierungen als insgesamt weniger hinderlich empfinden.

462. Im Vergleich zur Qualität der herkömmlichen Versorgung schätzen 71,6 % der Krankenkassen die Qualität in der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V besser, 27,2 % genau gleich gut und nur eine Krankenkasse schlechter ein. Werden die Antworten nach der Zahl ihrer Versicherten gewichtet, halten sogar 93,7 % die Qualität in der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V für höher. Dieses Ergebnis ist konsistent mit dem zuvor getroffenen Befund, dass sich die Erwartungen großer Krankenkassen an die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V, insbesondere in Bezug auf Versorgungsverbesserungen, eher erfüllt haben als die kleiner Krankenkassen.

463. Abschließend wurden die Krankenkassen um eine Gesamtbeurteilung ihrer Zufriedenheit mit der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V gebeten. Bei einer ungewichteten Auswertung gibt eine knappe Mehrheit von 50,6 % an, nicht mit der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V zufrieden zu sein. Bei einer Gewichtung nach Versicherten zeigen sich immerhin 56,8 % insgesamt zufrieden. Dieser Unterschied bestätigt noch einmal die etwas (aber nicht viel) größere Zufriedenheit großer Krankenkassen mit der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V.

Das zwiespaltene Urteil der Krankenkassen über die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V ist konsistent mit dem insgesamt stagnierenden Verlauf der Vertragszahlen sowie den teilweise in akzeptablem Maße erfüllten Zielen auf der einen und den teilweise erheblichen Erwar-

tungslücken, insbesondere bei den Kosten, auf der anderen Seite. Unter den gegenwärtigen Bedingungen ist daher kein signifikantes Wachstum dieser besonderen Versorgungsform zu erwarten.

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

464. Die Krankenkassen wurden zusätzlich zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V auch zur besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V befragt. Die in Tabelle 34 dargestellten Ergebnisse wurden auf Basis der Versichertenzahl der antwortenden Krankenkassen hochgerechnet. Sowohl bei den Vertragszahlen als auch bei den Teilnehmerzahlen und den Ausgaben zeigt sich ein kräftiger Anstieg. Besonders stark war der Anstieg der Teilnehmerzahlen von 2009 auf 2010. Hier kam es zu einer Vervierfachung. Auch Verträge nach § 73c SGB V werden von Krankenkassen häufig gemeinsam geschlossen. Die in Tabelle 34 angegebenen Werte sind folglich Brutto-Vertragszahlen. Ob diese ähnlich wie bei der integrierten Versorgung um den Faktor vier höher sind als die Netto-Vertragszahlen, ist allerdings nicht bekannt.

465. Für das Jahr 2011 liegen auch erstmals Zahlen aus der KV 45 über die Ausgaben für Verträge nach § 73c SGB V vor. Diese belaufen sich auf rund 66 Millionen Euro. Ein Abgleich mit den Angaben im Rahmen dieser Erhebung und Rücksprache mit vielen Krankenkassen haben aber gezeigt, dass die KV 45-Daten momentan noch nicht ganz zuverlässig sind. Der Grund hierfür scheint darin zu liegen, dass bis zum Jahr 2010 ein gemeinsames Konto für die Ausgaben für Verträge nach § 73b und § 73c SGB V bestand und einige Krankenkassen einen Teil der 73b-Ausgaben auf das neue 73c-Konto gebucht haben und umgekehrt. Der Schätzwert in dieser Erhebung von 62,6 Millionen Euro liegt aber dennoch nahe bei dem Wert aus der KV 45. Möglicherweise haben sich gegenläufige Effekte partiell kompensiert.

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

n=61 Krankenkassen, Zahlen hochgerechnet anhand der Versichertenzahlen

Quelle: Eigene Berechnung

Die Teilnehmerzahl pro (Brutto-)Vertrag war mit 1 332 im Jahr 2011 bei der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung mehr als viermal so hoch wie in der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V. Die Ausgaben pro Vertrag beliefen sich dagegen mit 116 312 Euro auf etwa die Hälfte. Die Ausgaben pro Teilnehmer in der besonderen ambulanten Versorgung betrugen 87 Euro. Dies waren nur rund 11 % des Wertes in der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V.

Verträge nach § 73c SGB V können auch unter Beteiligung von Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen werden. Nach einer Erhebung der KBV war dies im Jahr 2010 bei 100 Verträgen der Fall, also bei rund einem Viertel der in dieser Erhebung ermittelten Verträge (Anfrage des Sachverständigenrates bei der KBV). Rund die Hälfte der mit Beteiligung von Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossenen Verträge hat dermatologische Indikationen zum Gegenstand.

466. Die Krankenkassen wurden gebeten, fünf verschiedene zur Auswahl stehende Motive für die Teilnahme an Verträgen zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung in eine Prioritätenrangfolge zu bringen mit „1“ = „das wichtigste Motiv“ bis „5“ = „das unwichtigste Motiv“. Die Ergebnisse sind in Tabelle 35 dargestellt. Ausgewiesen ist der jeweilige Anteil der Krankenkassen, die einem Motiv eine bestimmte Rangordnung zugewiesen haben.

	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Rang 4	Rang 5
Kostengünstige Beschaffung von Versorgungsleistungen	32,6%	17,4%	8,7%	28,3%	13,0%
Vermeidung von Krankenhauseinweisungen	28,3%	15,2%	10,9%	23,9%	21,7%
Auswahl von Leistungserbringern nach Qualitätskriterien	21,7%	26,1%	34,8%	6,5%	10,9%
Größere Gestaltungsmöglichkeiten bei der Vergütung	10,9%	26,1%	23,9%	23,9%	15,12%
Imagegewinn für die Kasse	8,7%	21,7%	19,6%	13,0%	37,0%

Tabelle 35: Motive für die Teilnahme an Verträgen nach § 73c SGB V

n=60 Krankenkassen

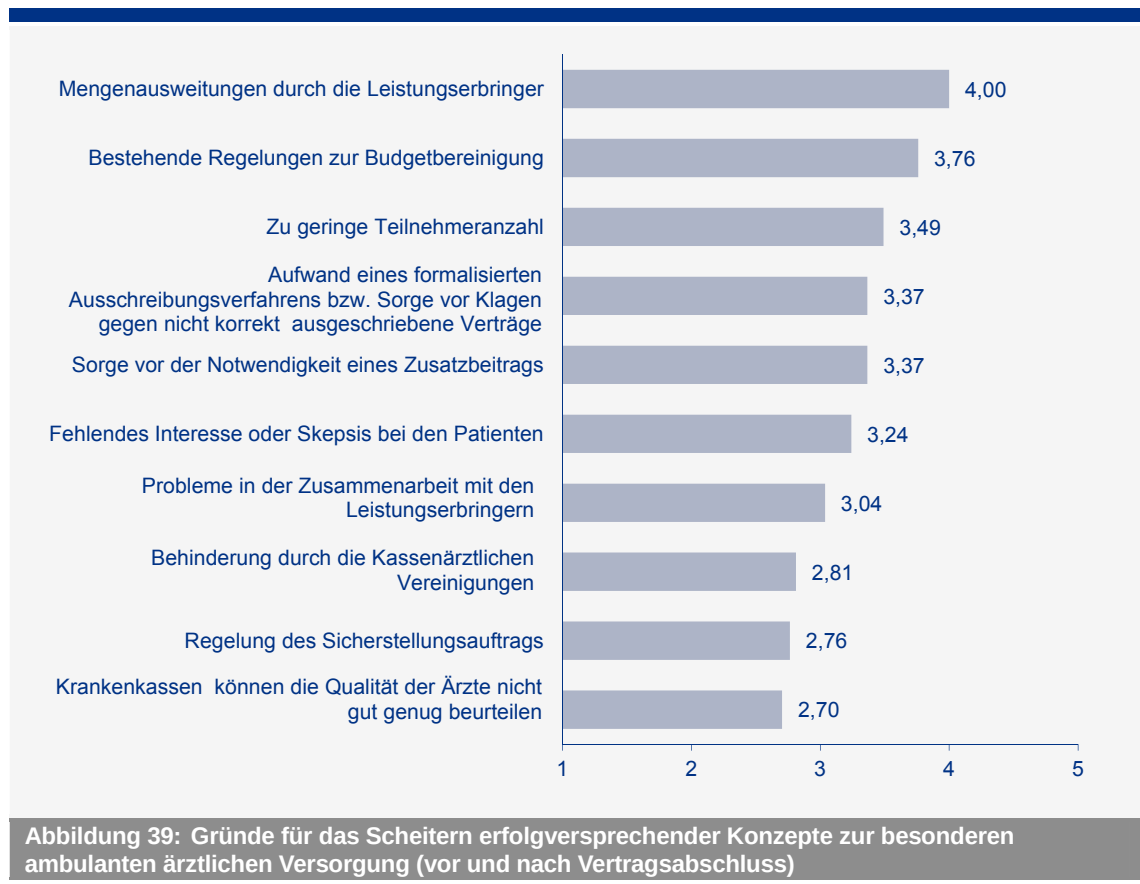
Quelle: Eigene Berechnung

Als wichtigste Motive wurden die kostengünstige Beschaffung von Versorgungsleistungen und die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen genannt. Für einen etwas geringeren Anteil von Krankenkassen waren diese Motive jedoch kaum oder gar nicht wichtig. Die Auswahl von Leistungserbringern nach Qualitätskriterien lag zwar insgesamt nur auf Rang drei, war jedoch bei knapp der Hälfte der Krankenkassen das wichtigste oder zweitwichtigste Motiv und bei über 80 % der Krankenkassen mindestens relevant. Größere Gestaltungsmöglichkeiten bei der Vergütung wurden tendenziell von größeren Krankenkassen für wichtiger befunden als von kleinen. Während ein Imagegewinn insgesamt nur von wenigen als wichtigstes Argument genannt wurde, hielten dies immerhin ein Fünftel der Krankenkassen für den zweitwichtigsten Grund, knapp 40 % hielten dies jedoch für völlig unwichtig.

467. Die Krankenkassen wurden ferner gefragt, wie wichtig bestimmte Aspekte für das Scheitern a priori erfolgversprechender Konzepte zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (vor und nach Vertragsabschluss) waren. Auch hier wurde wieder eine fünfstufigen Likert-Skala verwendet. Die Ergebnisse sind in Abbildung 39 dargestellt.

Der wichtigste Aspekt sind Mengenausweitungen durch die Leistungserbringer. Mehrere Krankenkassen haben in Freitextfeldern angemerkt, dass Mengensteigerungen Verträge nach § 73c SGB V zu Kostentreibern machen. Dieses Problem scheint dem wichtigsten Motiv der kostengünstigen Beschaffung von Versorgungsleistungen entgegenzustehen. Ähnlich wie bei der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V spielen außerdem Probleme mit der Bereinigung eine wesentliche Rolle. Bei einer Gewichtung nach der Zahl der Versicherten ist dieser Aspekt auch hier der bedeutendste. Die geringe Teilnehmerzahl an dritter Stelle scheint ein durchgängiges Problem in den hier untersuchten Selektivverträgen zu sein. Auch bei Verträgen zur besonderen ambulanten Versorgung stellt die Notwendigkeit zur Ausschreibung ein gewichtiges Hindernis dar, genauso wie die

Sorge vor der Notwendigkeit eines Zusatzbeitrags. Insgesamt ähnelt die Rangfolge der Schwierigkeiten der bei der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V.



n=60 Krankenkassen

Quelle: Eigene Darstellung

7.6.2 Befragung der Krankenhäuser

468. Neben den Krankenkassen wurden auch die Krankenhäuser zum Thema integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V befragt. Die Erhebung wurde zusammen mit der Befragung zum Umsetzungsstand der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser durchgeführt. Für Methodik und Responserate sei daher auf Unterkapitel 6.3 verwiesen.

7.6.2.1 Teilnahmequoten und Vertragszahlen

469. 238 von 641 zu dieser Frage antwortenden Krankenhäusern haben im Jahr 2010 an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V teilgenommen. Das entspricht 37,1 %. Das deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat im Rahmen des Krankenhausbarometers auf Basis einer repräsentativen Stichprobe von 286 Häusern ermittelt, dass im Jahr 2009 35,7 % der Krankenhäuser mit über 50 Betten an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V teilnahmen (Blum/Offermanns

2009). Einen ähnlichen Wert hatte das DKI bereits 2006 erhoben (Blum et al. 2006). Die Ergebnisse von Sachverständigenrat und DKI liegen eng beieinander. Der etwas höhere Wert in dieser Erhebung könnte darauf zurückzuführen sein, dass die an der Befragung teilnehmenden Häuser etwas größer sind als in der Grundgesamtheit und die Größe mit der Wahrscheinlichkeit der Teilnahme korreliert.

Weitere 48 von 406 zu dieser Frage antwortenden Krankenhäuser, die in 2010 nicht an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V teilgenommen haben, geben an, in den Jahren 2008 bis 2009 teilgenommen zu haben. Dies sind 11,8 %.

Die Beteiligung an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V unterscheidet sich stark nach der Bettenzahl (Tabelle). Das DKI unterscheidet im Krankenhausbarometer nur drei Größenklassen, kommt aber auch bei dieser Fragestellung zu sehr ähnlichen Ergebnissen (Blum/Offermanns 2009).

Weniger stark unterscheiden sich die Teilnahmequoten nach Trägern. Die Unterschiede sind außerdem nicht signifikant (bei allen anderen Kriterien unterscheiden sich die Ergebnisse signifikant zwischen den untersuchten Ausprägungen und der Chi-Quadrat-Test liefert einen Wert von $p < 0,001$).

Bettenzahl		Träger		Versorgungsstufe		Siedlungsstrukturtyp	
50 bis 149	21,6%	Privat	31,6%	Fachkrankenhaus	25,5%	Ländlicher Raum	18,3%
150 bis 299	31,4%	Freigemeinnützig	37,9%	Grund-/Regelversorgung	33,6%	Ländliches Umland	24,4%
300 bis 499	45,5%	Öffentlich	39,8%	Schwerpunktversorgung	53,6%	Verdichtetes Umland	37,7%
ab 500	61,6%			Maximalversorgung	67,4%	Kernstädte	54,9%

Tabelle 36: Teilnahmequoten an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V nach Subgruppen

n=641 Krankenhäuser

Quelle: Eigene Berechnung

Massiv sind die Unterschiede, wenn nach der Versorgungsstufe unterschieden wird: Während rund ein Drittel der Grund- und Regelversorger teilnehmen, sind dies bei den Maximalversorgern über zwei Drittel. Auch an dieser Stelle muss aber darauf verwiesen werden, dass dieser Effekt zumindest partiell auf Größenunterschiede zurückzuführen ist (vgl. Unterkapitel 6.3).

Schließlich bestehen auch signifikante Unterschiede nach Siedlungsstrukturtyp. Während sich im ländlichen Raum nur 18,3 % der Häuser an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V beteiligen, sind dies in Kernstädten 54,9 %. Auch hier spielen Größeneffekte eine Rolle.

Die Häufigkeit, dass ein Krankenhaus an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V teilnimmt, steigt, wenn es bestimmte der im Rahmen der Krankenhausbefragung in Unterkapitel 6.3 abgefragten Angebote macht und umgekehrt. 60,2 % der Krankenhäuser, die jemals Leistungen nach § 116b SGB V erbracht haben, beteiligen sich auch an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V. Gleiches gilt für 49,6 % der Häuser, die an strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen. Betreibt ein Krankenhaus integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V, so hat es auch in 51,1 % der Fälle ein MVZ, beteiligt sich mit einer Wahrscheinlichkeit von 61 % an strukturierten

Behandlungsprogrammen, erbringt zu 55,1 % teilstationäre Leistungen, operiert in 91,4 % der Fälle ambulant, erbringt mit einer Wahrscheinlichkeit von 94,4 % sonstige ambulante Leistungen, betreibt in 57,1 % aller Fälle Case Management und in 85,3 % aller Fälle ein systematisches Überleitungs- und Entlassungsmanagement. Obwohl viele dieser Angebote Bestandteil einer idealtypischen integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V sind, kann von diesen bedingten Wahrscheinlichkeiten alleine noch nicht auf eine Kausalität geschlossen werden. Beispielsweise beeinflusst die Krankenhausgröße alle diese Variablen. Ferner kann vermutet werden, dass besonders innovative Häuser mehrere dieser Angebote gleichzeitig anbieten.

Die Krankenhäuser wurden auch gefragt, ob ihr MVZ an der IV teilnimmt. Von den 260 Krankenhäusern in dieser Befragung, die ein MVZ besitzen, haben 241 auf diese Frage geantwortet. Bei diesen beteiligt sich in 26 Fällen das MVZ an der IV, das sind 11 %. Der Bundesverband MVZ hat eine Teilnahmequote von über 17 % für das Jahr 2010 ermittelt (BMVZ 2011). Dabei ist aber zu bedenken, dass bei dieser Zahl alle MVZ einbezogen wurden und nicht nur solche, an denen ein Krankenhaus beteiligt ist.

470. Von den an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V teilnehmenden Krankenhäusern wurde die Anzahl der abgeschlossenen Verträge erfragt. Für das Jahr 2010 ergaben sich 626 Brutto-Verträge, für das Jahr 2011 637 Brutto-Verträge. Zur Schätzung der Gesamtzahl der mit Beteiligung von Krankenhäusern abgeschlossenen Verträgen wurden verschiedene Regressionsrechnungen unter Einbeziehung der in Tabelle aufgeführten Faktoren durchgeführt. Es zeigte sich (ähnlich wie in Unterkapitel 6.3), dass die Hinzufügung weiterer Faktoren zusätzlich zur Bettenzahl keine Verbesserung des Modells bewirkt. Daher wurde die Gesamtvertragszahl auf Basis der Bettenzahl geschätzt. Für das Jahr 2010 ergibt sich ein Ergebnis von 1 490 Verträgen, für das Jahr 2011 von 1 518. Für das Jahr 2011 wurde zudem eine Berechnung mit auf Ebene des einzelnen Krankenhauses gerundeten Schätzwerten durchgeführt. Dies führte dazu, dass bei vielen kleinen Krankenhäusern Werte von unter 0,5 auf Null gerundet wurden, so dass sich bei diesem Vorgehen ein geringerer Schätzwert von 1 495 ergab. Insgesamt liegt die Zahl der IV-Verträge mit Krankenhausbeteiligung also bei rund 1 500. Hierbei ist zu beachten, dass dieser Wert nicht mit der Vertragszahl der Krankenkassen vergleichbar ist. Zum einen sind hier keine Mehrfachzählungen der von mehreren Krankenkassen gemeinsam geschlossenen Verträgen enthalten und nicht an jedem IV-Vertrag ist ein Krankenhaus beteiligt. Auf der anderen Seite können an ein und dem selben Vertrag mehrere Krankenhäuser beteiligt sein. Dies ist nach der Erhebung des DKI allerdings nur bei 12 % der Verträge der Fall (Blum/Offermanns 2009). Bei Zugrundelegung dieses Wertes ergibt sich eine Nettovertragszahl von 1 320 mit Teilnahme von Krankenhäusern.

Die durchschnittliche Vertragszahl pro Krankenhaus betrug 2,46 im Jahr 2010 und 2,72 im Jahr 2011. Diese Werte entsprechen weitgehend dem Ergebnis der DKI-Erhebung aus dem Jahr 2006 (Blum et al. 2006). Im Jahr 2009 ermittelt das DKI allerdings einen niedrigeren Wert von 1,9 (Blum und Offermanns 2009). Die Differenz kann wiederum auf die etwas überdurchschnittliche Größe der an der Erhebung des Sachverständigenrates beteiligten Krankenhäuser zurückzuführen sein. Sie kann aber auch durch die höhere Genauigkeit der größeren Stichprobe oder eine Trendumkehr, auf die die Daten hindeuten, bedingt sein.

Der leichte Anstieg der Vertragszahlen von 2010 auf 2011 ist ausschließlich auf eine höhere Zahl von Verträgen pro Krankenhaus zurückzuführen; insgesamt beteiligte sich im Jahr 2011 laut der Erhebung sogar ein Krankenhaus weniger an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V als in 2010. In Tabelle 37 ist der Anteil der Krankenhäuser, die eine bestimmte Anzahl an Verträgen

abgeschlossen haben, für die Jahre 2010 und 2011 aufgeführt. Zum Vergleich werden auch die Ergebnisse des DKI berichtet. Es hat den Anschein, dass einige Krankenhäuser, die bereits an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V teilgenommen haben, weitere Verträge abgeschlossen haben. Der Median der Vertragszahl lag in beiden Jahren bei 2, der Maximalwert bei 30 Verträgen eines Krankenhauses.

Anzahl Verträge	2009 (DKI)	2010	2011
1	51,9%	45,3%	40,1%
2	28,3%	23,5%	23,5%
3 und mehr	19,8%	31,2%	36,4%

Tabelle 37: Anteil der Krankenhäuser mit einer bestimmten Zahl von Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V in verschiedenen Jahren

n=641 Krankenhäuser

Quelle: Eigene Berechnung

Nur 14 Krankenhäuser erbringen Leistungen aus dem Katalog zu § 116b Abs. 2-6 SGB V im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V. Hochgerechnet auf alle Krankenhäuser würde dies einer Zahl von 35 entsprechen. Die BQS hatte im Jahr 2008 noch 42 entsprechende Verträge ermittelt. Dieser Unterschied kann aber wiederum auf Mehrfachzählungen in den BQS-Daten zurückzuführen sein. In jedem Fall ist diese Art IV-Verträge von sehr geringer Bedeutung.

Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V

471. Ähnlich wie bei den Krankenkassen wurde ferner ermittelt, welche Qualitätssicherungsmaßnahmen die Krankenhäuser im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V zusätzlich zur herkömmlichen Versorgung anwenden (Abbildung 40). 47,8 % aller diese Frage beantwortenden Häuser tauschen zusätzlich strukturierte Einweisungs- und Entlassungsinformationen aus. Dieses Ergebnis passt gut zu dem Befund, dass über 85 % der Häuser, die an der teilnehmen, auch ein systematisches Überleitungs- und Entlassungsmanagement betreiben. In diesem Fall scheint also ein wesentlicher Teil dieser Maßnahmen im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V stattzufinden. Das Ergebnis ist auch konsistent mit dem hohen Anteil an Krankenkassen, die angeben im Rahmen der der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V strukturierte Einweisungs- und Entlassungsinformationen auszutauschen.

Ebenfalls 47,8% der Krankenhäuser wenden spezielle Behandlungspfade und Leitlinien an. Auch dieses Ergebnis ist konsistent mit dem hohen Anteil an Krankenkassen, die angeben, transssektorale Behandlungspfade im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V anzuwenden.

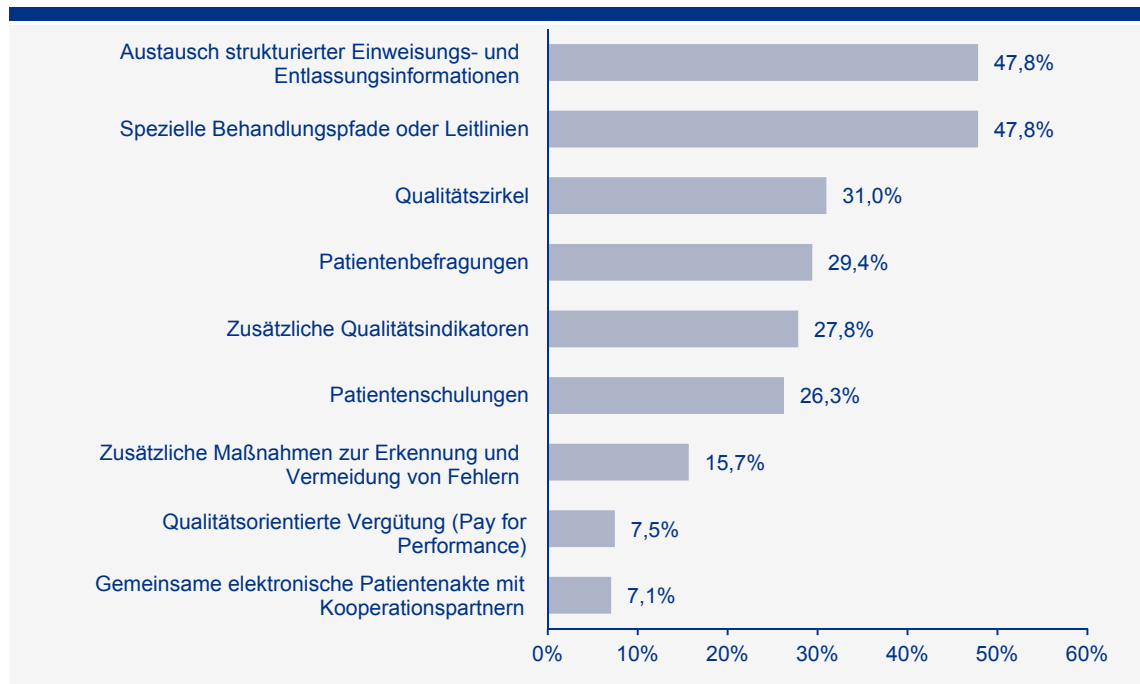


Abbildung 40: Im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V zusätzlich angewandte Qualitätssicherungsmaßnahmen

Mehrfachnennungen möglich, n=255 Krankenhäuser

Quelle: Eigene Darstellung

Mit 7,1 % auf dem letzten Platz liegt die gemeinsame elektronische Fall- oder Patientenakte. Diese umfassende Form der Vernetzung stellt immer noch eine große Ausnahme dar. Auch bei der Befragung der Krankenkassen hat sich gezeigt, dass nur in sehr wenigen IV-Verträgen eine gemeinsame elektronische Patientenakte zur Anwendung kommt. Der Anteil der Krankenkassen, die Verträge mit einer solchen Patientenakte unterhalten ist mit 20 % aber erheblich höher als der Anteil bei den Krankenhäusern. Ein Grund hierfür könnte sein, dass mehr Krankenkassen an Verträgen mit elektronischer Patientenakte teilnehmen als an Verträgen ohne dieses Instrument, z. B. um gemeinsam die notwendigen Investitionen finanzieren zu können. Ein anderer Grund könnte darin liegen, dass die Mehrzahl der von den Kostenträgern abgeschlossenen IV-Verträge mit elektronischer Patientenakte interdisziplinär-fachübergreifend nur mit Beteiligung niedergelassener Ärzte sind.

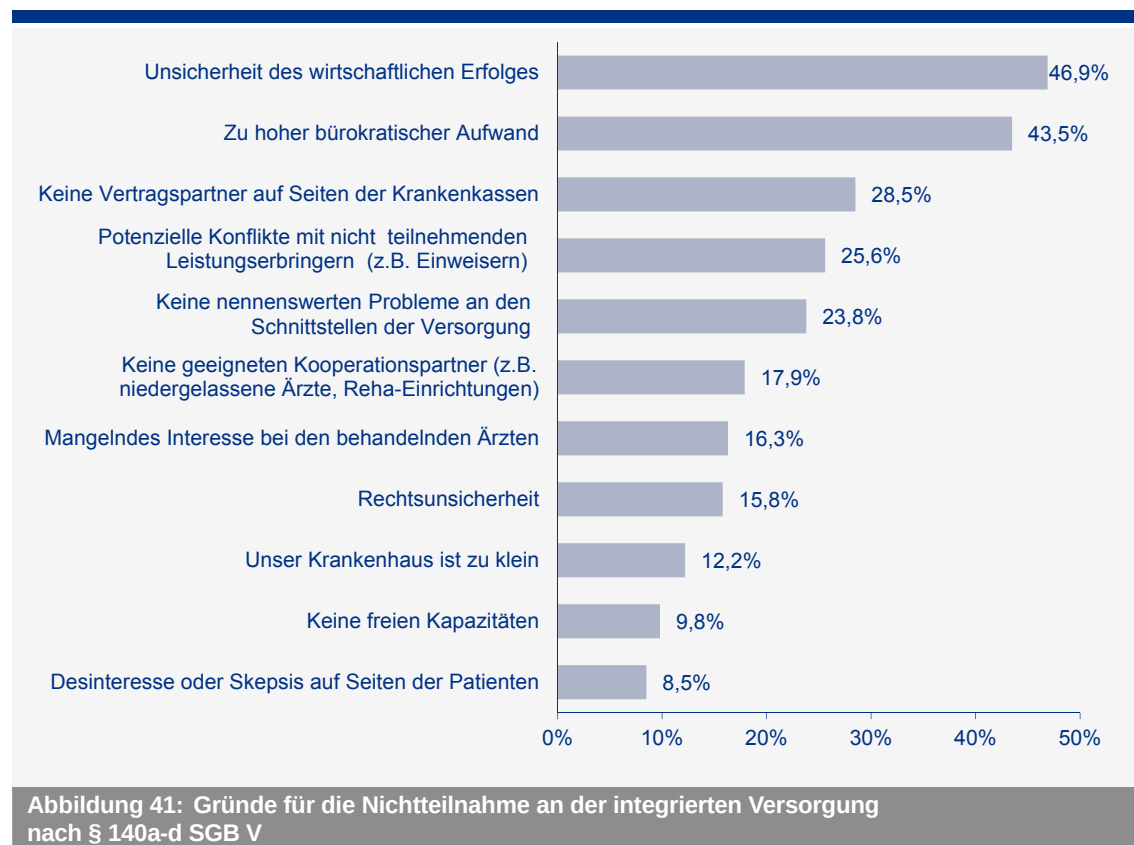
7.6.2.2 Gründe für die Nichtteilnahme an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V

472. Die Krankenhäuser, die sich nicht an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V beteiligen, wurden gefragt, was die Gründe hierfür sind. Die Ergebnisse sind in Abbildung 41 dargestellt. Mehrfachnennungen der aufgeführten Gründe waren möglich. Zwei Gründe sind klar dominierend: 46,9 % der Krankenhäuser geben an, wegen der Unsicherheit des wirtschaftlichen Erfolges nicht an der IV teilzunehmen. 43,5 % geben an, sich aufgrund des hohen bürokratischen Aufwandes nicht zu beteiligen. Wie bei den Krankenkassen scheint auch bei den nicht teilnehmenden Krankenhäusern die unzureichende Wirtschaftlichkeit der Verträge das Hauptproblem zu sein.

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. Bei der Beendigung von IV-Verträgen haben solche Probleme für Krankenkassen eine eher untergeordnete Rolle gespielt. Erwartungsgemäß sind potenzielle Konflikte mit niedergelassenen Ärzten für Krankenhäuser gravierender als für Kostenträger. Immerhin 23,8 % der Krankenhäuser können ferner keine nennenswerten Probleme an den Schnittstellen der Versorgung feststellen und beteiligen sich deshalb nicht an der IV.

Am seltensten werden schließlich Desinteresse oder Skepsis aufseiten der Patienten genannt. Dieses Ergebnis steht im Kontrast zu den von den Krankenkassen genannten Gründen für die Beendigung von IV-Verträgen (bzw. das Scheitern von Verträgen nach § 73c SGB V). Dort spielten Skepsis und Desinteresse bei den Patienten eine vergleichsweise große Rolle. Möglicherweise ist das Interesse der Patienten, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, größer als das der durchschnittlichen Versicherten einer Krankenkasse.

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



n=386 Krankenhäuser

Quelle: Eigene Darstellung

7.6.2.3 Beendete Verträge

473. Die Krankenhäuser, die in den Jahren 2008 bis 2010 schon einmal an der IV teilgenommen haben, wurden gebeten anzugeben, wie viele ihrer Verträge von Ende 2008 bis Ende 2010 ausgelaufen sind, 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. Im Krankenhausbarometer 2009 (Blum/Offermanns 2009) wurde ebenfalls nach beendeten Verträgen gefragt, allerdings bezogen auf den kürzeren Zeitraum von Ende 2008 bis zum ersten Quartal 2009. Dort hatten 36 % der zuvor an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V teilnehmenden Häuser einen oder mehrere Verträge beendet. Eine relative Einordnung der Zahl der beendeten Verträge ist allerdings nicht möglich, da unbekannt ist, wie viele Verträge im Jahr 2008 existierten. Bezogen auf die im Jahr 2010 bestehenden Verträge machen die beendeten Verträge 31,4 % aus. Hierbei ist aber zu bedenken, dass es sich bei den Beendigungen um einen Zeitraum von zwei Jahren handelt und dass in diesem Zeitraum auch neue Verträge geschlossen wurden. 62 % der Krankenhäuser mit endenden Verträgen beendeten einen Vertrag, 21 % zwei Verträge und 17 % drei oder mehr Verträge bis hin zu maximal 13 beendeten Verträgen.

474. Die Initiative zur Vertragsbeendigung ging in der großen Mehrheit der Fälle von den Krankenkassen aus (Abbildung 42). Darüber besteht zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern Einigkeit. Die Krankenhäuser sind wesentlich seltener Initiatoren der Beendigung. Von allen Vertragspartnern gleichermaßen ging noch seltener die Initiative aus. Auffällig ist, dass die Krankenkassen in 23,1 % der Fälle keine Aussage treffen können, von wem die Initiative ausging, die Krankenhäuser dagegen nur in 4 %. Betrachtet man die Differenz zwischen den Antworten von Krankenhäusern und Krankenkassen, wenn es um das Krankenhaus als Initiator der Beendigung geht, so liegt die Schlussfolgerung nahe, dass in vielen Fällen, in denen die Krankenkassen keine Einordnung vornehmen konnten, die Initiative aus Sicht der Krankenhäuser von letzteren selbst ausging. 46,6 % der von Vertragsbeendigungen betroffenen Krankenhäuser geben an, dass sie diese Verträge gerne weitergeführt hätten.

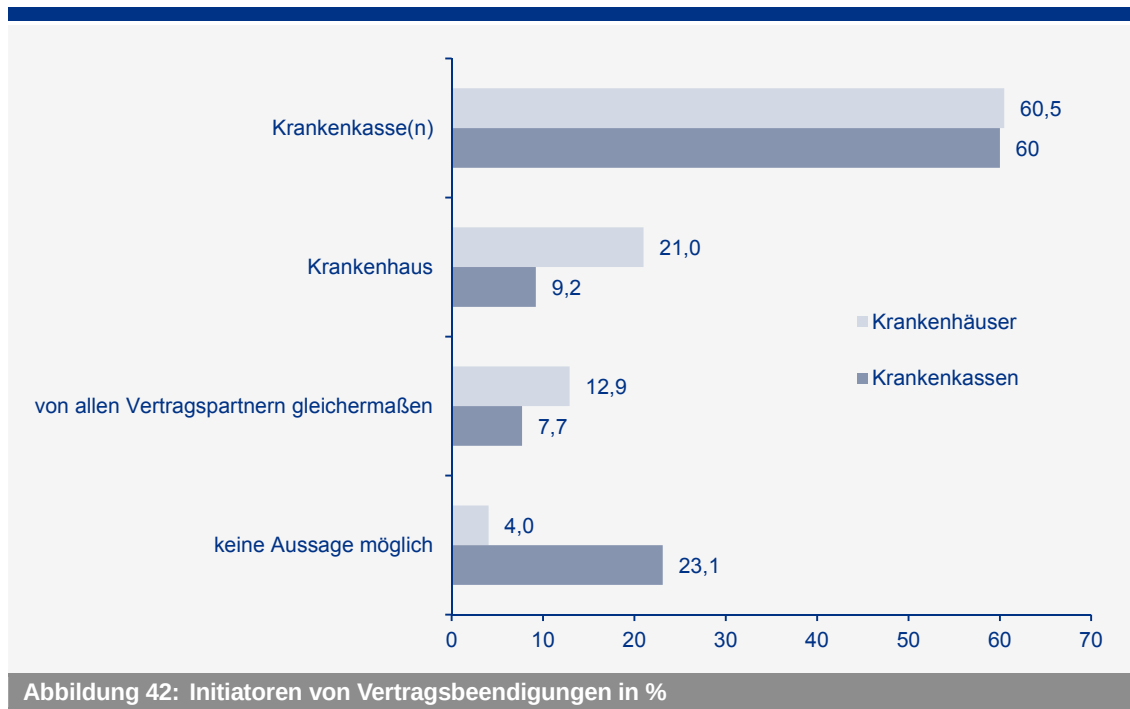


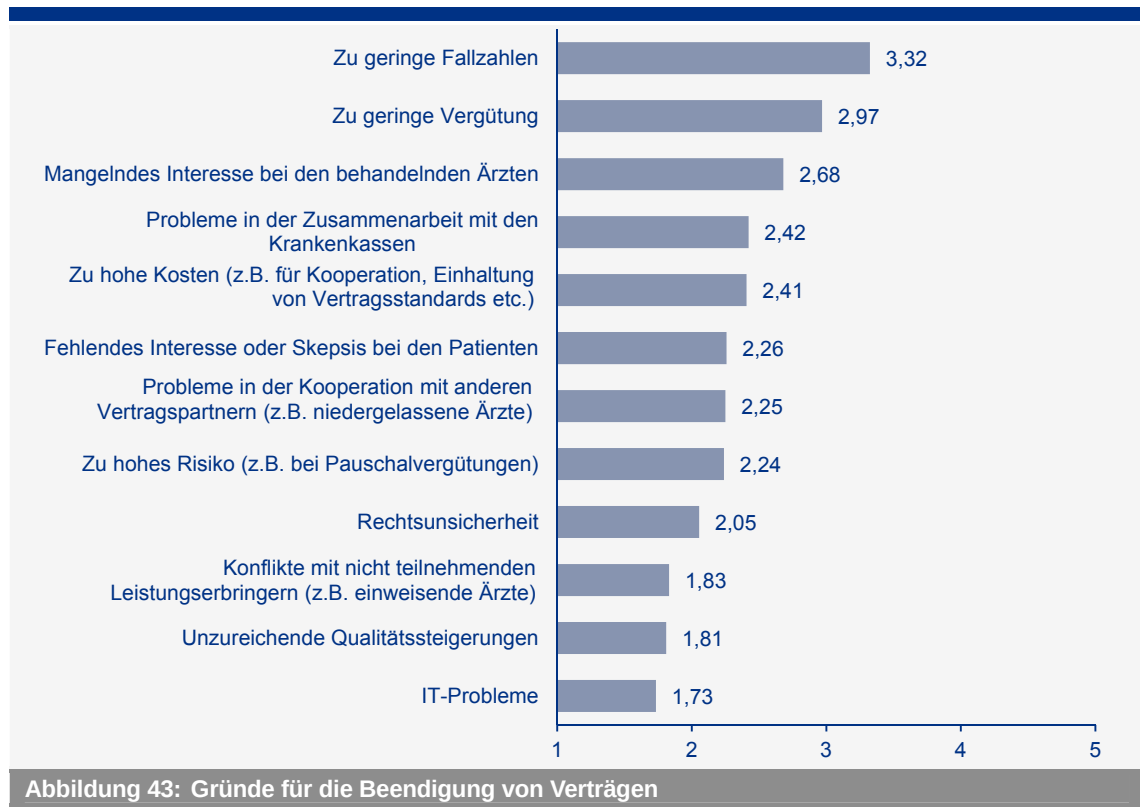
Abbildung 42: Initiatoren von Vertragsbeendigungen in %

An 100 % bei den Antworten der Krankenhäuser fehlen: 1,6 % andere Leistungserbringer

Quelle: Eigene Darstellung

475. Die Krankenhäuser, die Verträge beendet haben, wurden gebeten, die Bedeutung verschiedener Gründe für die Beendigung auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu bewerten (mit 1 = gar nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig). Die Ergebnisse sind in Abbildung 43 dargestellt. Zunächst fällt auf, dass nur der wichtigste Grund – zu geringe Fallzahlen – einen Wert von über drei und damit oberhalb der Mitte der Skala erzielt; alle übrigen Gründe werden im Durchschnitt mit weniger als drei bewertet. Angesichts der Tatsache, dass in den meisten Fällen die Initiative für die Vertragsbeendigung von den Krankenkassen ausging und knapp die Hälfte der Krankenhäuser beendete Verträge gerne weitergeführt hätte, ist diese geringe Bewertung der Beendigungsgründe durch die Krankenhäuser gut nachvollziehbar: Probleme aufseiten der Krankenhäuser waren in der Mehrheit der Fälle schlichtweg nicht ursächlich für die Vertragsbeendigungen.

476. In immerhin 21 % der Fälle ging die Initiative aber nach eigenem Bekunden von den Krankenhäusern selbst aus. Der mit Abstand wichtigste Grund dabei waren zu geringe Fallzahlen. Dieses Ergebnis passt zu den Angaben der Krankenkassen, dass eine zu geringe Teilnehmerzahl ein entscheidender Grund für die Beendigung von Verträgen war. An zweiter Stelle folgt 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 nach § 140a-d SGB V. Dabei scheint bei den Krankenhäusern allerdings das Hauptproblem auf der Einnahmeseite zu liegen. Bei den Krankenkassen dominieren dagegen eher Kostenprobleme. Zu hohe Kosten finden sich bei den Krankenhäusern aber immerhin auch auf dem fünften Rang.



n=105 Krankenhäuser

Quelle: Eigene Darstellung

Mangelndes Interesse bei den behandelnden Ärzten spielt an dritter Stelle eine größere Rolle für die Beendigung von Verträgen als für die Nichtteilnahme an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V. Probleme in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen haben in relativer Hinsicht ein deutlich größeres Gewicht als umgekehrt Probleme der Krankenkassen in der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern. Dies könnte möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass die Krankenhäuser es auch als Problem in der Zusammenarbeit betrachten, wenn die Krankenkassen die Initiative zur Beendigung von Verträgen ergreifen. Allerdings ist der Absolutwert bei der Beurteilung dieses Grundes bei den Krankenhäusern geringer als bei den Krankenkassen.

Fehlendes Interesse oder Skepsis aufseiten der Patienten scheint für die Krankenhäuser genau wie für die Krankenkassen zumindest eine gewisse Rolle bei der Beendigung von Verträgen zu spielen, im Gegensatz zu den Gründen für die Nichtteilnahme. Dies könnte wiederum dafür sprechen, dass unterschiedliche Informationsniveaus zwischen teilnehmenden und nicht teilnehmenden Krankenhäusern in Bezug auf diese Fragestellung bestehen. Auf der anderen Seite spielen potenzielle Konflikte mit Einweisern, die von den nicht teilnehmenden Krankenhäusern befürchtet werden, fast keine Rolle für die Beendigung von Verträgen. Dies könnte entweder daran liegen, dass nur solche Krankenhäuser an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V teilnehmen, bei denen voraussichtlich keine Konflikte zu erwarten sind, oder daran, dass nicht teilnehmende Häuser dieses Problem überschätzen. Auch unzureichende Qualitätssteigerungen sind ganz im Gegensatz zu wirtschaftlichen Problemen aus Sicht der Krankenhäuser praktisch ohne Bedeutung für die

Beendigung von Verträgen. An letzter Stelle rangieren IT-Probleme. Auch von den Krankenkassen wurde diesen eine geringe Bedeutung beigemessen.

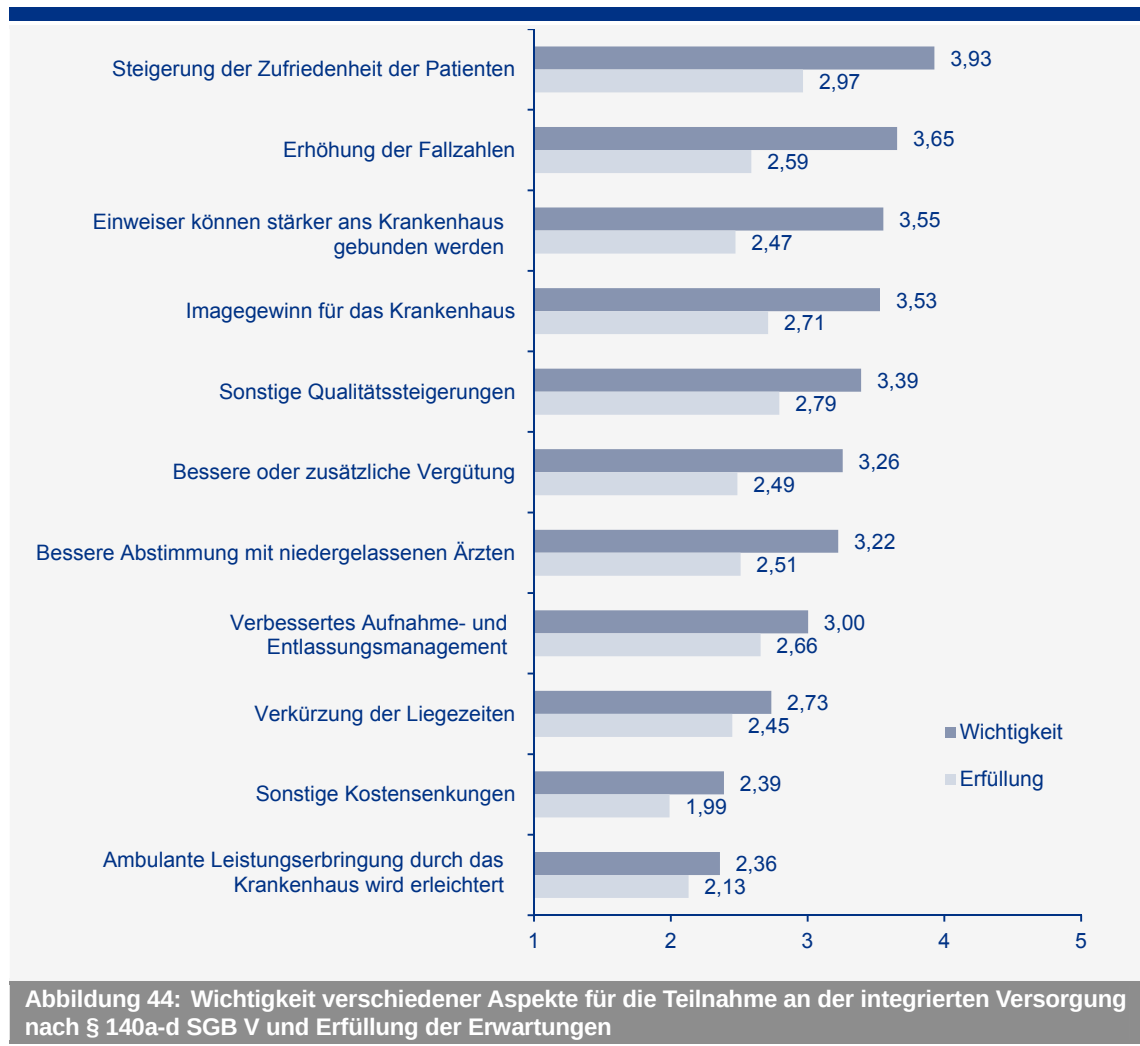
7.6.2.4 Erwartungen an die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V und Zufriedenheit

477. Wie die Krankenkassen wurden auch die Krankenhäuser gebeten, die Bedeutung bestimmter Aspekte für ihre Teilnahme an der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V zu bewerten und anzugeben, inwieweit sich ihre diesbezüglichen Erwartungen erfüllt haben (jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala, Abbildung 44).

Wichtigster Grund für die Teilnahme war nach Auskunft der Krankenhäuser die Steigerung der Zufriedenheit der Patienten. Auch hier ist natürlich nicht völlig auszuschließen, dass es sich um sozial erwünschtes Antwortverhalten handelt. Die Erfüllung der Erwartungen erreicht bei diesem Aspekt ebenfalls ihren höchsten Wert. Eine Erhöhung der Fallzahlen und eine verstärkte Einweiserbindung sind die zweit- und drittwichtigsten Gründe für die Teilnahme. Auch hier scheint das Motiv der Einnahmesteigerung zu dominieren, 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.

Sonstige Qualitätssteigerungen finden sich auf dem fünften Platz, sonstige Kostensenkungen dagegen an vorletzter Stelle. Während die Erfüllung der Erwartungen bei den sonstigen Qualitätssteigerungen am zweitbesten ist, erreicht sie bei den sonstigen Kostensenkungen ihren niedrigsten Wert. Auch aus Sicht der Krankenhäuser tragen IV-Verträge also nur unzureichend zu Kostensenkungen bei. Allerdings ist den Krankenhäusern dieser Aspekt deutlich weniger wichtig als den Krankenkassen.

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



n=243 Krankenhäuser

Quelle: Eigene Darstellung

Insgesamt fällt auf, dass die Krankenhäuser geringere Werte bei der Erfüllung der Erwartungen erreichen als die Krankenkassen. Bei den Krankenkassen liegt der durchschnittliche Wert der Erfüllung bei 3,2, bei den Krankenhäusern dagegen nur bei 2,5. Dies deutet darauf hin, dass die Erwartungen der Krankenhäuser in geringerem Maße erfüllt wurden als die der Krankenkassen (auch wenn sich die abgefragten Items teilweise unterscheiden).

478. Abbildung 44 zeigt auch die Erwartungslücken der Krankenhäuser. Am stärksten wurden die Erwartungen der Krankenhäuser in Bezug auf die Bindung der Einweiser enttäuscht. Möglicherweise könnten hier eine stärkere Bindung der Patienten an das Netzwerk von Leistungserbringern und ein größeres Engagement der Krankenkassen für mehr Leistungsanspruchnahme innerhalb statt außerhalb des Netzes eine Verbesserung bringen.

Ebenfalls groß ist die Erwartungslücke bei den Fallzahlen. Zu wenige Teilnehmer scheinen ein generelles Problem von IV-Verträgen zu sein. Auch bei der Steigerung der Zufriedenheit der Patienten ist die Erwartungslücke vergleichsweise groß.

479. Von den Krankenhäusern wurde auch eine Einschätzung der Qualität der Versorgung im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung erbeten. 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 für besser. Nur knapp über ein Viertel der Häuser schätzt die Versorgung in der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V besser ein. Die Krankenhäuser sind also hinsichtlich der Qualitätseinschätzung deutlich skeptischer als die Krankenkassen.

Ähnliches gilt für die Erfüllung der Erwartungen an die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V insgesamt. Während knapp die Hälfte der Krankenkassen ihre Erwartungen erfüllt sieht, sind dies bei den Krankenhäusern nur 32 %. Dieses Ergebnis passt auch zu den niedrigeren Mittelwerten der Krankenhäuser bei der Erfüllung von Erwartungen an einzelne Aspekte, die in Abbildung 44 dargestellt sind.

480. Die geringere Zufriedenheit der Krankenhäuser mit der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V 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.

Die Krankenkassen sind die dominierenden Akteure, wenn es um das Zustandekommen und die Beendigung von IV-Verträgen geht. Es könnte sich aber als eine gefährliche Strategie erweisen, wenn die Krankenkassen versuchen, ihre Kostenprobleme in der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V durch Vergütungskürzungen bei den Krankenhäusern in den Griff zu bekommen. Auch aus Sicht der Krankenhäuser ist die Wirtschaftlichkeit der Verträge das Hauptproblem. Eine deutliche Kürzung von Vergütungen könnte zusammen mit der ohnehin schon als zu niedrig empfundenen Teilnehmerzahl dazu führen, dass die ohnehin schon geringe Zufriedenheit der Krankenhäuser mit der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V soweit zurückgeht, dass keine geeigneten Kooperationspartner mehr aufseiten der Krankenhäuser zu finden sind.

7.7 Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte

481. 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.²²⁸

Regelungen zu Leistungen bei Krankheit erhält von jeher die Wanderarbeitnehmerverordnung (jetzt VO (EG) Nr. 883/2004). An Dynamik gewann die Rechtsentwicklung jedoch erst im Jahr 1998 mit den Urteilen des EuGH in den Rechtssachen Decker und Kohll²²⁹, in denen erstmals für

²²⁸ Die Europäische Kommission geht davon aus, dass die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen etwa 1 % der öffentlichen Gesundheitsausgaben ausmacht (KOM 2008: 9).

²²⁹ EuGH, 28.4.1998 – C-120/95 – Decker, Slg. 1998, I-1831; EuGH, 28.4.1998 – C-158/96 – Kohll, Slg. 1998, I-1931.

Patienten ein unmittelbar aus den Grundfreiheiten abgeleitetes Recht auf Kostenerstattung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einem anderen Mitgliedstaat anerkannt wurde. Die hier entwickelten Rechtsprechungsgrundsätze haben sowohl der europäischen als auch der deutsche Gesetzgeber aufgegriffen.

7.7.1 Die Wanderarbeitnehmerverordnung

482. Seit dem 1. Mai 2010 ist die VO (EG) Nr. 883/2004 an die Stelle der früheren VO (EWG) Nr. 1408/71 getreten.²³⁰ Bei diesen so genannten Wanderarbeitnehmerverordnungen handelt es sich um europäisches Sekundärrecht zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, die der Verwirklichung der Personenverkehrsfreiheit dienen. Art. 17 ff. VO (EG) Nr. 883/2004 regeln Ansprüche auf Leistungen bei Krankheit:

- Art. 19 Abs. 1 VO (EG) Nr. 883/2004 erfasst den Fall, dass medizinische Leistungen notwendig werden, während sich der Versicherte im Ausland aufhält. Hier erhält der Versicherte die erforderlichen Leistungen als Sachleistungen vom Kostenträger (d. h. der gesetzlichen Krankenkasse bzw. dem Kostenträger des Krankenversorgungssystems des zuständigen Mitgliedstaates) des Aufenthaltsortes nach den für diesen geltenden Rechtsvorschriften. Der Versicherte wird also so gestellt als wäre er Versicherter des Kostenträgers am Aufenthaltsort. Die Kosten der Leistungen werden dem zuständigen Kostenträger in Rechnung gestellt.
- Art. 20 Abs. 1 der VO erfasst dagegen den Fall, dass ein Versicherter sich zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einen anderen Mitgliedstaat begeben will. Hier hat der Versicherte grundsätzlich die vorherige Genehmigung des zuständigen Kostenträgers einzuholen, die unter den Voraussetzungen des Art. 20 Abs. 2 S. 2 VO (EG) Nr. 883/2004 erteilt wird. Wie im Fall des Art. 19 Abs. 1 gilt auch hier das sog. Prinzip der Sachleistungsaushilfe, wonach die Leistungen vom Kostenträger des Aufenthaltsorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Kostenträgers erbracht werden.
- Ansprüche auf Geldleistungen von Personen, die in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnen oder sich dort aufhalten gegen den zuständigen Kostenträger, richten sich nach Art. 21 VO (EG) Nr. 883/2004.

7.7.2 Die Rechtsprechung des EuGH

483. Im Jahr 1998 erkannte der EuGH in den Rechtssachen Decker und Kohll²³¹ darüber hinaus erstmals ein unmittelbar aus den Grundfreiheiten abgeleitetes Recht auf Kostenerstattung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einem anderen Mitgliedstaat an.

Nach der Rechtsprechung des EuGH lässt das Unionsrecht zwar die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt,²³² Maßnahmen

²³⁰ Durchführungsverordnung VO (EG) Nr. 987/2009 anstelle der früheren VO (EWG) Nr. 574/72.

²³¹ EuGH, 28.4.1998 – C-120/95 – Decker, Slg. 1998, I-1831; EuGH, 28.4.1998 – C-158/96 – Kohll, Slg. 1998, I-1931.

²³² So bereits EuGH, 7.2.1984 – C-238/82 – Duphar, Rn. 16.

der Mitgliedstaaten auf diesem Gebiet unterliegen aber gleichwohl den Grundfreiheiten.²³³ Eine Bereichsausnahme der Dienstleistungsfreiheit für den Regelungsbereich der sozialen Sicherheit kann nicht angenommen werden.²³⁴ Entgeltliche medizinische Leistungen fallen also in den Schutzbereich der Dienstleistungsfreiheit,²³⁵ unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden.²³⁶ Ebenso unerheblich ist, ob das Krankenhaus, in dem die Gesundheitsleistung erbracht wird, öffentlich oder privat organisiert ist.²³⁷

Seitdem hat der EuGH die in erster Linie zur Dienstleistungsfreiheit entwickelten Rechtsprechungsgrundsätze in über zehn Entscheidungen fortgeführt und ausdifferenziert: Danach haben nationale Kostenträger grundsätzlich die Kosten für in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen zu erstatten. Unerheblich für den grundfreiheitlichen Schutz ist, ob das mitgliedstaatliche System auf dem Sachleistungsprinzip oder – wie beispielsweise der englische NHS – auf einer steuerfinanzierten Grundlage beruht. Ein Mitgliedstaat darf die Rechte der Patienten nur bei stationären Behandlungen oder – im Fall einer Behandlung außerhalb eines Krankenhauses – bei Einsatz medizinischer Großgeräte durch das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung einschränken.²³⁸ Die Genehmigung muss gewissen verfahrensrechtlichen Anforderungen genügen und darf nur dann versagt werden, wenn unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in einer Einrichtung des nationalen Gesundheitssystems erlangt werden kann.²³⁹

7.7.3 Die Reaktionen auf die Rechtsprechung des EuGH von Seiten des deutschen und des europäischen Gesetzgebers

Der deutsche Gesetzgeber hat – im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vom 14. November 2003 – auf die Rechtsprechung des EuGH durch Schaffung der Regelungen in § 13 Abs. 4 und 5 und § 140 e SGB V reagiert. Aus diesen Vorschriften ergibt sich seitdem auch nach nationalem Recht unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf Kostenerstattung bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Mit § 140e SGB V wurde ferner für die Krankenkassen die Möglichkeit geschaffen, zur Versorgung ihrer Versicherten mit Leistungserbringern in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz „grenzüberschreitende Sachleistungsverträge“ (Schlegel 2007: 700) abzuschließen.²⁴⁰

233 EuGH: 28.4.1998 – C-120/95, Slg. 1998, I-183 – Decker, Rn. 21, 24; 28.4.1998 – C-158/96, Slg. 1998, I-1931 – Kohll, Rn. 17, 20. Der gemeinsame Binnenmarkt beruht auf den Freiheiten von: Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital

234 EuGH, 28.4.1998 – C-158/96 – Kohll, Rn. 21; im Fall Decker war die Warenverkehrsfreiheit betroffen.

235 EuGH, 28.4.1998 – C-158/96 – Kohll, Rn. 29.

236 EuGH: 12.7.2001 – C-368/98, Slg. 2001, I-5363 – Vanbraekel, Rn. 41; 12.7.2001 – C-157/99, Slg. 2001, I-5473 – Smits/Peerbooms, Rn. 53.

237 EuGH, 19.4.2007 – C-444/05, Slg. 2007, I-3185 – Stamatelaki, Rn. 22.

238 Für stationäre Behandlungen: st. Rspr., vgl. EuGH: 12.7.2001 – C-157/99 – Smits/Peerbooms, Rn. 76 ff.; 13.5.2003 – C-385/99, Slg. 2003, I-4509 – Müller-Fauré und van Riet, Rn. 76 ff.; für medizinische Großgeräte: vgl. EuGH, 5.10.2010 – C-512/08, NZS 2011, 295 – Kommission / Frankreich, Rn. 33 ff.

239 St. Rspr., vgl. nur EuGH, 12.7.2001 – C-157/99 – Smits/Peerbooms, Rn. 103.

240 Es handelt sich um ein „auf Vertrag gegründetes Sachleistungsprinzip“, vgl. Deutscher Bundestag 2003: 132.

Auch der europäische Gesetzgeber hat die Rechtsprechung des EuGH aufgegriffen und im März 2011 die „Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ erlassen, die bis zum 25. Oktober 2013 in mitgliedstaatliches Recht umzusetzen ist. Die auf Artt. 114 und 168 AEUV gestützte Richtlinie zielt gemäß Art. 1 Abs. 1 S. 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. Dabei sollen die nationalen Zuständigkeiten bei der Organisation und Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen uneingeschränkt geachtet werden.

484. Die neben der VO (EG) Nr. 883/2004 anzuwendenden Regelungen des Richtlinienrechts²⁴¹ kodifizieren in Art. 7 ff. inhaltlich in erster Linie die Rechtsprechungsgrundsätze des EuGH, um eine „allgemeinere und auch wirksame Anwendung der Grundsätze zu erreichen“. Sie gehen jedoch darüber hinaus: Weiterhin erhält die Richtlinie auch detailliertere Bestimmungen wie den Grundsatz der Nichtdiskriminierung, Regelungen zu Informationsrechten der Patienten und Informationsverpflichtungen der Mitgliedstaaten, zur grenzüberschreitenden Verschreibung, Abgabe und Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie zur Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten in der Gesundheitsversorgung, die zur Ermöglichung und Verwirklichung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung beitragen sollen.

7.7.4 Ambulante und stationäre Behandlung – Zwei Geschwindigkeiten bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme

485. Damit zeigt sich ein deutlicher Sektorenunterschied: Die Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitsleistungen in einem anderen Mitgliedstaat ist grundsätzlich genehmigungsfrei. Dies sieht die Richtlinie im Anschluss an die Rechtsprechung des EuGH²⁴² vor. Nach Art. 8 Abs. 2 a) i) RL2011/24/EU kann für die stationäre Versorgung 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.²⁴³ 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 Ablehnung des Antrags ist jedoch gemäß Art. 8 Abs. 6 an weitere Voraussetzungen gebunden. Insbesondere darf sie die Genehmigung 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.

²⁴¹ Vgl. EuGH: 16.5.2006 – C-372/04 – Watts, Rn. 46 ff.; 15.6.2010 – C-211/08 – Kommission / Spanien, Rn. 45.

²⁴² EuGH, 13.5.2003 – C-385/99, Slg. 2003, I-4509 – Müller-Fauré und van Riet, Rn. 93 ff.

²⁴³ EuGH: 12.7.2001 – C-157/99 – Smits/Peerbooms, Rn. 76 ff.; 13.5.2003 – C-385/99, Slg. 2003, I-4509 – Müller-Fauré und van Riet, Rn. 76 ff.

Der rechtliche Befund zeigt, dass es für Patienten deutlich unattraktiver ist, stationäre Behandlungen im europäischen Ausland in Anspruch zu nehmen als ambulante. Während der Unionsbürger sicher sein kann, eine in einem anderen Mitgliedstaat erfolgte ambulante ärztliche Behandlung vom zuständigen Kostenträger ersetzt zu bekommen, muss er für die Inanspruchnahme einer Krankenhausbehandlung ein - unter Umständen zeit- und aufwandsintensives - Genehmigungsverfahren durchlaufen. Diesen Befund 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 (TK 2007).

7.7.5 Zwischenfazit

486. Das europäische Recht räumt Patienten nicht nur über das Sekundärrecht zur Koordination der Systeme der sozialen Sicherheit, sondern seit den grundlegenden Urteilen Decker und Kohll auch über das Primärrecht Rechte bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ein.

Anders als das Verwaltungsrecht, 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.-

Bis Herbst 2013 ist die Richtlinie 2011/24/EU in mitgliedstaatliches Recht umzusetzen. In diesem Zuge sind nicht nur die – im deutschen Recht mit § 13 Abs. 4 und 5 SGB V bereits weitgehend kodifizierten – Rechtsprechungsgrundsätze des EuGH im nationalen Recht der Mitgliedstaaten festzuschreiben, sondern darüber hinaus auch weitere Regelungen einzuführen, die zu einer allgemeineren und wirksameren Anwendung der Grundsätze und zu einer weiteren Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte beitragen sollen.

Es ist außerdem zu erwarten, dass der Einfluss des europäischen Rechts bei der Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte auch in Zukunft weiter wachsen wird (Verspohl 2011).

7.8 Fazit und Empfehlungen

Der Rat plädiert zunächst bei den besonderen Versorgungsformen, die selektive Verträge und teilweise auch integrierte Konzepte ermöglichen, für mehr Vertragsfreiheit und weniger staatliche Regulierung. Dies betrifft vor allem die hausarztzentrierte Versorgung, bei der der Gesetzgeber die Krankenkassen zu einem Angebot verpflichtet und zudem noch hinsichtlich der Vergütung den Vertragsinhalt weitgehend vorgibt. Sofern die Krankenkassen hausarztzentrierte Verträge für aussichtsreich halten, liegt ein entsprechendes Angebot in ihrem eigenen Interesse; so dass es keiner Regulierung bedarf. Gleiches gilt für Vergütungsvereinbarungen, welche die Vertragsparteien auf freiwilliger Basis treffen. Die Unterwerfung der hausarztzentrierten Versorgung unter die Beitragssatzstabilität schränkt die Vertragsfreiheit erheblich ein und die Forderung, Mehraufwendungen durch vertraglich sichergestellte Einsparungen und Effizienzsteigerungen zu finanzieren, stellt ein nahezu prohibitives Hindernis für diese Versorgungsform dar.

Indem das GKV-Versorgungsstrukturgesetz für die besondere ambulante ärztliche Versorgung und die integrierten Versorgungsformen ebenso die Beitragssatzstabilität vorschreibt, engt es die Vertragsfreiheit der Parteien weiter ein. Diese Regelung macht es nahezu unmöglich, innovative Projekte zu initiieren, die anfangs zusätzliche Investitionskosten verursachen, sich aber später amortisieren und auch einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes versprechen. Diese Regulierungen zeugen letztlich von einem Misstrauen in die Vertragsfreiheit sowie in das Effizienz- und Effektivitätspotential, das sich mit Hilfe selektiver Verträge und wettbewerblicher Prozesse heben lässt.

Da an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor die sektorübergreifende Orientierung eines der zentralen Anliegen der integrierten Versorgung darstellt, sollten die integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V sie als notwendige Bedingung voraussetzen. Da sie trotz einer Förderung durch eine Anschubfinanzierung bis Ende 2008 gesetzlich keine Evaluation vorsahen, – und derzeit nicht vorsehen –, liegen keine aussagefähigen Informationen über ihr Nutzen-Kosten-Verhältnis und damit auch nicht über die Effekte der Anschubfinanzierung vor. Dies gilt es künftig vor allem im Falle einer finanziellen Förderung von bestimmten Versorgungsformen zu vermeiden.

Obleich die strukturierten Behandlungsprogramme einer obligatorischen externen Evaluation durch unabhängige Sachverständige unterliegen, existieren auch hier bisher keine repräsentativen und validen Belege für ihre Effizienz. Zudem gibt es nach Aufhebung ihrer exklusiven Anbindung an den Risikostrukturausgleich keine überzeugenden Gründe für ihre schon zuvor problematische rechtliche Sonderstellung. Die Einbeziehung dieser DMP in die integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V würde nicht nur zu einer Gleichbehandlung der verschiedenen Indikationsbereiche führen, sondern auch die Chance bieten, bei diesen Programmen dem selektiven Vertragswettbewerb größere Chancen einzuräumen.

Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung schuf das Versorgungsstrukturgesetz an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor für die niedergelassenen Ärzte und die Krankenhäuser über einen einheitlichen Ordnungsrahmen gleiche Zugangs- und Wettbewerbsbedingungen. Der Umfang dieses Versorgungsbereiches beschränkt sich allerdings auf ein schmales Leistungsspektrum und bleibt noch hinter der ursprünglichen Fassung des § 116b SGB V zurück. Angesichts der Befürchtungen, dass in diesem Leistungssegment wegen fehlender Bedarfsplanung und dem Verzicht auf Mengenbegrenzungen eine angebotsinduzierte Leistungsausweitung droht, bietet es sich an, diesen Bereich in einer, z. B. um die ambulanten Operationen, erweiterten Form der selektiven Vertragsgestaltung zu unterstellen. Dieser Bereich erhielte so Modellcharakter für die Erprobung der selektiven Vertragsgestaltung, die hier dann als alleiniger Allokationsmechanismus fungiert.

Im Gegensatz zu den niedergelassenen Ärzten sehen sich die Krankenhäuser kaum mit selektiven Verträgen konfrontiert. Da die DRGs Festpreise darstellen, besitzen einzelne Krankenhäuser nicht die Möglichkeit, die Nachfrage über den Preis ihrer Leistungen zu beeinflussen. 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.

Angesichts der insgesamt stagnierenden Bereitschaft der Krankenkassen, in innovative Versorgungskonzepte zu investieren, steht derzeit eine finanzielle Förderung solcher Vorhaben zur

Diskussion. Unabhängig vom spezifischen Finanzierungsmodell möchte der Rat die Förderung dieser Projekte an folgende Bedingungen bzw. Regelungen knüpfen:

- eine Befristung der Förderung auf 5 Jahre,
- eine Beschränkung auf sektorenübergreifende Projekte,
- eine verpflichtende 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.

Als finanzielle Anreize bieten sich weniger laufende Mittel aus dem Gesundheitsfonds als vielmehr zinsverbilligte oder zinslose Darlehen aus einem Kapitalfonds an. Für ihre förderungswürdigen Versorgungsinnovationen erhalten die Krankenkassen unter Sicherungsverzicht diese Mittel, die sie erst nach 5 Jahren zurückzahlen müssen, für ihre Zusatzkosten nach Budgetbereinigung. Sofern die Evaluation eindeutige Verbesserungen der gesundheitlichen Outcomes belegt, könnte dies einen teilweisen Rückzahlungsverzicht mit einer Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds begründen. Im Unterschied zu anderen Formen finanzieller Förderung besitzt dieses Konzept u. a. die Vorzüge, keine Mitnahmeeffekte zu erzeugen, den Gesundheitsfonds kaum zu belasten, Krankenkassen die initiale Finanzierung innovativer Versorgungsprogramme zu erleichtern, und die finanziell relevanten Entscheidungen stärker von einer ex ante-Bewertung auf die spätere ex post-Evaluation zu verlagern.

Von großer Bedeutung für den Vertragswettbewerb ist ein funktionierendes Verfahren zur Bereinigung der ambulanten ärztlichen Vergütung. Die bestehenden Verfahren sind teilweise nicht wettbewerbsneutral gestaltet. Auch bei Kollektivvertragsärzten sollte daher eine Fallzahlkürzung vorgesehen werden, wenn ein Patient in den Selektivvertrag wechselt. Alle Fragen der Honorarverteilung, die Selektivverträge und Bereinigung betreffen, sollten der Zustimmung der Krankenkassen bedürfen und nicht alleine von den KVen festgelegt werden. Im Rahmen der KV-übergreifenden Bereinigung sollte der mit der Vertrags-KV vereinbarte Versorgungsauftrag des Selektivvertrages automatisch von anderen KVen anzuerkennen sein. Ferner sollten die Datenlieferfristen für Selektivvertragsteilnehmer verkürzt werden.

Als zusätzliche Option zum bestehenden Verfahren 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. 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. Dieser Vorschlag weist neben einigen Limitierungen eine Reihe von Vorteilen auf. Es kann der freien Entscheidung der Selektivvertragspartner anheimgestellt werden, ob und in welchen Situationen sie von diesem neuen Verfahren Gebrauch machen wollen.

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 Aufmerk-

samkeit, die die berufsrechtliche Verbotsvorschrift des § 31 Abs. 1 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 in ihren medizinischen Entscheidungen 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.

Im Prozess der Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte zeigt sich ein klarer Sektorenunterschied: Die Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsleistungen ist im ambulanten Bereich für Patienten in der Regel deutlich einfacher als im stationären. Weil die Richtlinie es den Mitgliedstaaten ermöglicht, allein für eine stationäre Behandlung im Ausland ein vorheriges Genehmigungsverfahren vorzusehen, und diese Ungleichbehandlung gegenüber dem ambulanten Bereich mit dem Planungsbedürfnis in der Krankenhausversorgung begründet, das im ambulanten Bereich nicht in gleicher Weise bestünde, verlangsamt das gegebene Recht die Eröffnung eines grenzüberschreitenden Wettbewerbs im stationären Bereich und kann daher nur insoweit gerechtfertigt sein, wie es zwingend zur Sicherstellung einer stabilen und ausgewogenen Krankenhausversorgung erforderlich ist. Hier bedarf es einer kontinuierlichen Beobachtung der weiteren Entwicklungen.

7.9 Literatur

- Amelung, V.E., Deimel, D., Reuter, W., van Rooij, N. und Weatherly, J.N. (Hrsg.) (2009): Managed Care in Europa, Berlin.
- Amelung, V.E., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Seiler, R. und Weatherly, J.N. (2006): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung, Berlin.
- Berthold, H.K., Bestehorn, K.P., Jannowitz, C., Krone, W., und Gouini-Berthold I., (2011): Disease Management Programs in Typ 2 Diabetes: Quality of Care. The American Journal of Managed Care, 17(6): 393-403.
- Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 238. Sitzung am 19.10.2010.
- Birnbaum, D.S. und Braun, S. (2010): Evaluation von Disease Management Programmen – Bewertung der Methodik und der ersten Ergebnisse aus gesundheitsökonomischer Sicht. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 104(2): 85-91.
- Blum, K. und Offermanns, M. (2009): Integrierte Versorgung. Umfrage 2009. Krankenhaus-Barometer: 53-61.
- Blum, K., Offermanns, M. und Schilz, P. (2006): Integrierte Versorgung. Umfrage 2006. Krankenhaus-Barometer: 52-57.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2011): Endgültige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung: KJ1-Statistiken.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2012): Vierteljährliche Statistiken über Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung: KV45-Statistiken.
- BMVZ (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren) - Gesundheitszentren - integrierte Versorgung e.V.) (2011): MVZ und Direktverträge, in: Zeitreihe BMVZ-Umfragen 2009-2011.
- Böcken, J., (2008): Hausarztmodelle im Spannungsfeld zwischen ordnungspolitischem Anspruch und Versorgungsqualität, in: Böcken, J., Braun, B und Amhof, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung, Gütersloh: 105-121.
- Bundesversicherungsamt (2012): Selektivverträge nach §§ 73c, 140a ff. SGB V, hier: Vorlagepflicht nach § 71 Abs.4 SGB V in der Fassung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG), Schreiben vom 06. März 2012.
- Busse, R. (2011): Bekämpfung chronischer Krankheiten und Versorgung chronisch Kranker - international. Die BKK, 03/2011: 142-145.
- Cassel, D., Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Schulze, S. und Wassem, J. (2006): Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition.
- Elkeles, T., Kirschner, W., Graf, C. und Kellermann-Mühlhoff, P. (2008): Versorgungsunterschiede zwischen DMP und Nicht-DMP aus Sicht der Versicherten. Gesundheit und Sozialpolitik, 62(1): 10-18.
- Finanzgruppe Branchendienst (2011): Krankenhäuser. Branchenreport 2011, hrsg. vom Deutschen Sparkassen und Giroverband e.V., Stuttgart.
- Gaßner, M. und Strömer, J. (2011): Der medizinische Fortschritt im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung, Sozialgerichtsbarkeit: 421.
- Gerlach, F.M., Beyer, M., Szecsenyi, J., Rappe, H. (2003): Evaluation von Disease Management-Programmen – Aktuelle Defizite, Anforderungen, Methoden. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 97(7): 495-501.
- Gerst, T. (2011): Zehn Jahre DMP: Wenig Begeisterung. Deutsches Ärzteblatt 108(39): A 2011.
- GKV-Spitzenverband (2009): Perspektiven für Reformen. Die Positionen des GKV-Spitzenverbandes für ein zukunftsfestes Gesundheitssystem, Berlin.
- GKV-Spitzenverband (2010): GKV-SV-Argumentationspapier Abrechnungsprüfungen in Krankenhäusern.
- Graf, C., Ullrich, W., und Marschall, U. (2008): Nutzenbewertung des DMP Diabetes mellitus. Gesundheits und Sozialpolitik, 62(1): 19-30.

- Graf, J. (2009):. Vertragswettbewerb braucht faire Bereinigungsregeln. Monitor Versorgungsforschung 2 (06): 36–38.
- Greß, S. (2010): Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft. Bewertung unterschiedlicher Optionen. WISO Diskurs, Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- Grothaus, F.J. (2009): Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 - 2008 – Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung.
- Hansen, L. (2010): Hausarztverträge sind überflüssig. FAZ vom 20.07.2010: 10.
- Hermann, C. (2010): Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 25. Oktober 2010 in Berlin.
- InBA (Institut des Bewertungsausschusses) (2010): Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zu Vollständigkeits- und Repräsentativitätsprüfungen gemäß Beschluss des 184. BA vom 20. Mai 2009 und den Ermittlungen der Strukturveränderungen der Morbidität zwischen den Jahren 2006 und 2008.
- Jacobs, K. und Schulze, S. (2006): Mehr Freiheit bei der Partnerwahl. Gesundheit und Gesellschaft 9(7-8): 36-40.
- Jaeckel, J. (2012): Konfliktfeld ambulante spezialfachärztliche Versorgung. IMPLICONplus, 02/2012, Berlin.
- Jamieson, S. (2004): Likert scales: how to (ab)use them. Medical Education 38: 1212–1218.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2009. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage März 2009, Mannheim.
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2010): KBV-Versichertenbefragung. Gute Noten für den Doktor. KV Blatt 57(9/10): 10-18.
- Keller, S. (2012): Ärztenetze und integrierte Versorgung. Zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Deutsches Ärzteblatt, 109(12): A 576-578.
- Köhler, A. (2009): Sitzung der Vertreterversammlung der KBV am 4. Dezember 2009 in Berlin.
- Köhler, A. (2010): „Kollektivverträge und selektive Vollversorgungsverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Frage nach dem „Entweder-oder“. BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell: 148-158.
- KOM (Europäische Kommission) (2008): Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, KOM(2008) 414 endgültig.
- Laschet, H. (2011): Green Channel für medizinische Innovationen. Neue Rahmenbedingungen durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz. IMPLICON, 11/2011, Berlin.
- Lindner, R., Ahrens, S., Köppel, D., Heilmann, T. und Verhegen, F. (2011): Nutzen und Effizienz des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2. Deutsches Ärzteblatt, 108(10): 155-162.
- Miksch, A., Laux, G., Ose, D., Joos, S., Campbell, S., Riens, B. und Szecsenyi, J. (2010): Is There a Survival Benefit Within a German Primary Care-Based Disease Management Program? The American Journal of Managed Care 16(1): 49–54.
- Nolting, H.-D. (2011): Disease Management Programme im Spiegel der Versorgungsforschung. Die BKK (3): 146-149.
- Nolting, H.J. und Schwinger, A. (2009): Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina. Einarbeitung eines Lösungsansatzes im Auftrag des AOK-Bundesverbandes: 1-36.
- Norman, G. (2010): Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. Advances in Health Sciences Education 15:625–632.
- Platzer, H. (2011): hausarztzentrierte Versorgung am Scheideweg. Bilanz fällt eher ernüchternd aus. Die Krankenversicherung 63(9): 256-258.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008): Kooperation und Verantwortung, Gutachten 2007, Bd. I., Nomos, Baden-Baden.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010): Koordination und Integration, Sondergutachten 2009, Bd. II., Nomos, Baden-Baden.
- Schäfer, I., Küver, C., Gedrose, B., Hoffmann, F., Ruß-Thiel, B. Brose, H.-P., van den Bussche, H. und Kaduszkiewicz, H. (2010): The disease management program for typ 2 diabetes in Germany enhances process quality of diabetes care – a follow-up survey of patient's experiences, *BMC Health Services Research* 10(55).
- Schlegel, R. (2007): Gesetzliche Krankenversicherung im Europäischen Kontext: ein Überblick, *Sozialgerichtsbarkeit* (12): 700-712.
- Schulze, S. und Schwinger, A. (2008): Verfahren zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung: Verhinderung von Doppelfinanzierung bei Selektivverträgen. *Gesundheit und Sozialpolitik* 2008: 34-45.
- Schwinger, A. und Nolting, H.J. (2010): Bereinigung der vertragsärztlichen Vergütung. Stand der Verfahrensentwicklung und Relevanz für einen fairen Wettbewerb zwischen kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung, in: *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell* 2010:160-175.
- TK (Techniker Krankenkasse) (2007): Die TK in Europa: TK-Ergebnisanalyse zu EU-Auslandsbehandlungen 2007, <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/198528/Datei/4766/TK-Europa-2008-de.pdf> (Stand 3.5.2012).
- Tomaschko, K., Gawlik, C., Nolte, D. und van Doorn, H.P. (2011): Disease Management Programme in Deutschland. *Die BKK*, 03/2011: 150-157.
- Ullrich, W., Marschall, U. und Graf, C. (2007): Versorgungsmerkmale des Diabetes mellitus in Disease-Management-Programmen. *Diabetes, Stoffwechsel und Herz* 16(6): 407-414.
- Verspohl, I. (2011): Gesundheitspolitik durch die Hintertür: Der Einfluss der EU auf das deutsche Gesundheitssystem, Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Wasem, J. (2010): Wie greift die Budget- und Honorarbereinigung aus Selektivverträgen? 7. DGIV-Bundeskongress am 04.11.2010.
- Weatherly, J.N., Seiler, R., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Lägell, R. und Amelung, V.E. (2007): Leuchtturmprojekte integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. *Innovative Modelle der Praxis*, Berlin.
- Weiss, I. (2010): Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen. *Monitor Versorgungsforschung* 2 (06): 30–32.
- Wille, E. und Erdmann, D. (2011): Gesundheitsökonomischer Stellenwert einer flächendeckenden ambulanten Facharztversorgung. *Entwicklung, Stand und Perspektiven*, Baden-Baden.
- Wille, E., Hamilton, G.J., Graf von der Schulenburg, J.-M. und Thüsing, G. (2012): Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen. *Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden*, Baden-Baden.
- Wissenschaftsrat (2010): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ambulanten Universitätsmedizin in Deutschland, Berlin, 02.07.2010.
- Wollersheim, U. (2009): Das ärztliche Berufsrecht, in: Terbille (Hrsg.), *Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht*: § 5.

8 Wettbewerb im Leistungsbereich und Zusatzbeitrag

8.1 Der Zusatzbeitrag als Wettbewerbsparameter der Krankenkassen

487. Die Versicherten bzw. Patienten besitzen, wie oben in Abbildung 5 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. Dies dürfte in Grenzen auch dann noch so bleiben, wenn sich auf der Grundlage der in diesem Gutachten präsentierten Vorschläge die Transparenz im Leistungsbereich künftig spürbar erhöht.

488. Aus normativer, zielorientierter Sicht sollten sich die Krankenkassen bei ihren Entscheidungen und Handlungen im Versicherungs- und Leistungsbereich als perfekter Sachwalter ihrer Versicherten auch deren Präferenzen zu eigen machen. Dies gilt besonders für das Verhältnis zwischen den Preisen für die Gesundheitsleistungen sowie die damit einhergehenden Effekte auf die Beiträge auf der einen und die entsprechenden Leistungsqualitäten auf der anderen Seite. Da aber auch zwischen Krankenkassen und Versicherten eine Informationsasymmetrie besteht, verbleiben den Krankenkassen im Sinne der Principal-Agent-Theorie diskretionäre Handlungsspielräume, die sie unbeschadet der Präferenzen der Versicherten entsprechend ihren Interessen nutzen können. In diesem Kontext liegt es 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, wie in diesem Gutachten häufiger festgestellt und kritisiert, im Leistungsbereich allzu einseitig der Preis- den Qualitätswettbewerb. Zudem verfügen die Krankenkassen, um einen funktionsfähigen Qualitätswettbewerb zu initiieren, noch über zu wenige und sofern vorhanden über zu eingeschränkte Möglichkeiten im selektiven Vertragsbereich.

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. Differenzierte Angebote können hier im Sinn einer Vielfalt dem Umstand Rechnung tragen, dass unter Berücksichtigung bestimmter gesicherter Mindestqualitäten einige Versicherte eher preisbewusst, andere hingegen eher qualitätsbewusst ihre Wahlentscheidungen treffen.

489. Da beim vorherrschenden Vollversicherungsprinzip 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 zu Beginn des Jahres 2009 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz auf den Zusatzbeitrag²⁴⁴ 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 Prämie²⁴⁵ im Versicherungsbereich zu unterscheiden. Diese Umstellung engte den Wettbewerb der Krankenkassen auf der Einnahmen-seite keineswegs ein, sondern intensivierte ihn, wie bereits oben unter 3.1 angedeutet, erheblich.

490. Das folgende, einfache Zahlenbeispiel soll verdeutlichen, dass im Vergleich zum vorhergehenden System mit dem Beitragssatz als Wettbewerbsparameter im Versicherungsbereich die neue Regelung mit fixiertem Beitragssatz und der Möglichkeit, einen Zusatzbeitrag zu erheben sowie eine Prämie auszuschütten, den Wettbewerb der Krankenkassen erheblich verstärken kann (siehe hierzu in einem anderen Kontext Wasem et al. 2008). Das modellhafte Beispiel geht von zwei Mitgliedern aus, die sich in den Krankenkassen A und B mit identischen beitragspflichtigen Einnahmen von 3 000 Euro im Monat befinden. Ohne den zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 % erhob Krankenkasse A einen Beitragssatz von 13 %, Krankenkasse B einen von 15 %. Aus Vereinfachungsgründen sei unterstellt, dass sich die Versichertenstrukturen der beiden Krankenkassen bezüglich der im Risikostrukturausgleich (RSA) berücksichtigten Kriterien gleichen und dem GKV-Durchschnitt entsprechen. Krankenkasse A erzielt dann monatliche Beitragseinnahmen von 390 Euro, die sich zu je 195 Euro auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufteilen. Entsprechend erhält Krankenkasse B monatliche Beitragseinnahmen in Höhe von 450 Euro, wobei Arbeitnehmer und Arbeitgeber je 225 Euro zahlen. Der für die Krankenkassenwahl der beiden Mitglieder im Versicherungsbereich relevante Beitragsunterschied beläuft sich somit auf 30 Euro pro Monat.

Im neuen System mit einem einheitlichen Beitragssatz von 14 % erhalten nun beide Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds monatliche Einnahmen in Höhe von 420 Euro. Krankenkasse A weist dann einen Überschuss von 30 Euro, Krankenkasse B ein Defizit von 30 Euro auf. Da der Beitragsanteil des Arbeitgebers in beiden Fällen auf die Hälfte, d. h. 210 Euro, fixiert ist, sieht sich die Krankenkasse B gezwungen, von ihrem Mitglied einen Zusatzbeitrag in Höhe von 30 Euro zu

244 Bis zum Jahr 2010 beschränkte sich der mögliche Zusatzbeitrag eines Mitglieds, soweit er acht Euro überstieg, auf 1 % Prozent seiner beitragspflichtigen Einnahmen. Diese Deckelung hob das GKV-Finanzierungsgesetz mit Wirkung zum Jahr 2011 auf.

245 In formaler Hinsicht lässt sich die Ausschüttung einer Prämie als negativer Zusatzbeitrag interpretieren.

erheben,²⁴⁶ sodass dessen Beitrag auf 240 Euro ansteigt. Verglichen mit dem vorangegangenen System fallen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber der Krankenkasse A jetzt insgesamt um 30 Euro höhere Beiträge an, die ihr jedoch zur Ausschüttung zur Verfügung stehen. Bei Vollausschüttung dieses Überschusses entrichtet dann der Arbeitnehmer einen Beitrag von 180 Euro und der Arbeitgeber seinen fixierten Anteil von 210 Euro. Infolge dieser Vereinheitlichung des Beitrags der Arbeitgeber erhöht sich die Differenz zwischen den beiden Krankenkassen für ihre Mitglieder von monatlich 30 Euro im alten System auf nunmehr 60 Euro, was deutlich höhere Anreize für einen Wechsel der Krankenkasse setzt und damit den Wettbewerb im Versicherungsbereich erheblich verschärft. Hinzu kommt, dass absolute Beitragsunterschiede für die Versicherten bzw. Mitglieder eine deutlich höhere Merkhlichkeit besitzen als Beitragssatzdifferenzen. Zudem zieht der Arbeitgeber Zusatzbeiträge nicht automatisch ein.

491. Der allgemeine Beitragssatz beträgt gemäß § 241 SGB V derzeit 15,5 %, wobei 8,2 % auf die Arbeitnehmer bzw. Rentner und 7,3 % auf die Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger entfallen. Da der allgemeine Beitragssatz, um die Arbeitskosten nicht stärker zu belasten, auf diesem Niveau eingefroren ist, schlagen sich Ausgaben der GKV, deren Wachstum die Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen übertrifft, im Zusatzbeitrag nieder. Dieser hängt damit vornehmlich von der konjunkturellen Lage, d. h. der Erwerbstätigenquote, den Arbeitslosenzahlen und der Einkommens- bzw. Lohnentwicklung der Mitglieder der GKV ab. Der Gesetzgeber kann grundsätzlich über die Höhe des – derzeit allerdings fixierten – allgemeinen Beitragssatzes, den Umfang des Steuerzuschusses, die Definition des Leistungskataloges, die Festlegung der Zuzahlungen sowie die Gestaltung des versicherungspflichtigen Personenkreises und der Beitragsbemessungsgrundlage, d. h. der beitragspflichtigen Bestandteile des Einkommens, Einfluss auf die Einnahmen der GKV und damit auch auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag nehmen. 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 Zusatzbeitrag²⁴⁷ momentan bei Null.

492. Trotz eines durchschnittlichen Zusatzbeitrages von Null können, wie auch die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, einzelne Krankenkassen sich 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,

²⁴⁶ Sofern die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds den Finanzbedarf der Krankenkasse nicht decken, verpflichtet sie § 242 Abs. 1 SGB V dazu, von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag zu erheben. In der gegenteiligen Situation, d. h. wenn die Zuweisungen aus dem Fonds den Finanzbedarf übersteigen, kann die Krankenkasse ein Prämie an ihre Mitglieder ausschütten.

²⁴⁷ Der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen ergibt sich nach § 242a Abs. 1 SGB V aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die dann für die Höhe der Zuweisungen an die Krankenkassen zur Verfügung stehen.

- Management und Kostensenkung im Verwaltungsbereich sowie
- noch bestehende Unvollkommenheiten im Risikostrukturausgleich (RSA). Durch die Einführung der stärkeren Morbiditätsorientierung nahm die Zielgenauigkeit des RSA, d. h. die Deckung der durchschnittlichen Leistungsausgaben durch die entsprechenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, auf Individual-, Gruppen- und Krankenkassenebene deutlich zu. Gleichwohl verbleiben noch Schwächen bzw. strittige Fragen, z. B. bei der Veranschlagung der Ausgaben für Verstorbene und der Unterdeckungen in Kernstädten und Überdeckungen im umliegenden Raum (vgl. Drösler et al. 2011).

493. 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. Im vorangegangenen System fehlten bei diesen Mitgliedern die Anreize, aus einer Krankenkasse mit überdurchschnittlichen Beitragssätzen in eine andere zu wechseln, so dass es durch den einseitigen Wechsel guter Risiken²⁴⁸ zu einer ständigen Ent- statt Durchmischung der Versichertenstrukturen der Krankenkassen kam, was sich in einem permanent steigenden Volumen des RSA niederschlug.

Die Finanzierung des Sozialausgleichs – ähnlich einer krankenversicherungsfremden Leistung – 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

494. In den Jahren 2000 bis 2009 wechselten jährlich rund fünf Prozent der GKV-Mitglieder ihre Krankenkasse. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Preisunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen in der Zeit vor Einführung der heute gültigen Beitragssystematik deutlich größer waren als heute: Gemäß einer Analyse von Eibich et al. (2011) lagen die Beitragssätze der für alle Versicherten geöffneten Krankenkassen im Jahr 2008 zwischen 13,4 % und 17,4 %. Versicherte

²⁴⁸ Gute und schlechte Risiken gilt es vor allem im Rahmen des stärker morbiditätsorientierten RSA von geringen und hohen Risiken zu unterscheiden. Während bei hohen bzw. niedrigen Risiken die Morbiditätslast das Kriterium bildet, erhält die Krankenkasse bei guten (schlechten) Risiken für die jeweiligen Versicherten aus dem Gesundheitsfonds eine höhere (niedrigere) Zuweisung im Verhältnis zum entsprechenden Finanzbedarf. Hohe Risiken können für die Krankenkassen in den Fällen auch gute Risiken darstellen, wenn es ihnen - z. B. durch ein erfolgreiches Disease Management Programm - gelingt, dass die betreffenden Patienten geringere Ausgaben verursachen, als ihre Krankenkasse für sie aus dem Gesundheitsfonds erhält.

mit einem Einkommen an der Beitragsbemessungsgrenze konnten damit durch einen Wechsel im Maximalfall ca. 72 Euro monatlich sparen.

Für die Zeit bis zum Jahr 2009 wiesen zahlreiche Studien den Beitragssatz als dominanten Wettbewerbsparameter und zentrale Einflussgröße für einen Krankenkassenwechsel aus: Mit zunehmendem Beitragssatz stieg auch die Wahrscheinlichkeit für einen Wechsel der Krankenkasse an (Schwarze/Andersen 2001; Böcking et al. 2002; Andersen/Grabka 2006). Leistungsunterschiede, besondere Versorgungsformen (z. B. integrierte Versorgungsverträge, Hausarzttarife, Satzungsleistungen) oder Differenzen im Service spielten dagegen nur eine untergeordnete Rolle (Andersen et al. 2007).

495. Gut drei Jahre nach Einführung der neuen Rechtslage ist inzwischen festzustellen, dass sich die Preisunterschiede zwischen den Krankenkassen deutlich verringert haben. Der allergrößte Teil der Versicherten unterliegt derzeit dem einheitlichen Beitragssatz und zahlt keinen Zusatzbeitrag bzw. erhält keine Prämienzahlung. Empirische Analysen zeigen allerdings auch, dass diejenigen Versicherten, die von einem Zusatzbeitrag betroffen sind bzw. waren, eine deutlich erhöhte Wechselbereitschaft zeigen: Wiederholt wurde die Erhebung eines Zusatzbeitrags als das wesentliche Wechselmotiv der Versicherten identifiziert.

496. Beispielhaft soll hierfür eine aktuelle Studie angeführt werden, derzufolge die Erhebung eines Zusatzbeitrags zu signifikanten Abwanderungsbewegungen in den Jahren 2010 und 2011 führte. So sind rund 90 % aller Netto-Mitgliederverluste der gesetzlichen Krankenversicherer bei Krankenkassen mit einem Zusatzbeitrag zu verzeichnen. Diese haben seit der Erhebung der Zusatzbeiträge durchschnittlich 12 % ihrer Versicherten verloren. Weitere 12 % aller gesetzlich Versicherten, die einen Zusatzbeitrag zahlen müssen, planen, ihre Krankenkasse innerhalb der nächsten sechs Monate sicher oder höchstwahrscheinlich zu verlassen. Im Vergleich dazu sind es nur 2 % bei Krankenkassen ohne Zusatzbeitrag. Gerade bei jüngeren, gesunden und gebildeten Personen ist die Erhebung eines Zusatzbeitrags Auslöser für einen Krankenkassenwechsel und lässt sich kaum durch zusätzliche Leistungen oder Services des Versicherers kompensieren (PWC 2011).

Die Größenordnung des Einflusses der Einführung eines Zusatzbeitrags auf die Mitgliederzahlen von Krankenkassen verdeutlichen auch folgende Zahlen: Unter den zwanzig größten deutschen Krankenkassen gab es Ende 2011 vier Versicherer, die einen Zusatzbeitrag erhoben.²⁴⁹ Im Januar 2010 hatten sie gemeinsam mit weiteren vier kleineren oder in der Zwischenzeit fusionierten bzw. aufgelösten Krankenkassen die Einführung von Zusatzbeiträgen für ihre Versicherten öffentlich angekündigt.²⁵⁰ Bis zum 1. Oktober 2011 hatte sich die Mitgliederzahl dieser vier Krankenkassen durchschnittlich um 12,6 % reduziert – die Spanne reicht von 9,6 % bis 28,2 % der jeweiligen Mitgliederzahlen vom Jahresbeginn 2010. Insgesamt verminderte sich alleine bei diesen vier Krankenkassen die Mitgliederzahl in nicht einmal zwei Jahren um über eine Million Mitglieder (bzw. über 1,5 Millionen Versicherte). Diese Entwicklung zeigte sich vor allem im ersten Jahr der

²⁴⁹ Dieser dürfte voraussichtlich bis Ende des Jahres 2012 allerdings wieder abgeschafft werden.

²⁵⁰ Ende Januar 2010 haben insgesamt acht Krankenkassen eine gemeinsame Bekanntgabe von Zusatzbeiträgen vorgenommen, die wettbewerbsrechtlich hinterfragt wurde. Das Bundeskartellamt leitete ein förmliches Verfahren wegen des Verdachts der unerlaubten Preisabsprache ein. Letztlich wurde das gemeinsame Handeln bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen als rechtmäßig eingestuft, da Krankenkassen keine Unternehmen im Sinne des Wettbewerbsrechts sind, sodass auf sie das Kartellrecht keine Anwendung findet. Für die staatliche Aufsicht sei zudem nur das Bundesversicherungsamt zuständig (Landessozialgericht Hessen, Urteil vom 15.09.2011, L 1 KR 89/10 KL), vgl. auch Unterkapitel 2.6.

Einführung des Zusatzbeitrags, war jedoch auch im zweiten Jahr immer noch deutlich zu beobachten (BMG 2012).

497. Eibich et al. zufolge löste vor der Einführung des einheitlichen Beitragssatzes in Kombination mit Zusatzbeiträgen die Erhöhung des Beitragssatzes um einen Prozentpunkt (oder 13 Euro bei Annahme eines durchschnittlichen Bruttoeinkommens) einen Verlust von fast 4 % der Versicherten aus. Im Vergleich dazu waren es nach Einführung eines Zusatzbeitrags von monatlich acht Euro ca. 7,5 % der Versicherten.²⁵¹ Die Autoren schließen hieraus auf einen deutlich intensivierten Preiswettbewerb: Umgerechnet auf den Effekt je Größeneinheit ergibt sich hieraus, dass ein Euro Beitragssteigerung zu rund 1 % Versichertenverlust führt, wohingegen es früher lediglich 0,3 % je Euro waren. Bemerkenswert ist auch, dass der umgekehrte Effekt einer Beitragsrückerstattung deutlich geringer ausfällt (Eibich et al. 2011).

Diese Ergebnisse bestätigt eine andere – auf breiterer SOEP-Datenbasis fußende – Studie weitgehend. Laut Schmitz und Ziebarth (2011) betrug die individuelle Wechselwahrscheinlichkeit vor Einführung von Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag etwa 5 %, d. h. dass jährlich diese Größenordnung der GKV-Mitglieder ihre Krankenkasse wechselte. Diese individuelle Wechselwahrscheinlichkeit liegt im heutigen System mit in absoluten Eurobeträgen ausgewiesenen Zusatzbeiträgen bei etwa 10 % für die Gruppe der von Zusatzbeiträgen betroffenen Versicherten. Mitglieder ohne Zusatzbeitrag zeigen dieser Studie zufolge eine individuelle Wechselwahrscheinlichkeit von nur rund 3,5 %.

Zusätzlich 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 ermitteln die Autoren eine fast dreifache Erhöhung der Preiselastizität der Nachfrage nach Einführung der neuen Beitragsgestaltung im Jahr 2009.²⁵² Vor der Reform der Beitragserhebung lag die Preiselastizität der Nachfrage bei einem Wert von etwa -0,6 (ein Preisanstieg von einem Prozent führte statistisch zu einem Versichertenverlust von ca. 0,6 %). Nach Einführung der heutigen Rechtslage erhöhte sich der Elastizitätswert auf -1,6 (Schmitz/Ziebarth 2011).

498. Die starke Ausrichtung des Wettbewerbs an Preisargumenten lässt die Frage aufkommen, inwiefern derzeit eine Überwindung dieser Fokussierung überhaupt möglich ist (siehe hierzu mehr in Kapitel 8.3.). Im Rahmen eines Discrete Choice Experiments wurde vom Institut für Forschung und Beratung (IGES) im Jahr 2009 untersucht, welche (zusätzlichen) Versorgungs- oder Serviceleistungen aus Sicht der Versicherten einen (höheren) Zusatzbeitrag kompensieren bzw. welche Leistungsmerkmale die Versicherten bei Erhebung eines Zusatzbeitrages von einer Kündigung abhalten können. Aus den Präferenzurteilen der Befragten wurde mittels eines statistischen Modells ermittelt, welcher Nutzen den verschiedenen Merkmalen durchschnittlich beigemessen wird. Hierbei ergeben sich Absolutbeträge in Euro, die den monetären Wert eines bestimmten Service- bzw.

251 Die Berechnungen beziehen sich auf nur fünf exemplarisch ausgewählte Krankenkassen, zu denen Daten über mehrere Jahre vorliegen. Die Interpretation dieser Zahlen ist also hinsichtlich ihrer Repräsentativität mit großer Vorsicht vorzunehmen. Zudem kann zeitlich lediglich auf die Entwicklung in den Jahren 2009 und 2010 zurückgegriffen werden.

252 Aus methodischer Perspektive ist hier anzumerken, dass diese Kalkulation der Preiselastizität nicht auf den Daten des SOEP basierte, sondern – wie in der Studie von Eibich et al. (2011) – auf Basis aggregierter Daten von fünf großen deutschen Krankenkassen (welche zusammen einen Marktanteil von rund 30 % haben).

Leistungsmerkmals bemessen. Im Ergebnis wird somit offengelegt, mit welchen Leistungen welcher Zusatzbeitrag kompensiert werden kann.²⁵³

Die Ergebnisse zeigen, dass sich ein Zusatzbeitrag nur teilweise durch ausgewählte Service- und Versorgungsleistungen kompensieren lässt. Die befragten GKV-Mitglieder gaben dabei folgendes Kompensationspotenzial der abgefragten Attribute an.

Service/Leistung	Durchschnittlicher Nutzen in Euro (95%-Konfidenzintervall)
Persönliche Kundenbetreuung	0,63 (0,35-0,91)
Präventionsförderung	1,42 (1,12-1,71)
Alternative Heilmethoden	1,63 (1,33-1,92)
Kontrolle der Behandlungsqualität	1,74 (1,45-2,04)
Kooperation mit Versorgungszentrum (vernetzte Behandlung, bevorzugte Terminvergabe)	2,05 (1,75-2,36)
Schneller Zugang zu medizinischen Innovationen	2,80 (2,51-3,10)
Fachärzte-Netzwerk	2,95 (2,64-3,26)
Konstante	14,83

Tabelle 38: Kompensationspotenziale verschiedener Services und Leistungen in Euro

Quelle: IGES 2009

Die Konstante von 14,83 Euro kann als die Höhe des Zusatzbeitrags interpretiert werden, bei dem 50 % aller Befragten bei ihrer Krankenkasse bleiben würden, auch wenn der eigene Versicherer keine zusätzlichen Leistungen anbietet und es andere Anbieter ohne diesen Zusatzbeitrag gibt. Es ist also der Betrag, der durchschnittlich einer Beibehaltung des aktuellen unveränderten Vertragsverhältnisses beigemessen wird (als Begründung kommen Kundenzufriedenheit, das Image der Krankenkasse oder auch sonstige Such- und Transaktionskosten der Versicherten in Betracht).

Der in Tabelle 38 dargestellte durchschnittliche Nutzen der einzelnen Services/Leistungen repräsentiert den Betrag, der als (höherer) Zusatzbeitrag akzeptiert würde, wenn im Gegenzug die genannte Leistung vom Versicherer angeboten würde. Hieraus folgt, dass die persönliche Betreuung (z. B. über ein wohnortnahes Geschäftsstellennetz) das niedrigste Kompensationspotenzial aller abgefragten Leistungen besitzt. Die größten Nutzengewinne generieren dagegen das Versprechen eines schnellen Zugangs zu Innovation sowie die Vorhaltung eines Fachärzte-Netzwerkes. Ein hohes kompensatorisches Potenzial zeigt sich also bei Leistungen, die eine hohe Versorgungsqualität bzw. eine „Vorzugsbehandlung“ versprechen (IGES 2009).

Im Rahmen dieser Studie des IGES konnte außerdem die „Bleibewahrscheinlichkeit“ in Abhängigkeit von der Höhe des Zusatzbeitrages kalkuliert werden. Dies ist der Anteil jener GKV-Mitglieder, die im Falle eines Zusatzbeitrages und ohne zusätzliche Leistungen/Services bei ihrer Krankenkasse bleiben, auch wenn es andere Anbieter ohne Zusatzbeitrag (und mit identischen Leistungen) gibt. Im Falle eines Zusatzbeitrags von 8 Euro pro Monat äußern 82,8 % der Befragten

²⁵³ Die hier berichteten Ergebnisse des IGES Kompass Gesundheit basieren auf einer standardisierten Befragung von insgesamt 3 006 Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung im Alter zwischen 18 und 65 Jahren (quotiert nach Alter und Krankenkassenzugehörigkeit). Die Erhebung fokussiert sich auf die Perspektive der Versicherten.

die Absicht, bei ihrer Krankenkasse zu verbleiben. Bei 12 Euro monatlichem Zusatzbeitrag sind es noch 64,9 % und bei einem Zusatzbeitrag von 16 Euro 43,7 % der befragten GKV-Mitglieder (IGES 2009). Die hohe Wechselintention bereits bei niedrigen Zusatzbeiträgen verdeutlicht den großen Anteil preissensibler Versicherter. Die Analyse verschiedener Subgruppen deutet darauf hin, dass jüngere im Vergleich zu älteren, kränkeren Versicherten eine tendenziell höher ausgeprägte Wechselbereitschaft zeigen (IGES 2009). Andere bedeutende Subgruppenunterschiede bzgl. der generellen Wechselneigung bzw. Kundenbindung sind nicht zu erkennen.²⁵⁴

8.3 Empirische Befunde zur Krankenkassenwahl

499. Aufgrund des zunehmenden Wettbewerbs zwischen Krankenkassen haben diese in den vergangenen Jahren vermehrt Aktivitäten im Bereich Marktforschung, Produktentwicklung und Unternehmensstrategie entfaltet. Ein in diesem Rahmen eingesetztes Instrument sind Versichertenbefragungen. Der Sachverständigenrat hat alle gesetzlichen Krankenkassen mit einer Versichertenzahl von mindestens 500 000 Personen um die Übermittlung von Erkenntnissen aus derartigen Befragungen gebeten.²⁵⁵ Da hier nicht die wettbewerbliche Strategie einzelner Krankenkassen, sondern die Eignung der aktuellen wettbewerblichen Rahmenbedingungen interessiert, wurde versucht, verallgemeinerbare und übergreifende Aussagen zu Versichertenpräferenzen zu extrahieren. Vorab fällt bereits auf, dass sich die dem Rat zur Verfügung gestellten Befragungen sehr auf die bereits existierenden wettbewerblichen Differenzierungsmöglichkeiten fokussieren und kaum darüber hinaus gehende Präferenzen der Versicherten abfragen. Zudem erwiesen sich nur wenige Studien, die z. T. die gesamte GKV-Population repräsentativ abbilden, als uneingeschränkt zitierfähig bzw. belastbar, was teilweise auf die Qualität der Befragungen oder ihre thematische Einschränkung, teilweise auf die zugesagte Vertraulichkeit von Ergebnissen zu einzelnen Krankenkassen zurückzuführen ist.

Nur in wenigen Studien werden 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 Zwang zur Abwägung oder Bildung von Reihen nach Wünschen der Versicherten fragen, ist reduziert; trotzdem wurden derartige Studien bei sonstiger Eignung nicht grundsätzlich 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 (IGES 2010; forsa 2010; Rheingold 2008).

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

²⁵⁴ Es sollte bei der Interpretation aller Ergebnisse jedoch berücksichtigt werden, dass eine bekundete Absicht in der Regel keine tatsächlichen Wechselquoten in gleicher Größenordnung bedeutet. Ebenso sollten die ermittelten Eurobeträge vorsichtig interpretiert werden, da es sich auch hier nur um potenzielle Zahlungen handelt.

²⁵⁵ Insgesamt wurden der Geschäftsstelle des SVR 23 Befragungen übermittelt, ergänzend wurden übergreifende Erhebungen, die nicht von einzelnen Krankenkassen durchgeführt oder beauftragt wurden, sowie weitere thematisch relevante Literatur herangezogen.

- 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.).

Neben einer allgemeinen Bewertung der Zufriedenheit mit dem Krankenversicherungssystem sollen diese Aspekte im Folgenden gemäß ihrer Bedeutung aus Versichertensicht eingeordnet werden.

Allgemeine Versichertenzufriedenheit und -loyalität

501. Übergreifend über alle hier identifizierten Erhebungen zeigt sich eine große Zufriedenheit der Befragten mit ihrem Krankenversicherungsanbieter. Über fast alle vorliegenden Studien, die nach der Gesamtzufriedenheit mit der eigenen Krankenkasse/-versicherung fragen, hinweg zeigt sich, dass jeweils über 90 % der Versicherten ihre eigene Versicherung positiv²⁵⁶ beurteilen (IGES 2011, Deutsche BKK 2011; tns infratest 2010)²⁵⁷.

Ein wenig anders stellt sich die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Krankenversicherungsschutz allgemein bzw. der eigenen Absicherung für den Krankheitsfall dar, in die Aspekte hineinspielen dürften, die eher das Gesundheitssystem, als die Leistung der einzelnen Krankenkasse betreffen. So fühlen sich einer Studie aus dem Jahr 2011 zufolge knapp zwei Drittel der gesetzlich Versicherten gut abgesichert für den Krankheitsfall. Während bei den gesetzlich Versicherten seit 2007 die positive Bewertung des eigenen Versicherungsschutzes kontinuierlich zugenommen hat, verläuft dieser Wert bei den privat Versicherten in diesem Zeitraum – auf einem insgesamt höheren Niveau von über 80 % – recht konstant bis leicht abnehmend (MLP 2011). Diese Entwicklung bestätigt sich auch in einer weiteren Befragungsreihe: Mit Ausnahme des letzten Erhebungsjahres 2011 nahmen dieser Erhebung zufolge die Zufriedenheitswerte in der Gesetzlichen Krankenversicherung sogar schon seit 2004 kontinuierlich zu: Im Bereich „Leistungen“ reduzierte sich der Anteil unzufriedener GKV-Versicherter zwischen den Jahren 2004 und 2010 von 52 % auf 32 %. Im Bereich „Preis“ sank dieser Anteil sogar von 72 % auf 44 %.²⁵⁸ Im Vergleich dazu sind die Zufriedenheitswerte von Privatversicherten in den letzten Jahren (trotz einiger zwischenzeitlicher Schwankungen) recht konstant und dabei auch laut dieser Befragungsreihe langfristig auf höherem Niveau als in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Prämienentwicklungen der letzten Jahre haben allerdings dazu geführt, dass sich die Zufriedenheitswerte im Bereich „Preis“ mittlerweile auf

256 Je nach verwendeter Skala wurden die zwei oder drei oberen Merkmalsausprägungen zusammengezählt. In der Regel handelt es sich um die Merkmalsausprägungen sehr zufrieden, zufrieden und eher zufrieden oder ähnliche Formulierungen, Personen die sich unentschieden äußerten, wurden nicht zu den zufriedenen Kunden gezählt.

257 Hier ist zu bemerken, dass die ausgewählten Quellen lediglich einen Ausschnitt darstellen. Der Umkehrschluss, dass für Kunden von hier nicht genannten Krankenkassen oder Krankenkassenverbänden ein Nachweis vergleichbar hoher Zufriedenheit fehlt, ist unzulässig.

258 Im Jahr 2011 zeigte sich dann erstmals wieder ein leichter Anstieg der Unzufriedenheit in beiden Feldern (36 % Unzufriedene im Bereich Leistungen; 47 % Unzufriedene im Bereich Preis). Diese Werte liegen jedoch immer noch deutlich unter den Höchstwerten des Jahres 2004.

ähnlichem Niveau wie in der GKV bewegen, wohingegen sich die Leistungszufriedenheit in der PKV weiterhin etwas oberhalb des Wertes der GKV bewegt (Continental 2011).

502. Die Loyalität der Versicherten in der GKV differiert nach den jeweiligen Krankenkassenarten recht deutlich. Nach einem so genannten Loyalitätsindex²⁵⁹ weisen insbesondere die Knappschafts-Versicherten eine vergleichsweise hohe Loyalität auf: 45 % sind als „Anhänger“ ihrer eigenen Versicherung zu betrachten. BKK-Versicherte sind zu 32 % „Anhänger“ ihrer Krankenkasse, Versicherte der Ersatzkassen und der IKK sind es jeweils zu 31 %. AOK-Versicherte sind dagegen vergleichsweise weniger loyal: Nur 24 % werden als „Anhänger“ ihrer eigenen Krankenkasse identifiziert. Die grundsätzlich bestehende Loyalität der Versicherten belegt auch ein Blick auf die Mitgliedschaftsdauer: Fast 28 % aller Versicherten (und ca. 45 % aller Versicherten zwischen 50 und 65 Jahren) sind bereits seit über 20 Jahren Mitglied ihrer Krankenkasse, weitere 22,6 % zwischen 10 und 20 Jahre. 85 % der Befragten sehen die Wahl einer Krankenkasse als eine „langfristige Entscheidung“ an (IGES 2011).

Bedeutung von Leistungsaspekten im Verhältnis zur Bedeutung preislicher Aspekte

503. 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 (siehe ausführlicher Kapitel 8.2).

Die relative Bedeutung des Preissignals wird z. B. durch die Ergebnisse des „Deloitte Consumer Health Survey 2011“ belegt. Als häufigster Grund für einen Wechsel des Krankenversicherungsanbieters wird auch hier der Beitragssatz (bzw. die Versicherungsbeiträge) von 51 % der Befragten genannt. Bereits mit geringem Abstand folgen allerdings der Umfang des Versicherungsschutzes/bessere Leistungen (46 %) und Aspekte der Kundenbetreuung, Beratung und Information (33 %). 15 % der Befragten nennen zudem den Zugang zu kooperierenden Leistungserbringern (z. B. hausarztzentrierte Versorgung, integrierte Versorgungskonzepte oder Arztnetze), auf den in der Folge noch eingegangen wird (Deloitte 2011).

504. Abseits des großen Einflusses preislicher Aspekte deuten zahlreiche Ergebnisse (Deloitte 2011; IGES 2010; IGES 2011; Töpfer/Opitz 2011; Töpfer/Opitz 2010; tns infratest 2010) darauf hin, dass dem jeweiligen Leistungsangebot der Versicherer durchaus eine Rolle bei der Wahl bzw. dem Verbleib bei oder dem Wechsel zu einer Krankenversicherung zukommt.

So würden ca. 36 % der Befragten einen höheren Beitrag für einen erweiterten Krankenversicherungsschutz akzeptieren (IGES 2011).²⁶⁰ Es besteht somit eine grundsätzliche Bereitschaft bei gleichzeitig steigender Qualität einen Zusatzbeitrag zu bezahlen. Die Zahlungsbereitschaft steigt mit der Transparenz und Glaubwürdigkeit des Angebots (IGES 2010). Für rund 83 % der Befragten ist es für

²⁵⁹ Dieser bildet die Befragungsergebnisse des IGES-Instituts zur Kundenzufriedenheit, zur Wiederwahl der eigenen Krankenversicherung, zum „Cross-Buying“ (d. h. der Bereitschaft, auch weitere Produkte - hier: einen erweiterten Krankenversicherungsschutz - beim selben Unternehmen zu kaufen), zur Weiterempfehlungswahrscheinlichkeit und zur Wechselabsicht gewichtet ab.

²⁶⁰ Auch steigt die Bereitschaft der Versicherten, einen Zusatzbeitrag ihrer Krankenkasse zu akzeptieren, wenn der Versicherer ein (vertrauenswürdiges) Siegel erhalten hat (nach Ergebnissen eines Discrete-Choice-Experiments, vgl. IGES 2011). Die Zuzahlungsbereitschaft ist in diesem Fall bei Frauen generell höher als bei Männern.

ihr Wohlbefinden von Relevanz, sich im Hinblick auf ihren Versicherungsschutz gut abgesichert zu fühlen; hierunter fallen auch Serviceleistungen der Versicherer, die von 87 % der Befragten als wichtig eingestuft werden (IGES 2011).

Eine detailliertere Analyse von Zok bestätigt, dass nicht allein der erhobene Zusatzbeitrag als Motiv für die Krankenkassenwahl angegeben wird. In seiner Analyse derjenigen Mitglieder, die zum Befragungszeitpunkt über einen Krankenkassenwechsel nachdachten, wird der erhobene Zusatzbeitrag mit 22,2 % zwar am häufigsten als Ursache genannt, jedoch folgen in nur geringem Abstand Aspekte der Leistungsseite. Ein in der Wahrnehmung des Versicherten „besseres“ Preis-/Leistungsverhältnis der alternativen Versicherung insgesamt wird von 16 % der Befragten berichtet, ein aus Sicht des Versicherten unzureichendes Leistungsangebot des eigenen Versicherers von 15,8 %. Ein weiteres Motiv sind erfahrene oder befürchtete Leistungsablehnungen, die von 12 % als Wechselmotiv angegeben werden. Die genauen Ergebnisse sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

	Wechselinteressierte		
	Insgesamt	In Krankenkassen ohne Zusatzbeitrag	In Krankenkassen mit Zusatzbeitrag
Anzahl Befragte	374	247	127
Zusatzbeitrag	22,2 %	1,6 %	62,2 %
Zu hoher Beitrag	8,8 %	12,6 %	1,6 %
Zuzahlungen	3,7 %	5,7 %	–
Unzureichendes Leistungsangebot	15,8 %	21,5 %	4,7 %
Besseres Preis-/Leistungsverhältnis	16,0 %	18,6 %	11,0 %
Leistungsablehnung	12,0 %	15,4 %	5,5 %
Unzufriedenheit mit Krankenkasse	6,4 %	7,7 %	3,9 %
Schlechter Service	3,5 %	4,0 %	2,4 %
Familiäre Gründe	2,4 %	3,2 %	0,8 %
Regionale Nähe/ Erreichbarkeit	1,6 %	1,6 %	1,6 %
An-)Werbung durch andere Kasse	1,6 %	1,6 %	1,6 %
Sonstige	5,3 %	6,1 %	3,9 %
Keine Angabe	0,5 %	0,4 %	0,8 %

Tabelle 39: Gründe für einen möglichen Krankenkassenwechsel, Angaben in Prozent; n = 374 Mitglieder (die über einen Krankenkassenwechsel nachdenken)

Quelle: Zok 2011

In einer Teilgruppe der hier befragten wechselwilligen Versicherten, die in einer Krankenkasse ohne Zusatzbeitrag versichert sind, stellt der Zusatzbeitrag bzw. die Sorge vor der Einführung eines solchen kein wesentliches Wechselmotiv dar (nur 1,6 % geben diese Sorge als potenziellen Wechselgrund an). Die oben erwähnten Motive mit einem Fokus auf der Leistungsseite werden in dieser Subgruppe entsprechend überdurchschnittlich häufig genannt (Zok 2011).

505. Bezüglich der Frage, welche konkreten zusätzlichen Versorgungs- und Serviceaspekte aus Sicht der Versicherten besonders gewünscht werden (und ggf. in der Lage wären, einen Zusatzbeitrag

zu kompensieren), sind nur wenige verallgemeinerbare Ergebnisse über die vorliegenden Studien hinweg ableitbar. Die zuvor erwähnten Wettbewerbsinstrumente abseits des Preises (Qualität/Organisation der Versorgung, Leistungsmenge, Service) sollen hier bzgl. der ihnen zuzuordnenden Versichertenpräferenzen eingeordnet werden.

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 (produkt+markt 2009, tns infratest 2010, Rheingold 2008, IMK 2010). So sind lt. einer Studie im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) (IMK 2010), die Versicherte über die gesamte GKV einbezog, nur vier Arten von „Zusatzleistungen“ mehr als 50 % der befragten Nicht-TK-Mitglieder bekannt (Broschüren 85 %, gesundheitsfördernde Kurse 74 %, Bonusprogramme 65 %, private Zusatzversicherungen 59 %). Nur eine Minderheit kennt dagegen beispielsweise Wahltarife (29 %), Beratung/Hilfe bei Behandlungsfehlern (19 %), Arztterminservice (16 %) oder kostenlose Arzneimittelberatung (13 %).

Wie bereits bei der Diskussion zur besonderen Bedeutung des Zusatzbeitrages (siehe Kapitel 8.2) hier vor allem IGES 2009) aufgezeigt, ist aus einigen Präferenzurteilen ableitbar, dass die Versicherten vor allem Zusagen einer besonders hohen Versorgungsqualität und guten Behandlungs-koordination (z. B. Empfehlungen zu weiterführenden Maßnahmen) sowie einer "Vorzugsbehandlung" mit Zugang zu Innovationen und einem speziellen Fachärzte-Netzwerk (inkl. Terminorganisation etc.) hohe Nutzenwerte beimessen (IGES 2009; Trosky 2012; Zok 2009; produkt+markt 2009; Rheingold 2008; forsa 2010). Chroniker äußerten nicht überraschend in einer Studie zu 98 %, dass ihnen eine gute Koordination der Behandlung sehr wichtig oder eher wichtig ist (Janssen-Cilag 2011). Andererseits hat auch die freie Wahl der Leistungserbringer einen besonders hohen Stellenwert bei den Versicherten (forsa 2010). Zwar würden 59 % eine Einschränkung der freien Arztwahl – teilweise gegen eine zusätzliche finanzielle Kompensation – hinnehmen, sofern dafür eine optimale Abstimmung zwischen allen Beteiligten gewährleistet wäre,²⁶¹ jedoch kann sich auf der anderen Seite immerhin ein Anteil von etwa 40 % gar keine Einschränkung der freien Arztwahl vorstellen (Janssen-Cilag 2011). Bei der Erklärung dieses vermeintlichen Widerspruchs mag es eine Rolle spielen, wie hoch die Versicherten die Glaubwürdigkeit des Versprechens einer besseren Koordination einschätzen.

Mehrfach findet sich auch die relativ hohe Bewertung erweiterter Vorsorgeangebote, z. B. durch zusätzliche Früherkennungsmaßnahmen oder andere eher präventive Angebote (Trosky 2012; PWC 2011; Zok 2009). Demgegenüber wird Aspekten wie einer engen persönlichen Kundenbetreuung vor Ort (z. B. in Form eines dichten Geschäftsstellennetzes) oder gebührenfreier 24h-Anrufmöglichkeiten nur eine geringere Bedeutung zugewiesen (Zok 2011; Zok 2009; IGES 2009; Trosky 2012; PWC 2011; tns infratest 2010).

Bzgl. der Einordnung von Wahlтарifen oder Zusatzleistungen (bspw. in Form alternativer Heilbehandlungen) lassen sich keine eindeutigen Aussagen aus den vorliegenden Studien ableiten. Die Präferenzhebungen zu dieser Thematik kommen zu uneinheitlichen Ergebnissen.

²⁶¹ Diese 59 % unterteilen sich wie folgt: 21 % würden auch ohne zusätzliche Ersparnis (d. h. "nur" für die verbesserte Koordination der Versorgung) auf die freie Arztwahl verzichten. Weitere 9 % bei mindestens 10 Euro monatlicher Ersparnis, weitere 13 % bei mindestens 25 Euro Ersparnis und weitere 16 % bei mindestens 50 Euro Ersparnis. Die restlichen ca. 40 % der Befragten können sich einen Verzicht auf die freie Arztwahl gar nicht vorstellen.

506. Zu den Wahlтарifen liegen allerdings konkrete Teilnehmerzahlen vor, aus denen auf die Präferenzen der Versicherten geschlossen werden kann und die in der folgenden Tabelle 40 dargestellt sind. Aus diesen Daten lässt sich zwar keine Einordnung in Relation zu den übrigen leistungseitigen Möglichkeiten ableiten, jedoch deuten auch diese Zahlen in Richtung der bereits aus den übrigen Studien bekannten Erkenntnisse.

	Zeitpunkt	Gesamtteilnehmer	Veränderung ggü. Vorperiode
Versicherte mit Wahlтарif nach § 53 Abs. 1 SGB V Selbstbehalt	2008	181 850	
	2009	330 844	82%
	2010	453 255	37%
	2011	531 200	17%
	März 2012	542 607	2%
Versicherte mit Wahlтарif nach § 53 Abs. 2 SGB V Rückerstattung	2008	156 736	
	2009	176 953	13%
	2010	162 261	-8%
	2011	168 236	4%
	März 2012	168 371	0%
Versicherte mit Wahlтарif nach § 53 Abs. 3 SGB V Besondere Versorgungsformen	2008	10 553 439	
	2009	9 134 905	-13%
	2010	10 591 573	16%
	2011	8 256 503	-22%
	März 2012	8 492 968	3%
Versicherte mit Wahlтарif nach § 53 Abs. 4 SGB V Kostenerstattung	2008	56 096	
	2009	216 772	286%
	2010	402 103	85%
	2011	619 501	54%
	März 2012	643 165	4%
Versicherte mit Wahlтарif nach § 53 Abs. 5 SGB V Alternative Arzneimittel	2008	531	
	2009	858	62%
	2010	1 188	38%
	2011	1 246	5%
	März 2012	850	-32%

Tabelle 40: Versicherte in den verschiedenen Wahlтарifen nach § 53 SGB V*

Fortsetzung der Tabelle siehe nächste Seite

	Zeitpunkt	Gesamtteilnehmer	Veränderung ggü. Vorperiode
Versicherte mit Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V Krankengeld	2008	--	
	2009	56 517	
	2010	63 095	12%
	2011	75 814	20%
	März 2012	74 149	-2%
Versicherte mit Wahltarif nach § 53 Abs. 7 SGB V Leistungsbeschränkungen (nur für bestimmte Mitgliedergruppen wählbar)	2008	--	--
	2009	15 117	
	2010	14 784	-2%
	2011	15 330	4%
	März 2012	15 278	0%
Versicherte mit Wahlтарifen nach § 53 SGB V Summe	2008	10 794 995	
	2009	9 626 763	-11%
	2010	11 279 462	17%
	2011	9 472 502	-16%
	März 2012	9 730 735	3%

Fortsetzung der Tabelle: Versicherte in den verschiedenen Wahlтарifen nach § 53 SGB V*

*Alle Angaben beziehen sich auf in den Wahlтарifen befindlichen Personen. Da auch Mehrfachteilnahmen der Versicherten möglich sind, entspricht die Summe der Teilnehmerzahlen aller sieben Wahlтарife nach § 53 SGB V nicht exakt der Gesamtzahl aller Teilnehmer.

Quelle: Eigene Darstellung nach BMG 2012, KM1-Statistik

Die große Teilnehmerzahl in Höhe von ca. 8,5 Millionen 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. Behandlungscoordination. Fraglich ist an dieser Stelle jedoch, ob den hier eingeschriebenen Versicherten tatsächlich immer bewusst ist, dass sie sich einem Wahlтарif angeschlossen haben. Abseits dieser Tarife haben die Versicherten aktuell ca. 1,4 Millionen mal einen der übrigen sechs Wahlтарife gewählt. Bei diesen stehen ganz offensichtlich finanzielle Aspekte (und zumindest teilweise auch wieder die gewünschte "Vorzugsbehandlung") im Vordergrund der Überlegungen: Die Wahlтарife zu Selbstbehalten, Rückerstattungen oder Kostenerstattung²⁶² vereinigen den allergrößten Teil dieser Versicherten auf sich. Demgegenüber haben aktuell nicht einmal 1 000 Personen in ganz Deutschland einen Wahlтарif zum Thema alternative Arzneimittel²⁶³ gewählt. Insgesamt lässt sich also auch aus diesen Zahlen folgern, dass die Präferenzen der Versicherten vor allem auf die Aspekte Leistungsorganisation und Preis abzielen.

262 Wobei diese Kostenerstattungstarife neben finanziellen Aspekten wie einer größeren Kostentransparenz wohl auch auf eine vom Versicherten gewünschte bessere "Privat"-Behandlung durch den Arzt abzielen.

263 Ein Grund für die nur geringe Nachfrage nach Tarifen solcher Art könnte auch darin liegen, dass Krankenkassen diese alternativen Arzneimittel ihren Versicherten z. T. auch auf anderem Wege anbieten (z. B. als Satzungsleistung im Bereich der nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel).

507. Um eine Zusammenfassung der im Rahmen dieses Abschnitts gewonnenen Erkenntnisse zu generieren, ist es nötig auf die zu Beginn des Unterkapitels 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 (IGES 2011; Zok 2011). Letztere sind allerdings diejenigen, die die Qualität der Versorgung (und damit auch die Leistungsmenge und Organisationsleistung des Versicherers) anhand eigener Erfahrungen beurteilen können. Diese Gruppe zeigt sich in den vorliegenden Befragungen weniger wechselinteressiert und auch in geringerem Maße empfänglich für preisliche Anreize, sondern legt bei der Wahl ihrer Krankenkasse größeren Wert auf Leistungsaspekte.

Resümee

508. Zusammenfassend ist bzgl. der Versichertenpräferenzen festzustellen, dass derzeit eindeutig preisliche Argumente im Mittelpunkt der Abwägungen von Versicherten mit Wechselintention stehen. Auf der anderen Seite kann aus den vorliegenden Ergebnissen geschlossen werden, dass für die Versicherten das Leistungsangebot einer Krankenkasse durchaus von Bedeutung ist. In der aktuellen Situation erlaubt das Preissignal jedoch eine klarere und für jeden Versicherten verständliche Differenzierung der Anbieter. Diese Unterscheidbarkeit von Angeboten ist bzgl. der Leistungsseite deutlich geringer. Insoweit ist das Fazit zu ziehen, dass die Zusatzbeiträge derzeit die Wechselentscheidungen der Versicherten klar dominieren. Nur wenn Zusatzbeiträge bzw. Prämienzahlungen im Abwägeprozess 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: Laut den hier vorgestellten Ergebnissen sind die größten Nutzengewinne durch das Versprechen einer hohen Versorgungsqualität bzw. einer „Vorzugsbehandlung“ zu generieren. Einige Studien deuten zudem auf die Bedeutung erweiterter Vorsorgeangebote, des Images oder von weiteren eher präventiven Gesundheitsförderungsangeboten 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 bzgl. 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.

Exkurs: Eigene Erhebung zu den Wettbewerbsparametern der Krankenkassen

509. 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?

Für die Methodik der Untersuchung und die Rücklaufquote sei auf Abschnitt 7.6 verwiesen. Die Fragen zu den Wettbewerbsparametern in diesem Teil haben in der Regel mehr Krankenkassen beantwortet als die zu den besonderen Versorgungsformen. Auch für Krankenkassen, die keine eigenen Selektivverträge schließen, sind die hier thematisierten Handlungsmöglichkeiten von Relevanz.

Mehr Antworten von kleineren Krankenkassen können neben größeren Präferenzunterschieden auch eine Ursache dafür sein, dass sich in diesem Teil der Befragung die ungewichteten Ergebnisse zum Teil massiv von denen bei einer Gewichtung nach Versicherten unterscheiden.

a) Bedeutung bestehender Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Wettbewerb

Instrumente zur Kostensenkung

510. Mit Hilfe von Literaturrecherchen und Experteninterviews wurden wichtige Instrumente der Krankenkassen zur Kostensenkung ermittelt. Im Rahmen der schriftlichen Befragung des Rates wurden die Krankenkassen dann gebeten, diese Instrumente auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu bewerten. Dabei waren gar nicht wichtige Maßnahmen mit „1“ zu kennzeichnen, weniger wichtige Maßnahmen mit „2“ bis hin zu äußerst wichtigen Maßnahmen, die mit „5“ beurteilt werden sollten.

In Abbildung 45 sind die Mittelwerte der Bewertungen auf der fünfstufigen Likert-Skala abgetragen. Mit einem Mittelwert von 4,8 liegt die Prüfung von Krankenhausrechnungen auf dem ersten Platz und dabei schon sehr nah am theoretischen Maximalwert von fünf. Die Werte liegen sehr nahe beieinander, was zeigt, dass sich die Krankenkassen in dieser Beurteilung weitgehend einig sind. Der GKV-Spitzenverband beziffert die potenziellen Einsparungen auf 1,1 bis 1,6 Milliarden Euro. Letzterer Wert ergäbe sich, wenn alle Krankenkassen die Rückerstattungsquoten der Krankenkassen mit den derzeit höchsten Quoten hätten. (GKV Spitzenverband 2010). In beiden Werten sind Abschreckungseffekte durch die Rechnungsprüfungen noch nicht enthalten.



n=87 Krankenkassen

Quelle: Eigene Darstellung

Mit großem Abstand vor weiteren Maßnahmen sind Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen das zweitwichtigste Instrument zur Kostensenkung. Auch hier zeigt sich große Einigkeit in der Beurteilung durch die Krankenkassen. Im Jahr 2010 beliefen sich die Einsparungen durch Rabatte auf über 1,3 Milliarden Euro (Angaben aus der KJ1). Die vorläufigen Rech-

nungsergebnisse der KV 45 weisen für das Jahr 2011 sogar Rabatte von über 1,6 Milliarden Euro aus.

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. Medizinische Untersuchungen zur Prüfung der Arbeitsunfähigkeit können Krankenkassen durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) erwirken. Neben den Krankenkassen können auch Arbeitgeber entsprechende Prüfaufträge erteilen, sodass nicht nur krankengeldrelevante Fälle betroffen sind. Die Prüfung von Arbeitsunfähigkeit war im Jahr 2010 mit 25,6 % der zweithäufigste Beratungsanlass des MDK hinter der Prüfung von Krankenhausleistungen (Anfrage des Sachverständigenrates beim MDK). 4,9 % aller Fälle von Arbeitsunfähigkeit wurden geprüft. Bei 15,2 % der Prüfungen kam der MDK dabei zu dem Ergebnis, dass keine Arbeitsunfähigkeit vorlag bzw. innerhalb von 14 Tagen nicht mehr vorliegen würde.

An vierter Stelle finden sich Prüfungen bei ambulanten Ärzten. Bisher dürften dabei insbesondere die Prüfung von Medikamentenverordnungen und mögliche, daraus ableitbare Regresse für die Krankenkassen von Interesse gewesen sein (§ 106 SGB V). Eine Prüfung der abgerechneten ambulanten ärztlichen Leistungen nach § 106a Abs. 3 SGB V hatte für die Krankenkassen oft keine Vorteile. Bis zur Umsetzung der Regelungen des GKV-VStG haben die Krankenkassen für jeden Versicherten einen bestimmten Betrag an die KVen gezahlt, der sich an der Leistungsanspruchnahme der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2009 orientierte. Erhöhte sich durch Falschabrechnungen (oder auch aus anderen Gründen) die Leistungsanspruchnahme der Versicherten einer Krankenkasse im Jahr 2010, führte dies nicht zu höheren Zahlungen der betroffenen Krankenkasse; Leidtragende waren letztlich andere Ärzte. Dies galt und gilt freilich nicht für die so genannten besonders förderungswürdigen Leistungen wie z. B. Prävention und ambulantes Operieren, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung MGv vergütet werden, sodass einer Krankenkasse potenzielle Erstattungsbeträge nach Rechnungsprüfungen immer voll zugute kommen. Nach Umsetzung der Regelungen des GKV-VStG wird die Bedeutung von Prüfungen bei niedergelassenen Ärzten noch zunehmen, da sich der Anteil einer Krankenkasse an der zu zahlenden MGv nach der Leistungsanspruchnahme ihrer Versicherten in den letzten vier Quartalen bestimmt.

An fünfter Stelle findet sich das Case Management. Durch auf individuelle Versicherte zugeschnittene Beratungs- und Koordinationsleistungen wird versucht, insbesondere ausgabenintensive Patienten besser, effektiver und günstiger zu behandeln. Von den bisher diskutierten Maßnahmen stellt das Case Management das intensivste Tätigwerden der Krankenkassen im Versorgungsmanagement dar.

An sechster Stelle folgen Verträge mit Hilfsmittelherstellern nach § 127 SGB V, die die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften, soweit dies wirtschaftlich und zweckmäßig ist, schließen können.

Weitere Prüfmaßnahmen folgen auf den Plätzen sieben, neun und zwölf. Als am effektivsten wird dabei die Prüfung von Heil- und Hilfsmittelverordnungen betrachtet. Im Jahr 2010 entfielen 521 211 bzw. 8,2 % aller versichertenbezogenen Stellungnahmen des MDK auf Hilfsmittel (Anfrage des Sachverständigenrates beim MDK). Es folgt das Management der Leistungspflicht anderer Sozialversicherungsträger. Beispielsweise könnte eine Krankenkasse erreichen, dass die

Behandlungskosten nach einem Arbeitsunfall von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden. Schließlich folgt die Bekämpfung sonstigen Fehlverhaltens im Gesundheitswesen, zu der die Krankenkassen nach § 197a SGB V gesetzlich verpflichtet sind. Ein wichtiger Teilaspekt ist hier der Missbrauch von Versichertenkarten.

Auf Platz acht liegen Effizienzsteigerungen in der krankenkasseneigenen Verwaltung. An zehnter Stelle befindet sich die kassenindividuelle Gestaltung der hausarztzentrierten Versorgung. Bei keinem anderen Instrument sind sich die Krankenkassen so uneinig. Einige Krankenkassen sehen die hausarztzentrierte Versorgung als äußerst wichtige Maßnahme zur Kostensenkung, während andere Krankenkassen dieses Instrument als wenig effektiv bewerten und in Freitextfeldern sogar darauf hinweisen, dass es sich um einen Kostentreiber handele.

Auf Platz elf im unteren Mittelfeld befinden sich Präventionsmaßnahmen. Die häufig geäußerte Auffassung, dass Prävention keinen wesentlichen Beitrag zur Kostensenkung leisten kann, scheint von den Krankenkassen geteilt zu werden.

Mit Mittelwerten unter drei 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 (DMPs) und zuletzt Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Die ungünstige Beurteilung von DMPs ist nicht überraschend, da die Krankenkassen faktisch nur sehr wenige Gestaltungsmöglichkeiten besitzen und die Programme verschiedener Kostenträger sich kaum unterscheiden. Die schlechte Bewertung von Verträgen zur besonderen ambulanten Versorgung ist konsistent mit den Befragungsergebnissen zu dieser Versorgungsform, in der insbesondere Mengenausweitungen durch die Leistungserbringer und Bereinigungsprobleme (mit der Folge von Doppelzahlungen) von den Krankenkassen beklagt wurden. Mehrere Krankenkassen haben in Freitextfeldern angemerkt, dass Verträge nach § 73c SGB V Kostentreiber seien.

Ebenfalls ungünstig bewertet werden Vereinbarungen mit Leistungserbringern über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 128 Abs. 6 SGB V. Dies gilt auch für Selektivverträge, aber hier können den Leistungserbringern wenigstens gewisse Mengenzusagen gemacht werden, wodurch diese möglicherweise zu Preisabschlüssen bereit sein könnten.

Die deutlich schlechteste Bewertung hat eine zurückhaltende Gewährung von Rehabilitationsleistungen erhalten. Hierbei könnte es sich freilich um sozial erwünschtes Antwortverhalten der Befragten handeln: Im Zeitraum der Befragung waren die Krankenkassen erheblicher Kritik für die partielle Verweigerung oder Erschwerung von Mutter- (bzw. Vater-) Kind-Kuren ausgesetzt.

Zur Vermeidung von ursprünglich befürchteten „Deckeneffekten“ (Krankenkassen könnten alle Maßnahmen als äußerst oder ziemlich wichtig bezeichnen) wurden die Krankenkassen zudem gebeten, die ihrer Ansicht nach fünf wichtigsten der 18 zur Auswahl stehenden Instrumente in eine Prioritätenreihenfolge von 1 (wichtigstes Instrument) bis 5 (fünfwichtigstes Instrument) zu bringen.

Die Auswertung dieser Prioritätsbewertungen ergibt ganz ähnliche Ergebnisse wie die Bewertung auf der fünfstufigen Likert-Skala. Alle vorderen Platzierungen sind identisch, auch der Abstand von Rechnungsprüfungen im Krankenhaus und Rabattverträgen ist genauso deutlich.

Ebenfalls auf dem letzten Platz liegt mit null Nennungen die zurückhaltende Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen. Auch die Meinungsunterschiede bei der Beurteilung der hausarztzentrierten Versorgung spiegeln sich hier wider: Von einigen Krankenkassen erhält sie eine sehr hohe Priorität, viele Krankenkassen nennen sie aber gar nicht. Die Bewertungen der Krankenkassen sind also in beiden Systemen vollkommen konsistent.

Bei einer Gewichtung der Antworten der Krankenkassen mit der Zahl ihrer Versicherten bleiben die ersten drei und der letzte Platz identisch. Auf dem vierten Platz werden Verträge mit Hilfsmittelherstellern etwas besser beurteilt. Dies könnte daran liegen, dass große Krankenkassen hierbei besser ihre Nachfragemacht nutzen können. Mit dem fünften Platz liegen auch die Effizienzsteigerungen in der Verwaltung etwas besser. Eine Ursache hierfür könnte darin bestehen, dass viele große Krankenkassen noch über ein vergleichsweise ausgebautes Filialnetz verfügen und eine relativ umfassende Personalausstattung unterhalten. Folglich könnten diese Krankenkassen hier größere Einsparmöglichkeiten als die seit jeher eher schlank aufgestellten kleinen Krankenkassen vermuten.

Etwas besser wird auch die hausarztzentrierte Versorgung beurteilt. Dies könnte darin begründet liegen, dass Krankenkassen mit höherem Marktanteil, wie z. B. viele AOKen, bessere Möglichkeiten zur Versorgungssteuerung durch diese Vertragsform sehen, die zu signifikanten Einsparungen bei Krankenhauseinweisungen und Medikamentenverordnungen führen können. Schlechter werden dagegen insbesondere Präventionsmaßnahmen und Vereinbarungen zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven beurteilt.

511. Auf weitere Fragen zur Prüfung von Krankenhausrechnungen antworteten 63 % aller Krankenkassen, dass sie eine spezielle Software zur Rechnungsprüfung nutzen; große deutlich häufiger als kleine. Beanstandungen der Krankenhausrechnungen versuchen die Krankenkassen im Allgemeinen soweit wie möglich ohne Einschaltung des MDK mit dem betroffenen Krankenhaus zu regeln. Die Einsicht in die Krankenakten ist den Krankenkassen aufgrund des bestehenden sozialrechtlichen Datenschutzes nicht möglich. 52 % der Krankenkassen wünschen sich eine unmittelbare Einsicht in die Krankenakten, davon erwarten 52 % der Krankenkassen erhebliche Einsparungen, 17 % dagegen eher moderate Einsparungen und 31 % trauen sich keine diesbezügliche Aussage zu. Ein weiteres abgefragtes Instrument zur Kostensenkung stellt die systematische Analyse (z. B. mit einem Scoring-Modell), ob bei Versicherten kostenintensive Ereignisse drohen, dar. Gefährdete Versicherte können dann z. B. im Rahmen eines Case Managements betreut werden.

Instrumente zur Steigerung der Versorgungsqualität und der Zufriedenheit der Versicherten

512. Neben den Instrumenten zur Kostensenkung wurden Maßnahmen zur Steigerung der Versorgungsqualität und der Zufriedenheit der Patienten untersucht. Auch hier wurden die Krankenkassen wiederum um eine Einschätzung auf einer fünfstufigen Likert-Skala gebeten. In Abbildung 46 sind die Mittelwerte dieser Einschätzungen abgetragen. 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. 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 als bei den Einsparpotenzialen.

Mit Mittelwerten unter drei wird die kassenindividuelle Gestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen und der hausarztzentrierten Versorgung schon eher kritisch beurteilt. Auch hier ist die Uneinigkeit der Krankenkassen bei der Beurteilung der hausarztzentrierten Versorgung am größten. Noch schlechter schneiden Vereinbarungen 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 bei dieser Frage erhebliche Unterschiede (Abbildung 46). Patienteninformation und -beratung scheint großen Krankenkassen besonders wichtig zu sein. Die Selektivvertragsoptionen integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V und besondere ambulante Versorgung können große Krankenkassen offensichtlich eher für Versorgungsverbesserungen nutzen.

Auffällig ist auch die deutlich bessere Platzierung strukturierter Behandlungsprogramme an vierter Stelle. Hier sind sich die Krankenkassen uneinig: Neun von zehn der an der Befragung teilnehmenden AOKen beurteilen dieses Instrument als ziemlich oder äußerst wichtig, deutlich mehr als bei anderen Kassenarten. Dieses Ergebnis ist konsistent mit den von Vertretern unterschiedlicher Kassenarten geäußerten Ansichten zu strukturierten Behandlungsprogrammen. Hauptsächlich stellen Studien aus dem AOK-Lager positive Qualitätseffekte von DMP fest, während es sich bei anderen Kassenarten nicht so verhält (Miksch et al. 2010; Linder 2011; Graf 2011; Schubert/Köster 2011).

Die Vermittlung von Zusatzversicherungen scheint bei großen Krankenkassen beliebter zu sein als bei kleinen. Dies könnte daran liegen, dass große Krankenkassen lukrativere Kooperationspartner für die private Assekuranz darstellen. Auffällig ist ferner, dass große Krankenkassen Wahltarife deutlich besser, Satzungsleistungen dagegen deutlich schlechter beurteilen als kleine. Genau wie im Hinblick auf Kostensenkungen stehen große Krankenkassen Präventionsmaßnahmen auch bezüglich Qualitätseffekten kritischer gegenüber. Überdies beurteilen sie Zuzahlungsermäßigungen wesentlich schlechter.



Abbildung 46: Instrumente zur Steigerung der Versorgungsqualität und der Zufriedenheit der Versicherten (ungewichtet)

n=87 Krankenkassen

Quelle: Eigene Darstellung



Abbildung 47: Instrumente zur Steigerung der Versorgungsqualität und der Zufriedenheit der Versicherten (Gewichtung nach Versicherten)

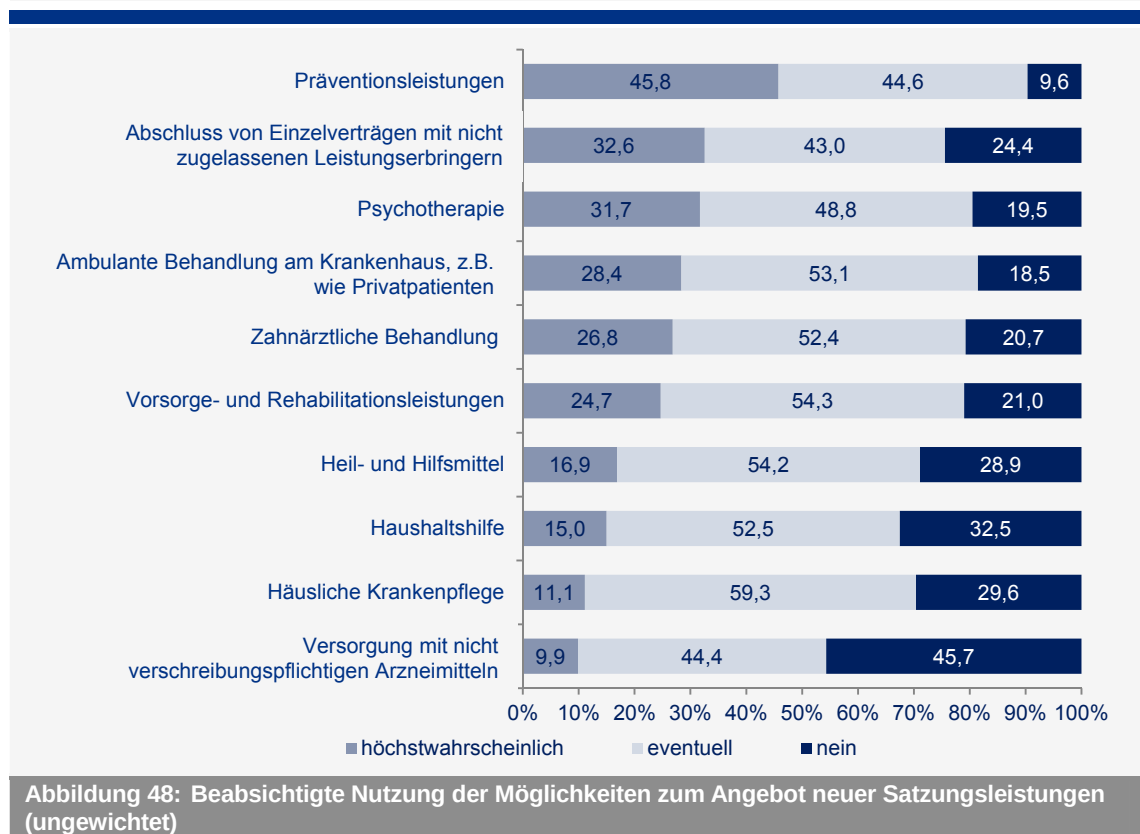
n=62 295 316 Versicherte

Quelle: Eigene Darstellung

513. Wegen der im GKV-VStG vorgesehenen Erweiterung der Möglichkeiten zum Angebot von Satzungsleistungen wurde dieses Instrument in der Befragung 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. Gewichtet nach Versicherten beträfe der Rückgang sogar 12,5 %. Bei diesen Ergebnissen ist allerdings zu bedenken, dass die meisten Krankenkassen ihre Antworten noch vor dem Inkrafttreten des GKV-VStG gegeben haben, so dass sie möglicherweise noch nicht sämtliche sich neu ergebenden Möglichkeiten komplett eruiert hatten.

Überdies wurden die Krankenkassen gefragt, welche Satzungsleistungen sie höchstwahrscheinlich, eventuell oder nicht anbieten würden, wenn sie hierzu die Möglichkeit hätten. Neben den im GKV-VStG vorgesehenen zusätzlichen Leistungen wurden auch Psychotherapie und ambulante Behandlung am Krankenhaus (z. B. wie Privatpatienten) zur Auswahl gestellt. Die folgende Abbildung zeigt die detaillierten Ergebnisse.



n=88 Krankenkassen

Quelle: Eigene Darstellung

Die Ergebnisse zum Angebot neuer Satzungsleistungen unterscheiden sich nur in wenigen Punkten, wenn die Antworten mit den Versichertenzahlen gewichtet werden (Abbildung A-8 im Anhang). Satzungsleistungen zu Haushaltshilfen und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln schneiden etwas besser ab, Psychotherapie dagegen etwas schlechter. Insgesamt ist der Anteil der Leistungen, die höchstwahrscheinlich erbracht werden, geringer. Dies könnte

wiederum Ausdruck der bereits zuvor konstatierten Skepsis größerer Krankenkassen gegenüber Satzungsleistungen sein.

514. Die zuvor diskutierten Leistungen könnten prinzipiell auch im Rahmen von Wahlтарifen gegen Zahlung einer Prämie durch die Versicherten angeboten werden. Bisher sind solche Zusatzleistungen gegen Prämie nur nach § 53 Abs. 5 SGB V bei Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen möglich. Der Vorteil von Wahlтарifen liegt darin, dass die Leistungen und damit auch die zu tragenden Kosten auf die Versicherten beschränkt werden können, die ein besonderes Interesse an ihnen haben. Dies entspricht dem Äquivalenzprinzip und erlaubt den Krankenkassen eine Segmentierung ihres Zusatzleistungsangebotes nach den Präferenzen ihrer Versicherten. Allerdings sind Satzungsleistungen mit geringerem Aufwand anzubieten als Wahlтарife, für die z. B. ein Nachweis der Wirtschaftlichkeit nach § 53 Abs. 9 SGB V erforderlich ist.

Die Krankenkassen wurden gefragt, ob sie die oben genannten Leistungen lieber im Rahmen von Wahlтарifen oder als Satzungsleistungen anbieten würden. Hier zeigen sich erneut die unterschiedlichen relativen Wertschätzungen kleiner und großer Krankenkassen für Satzungsleistungen und Wahlтарife. Beispielsweise könnte der administrative Aufwand bei Kalkulation, Genehmigung und Bekanntmachung von Wahlтарifen für viele kleine Krankenkassen stärker abschreckend wirken.

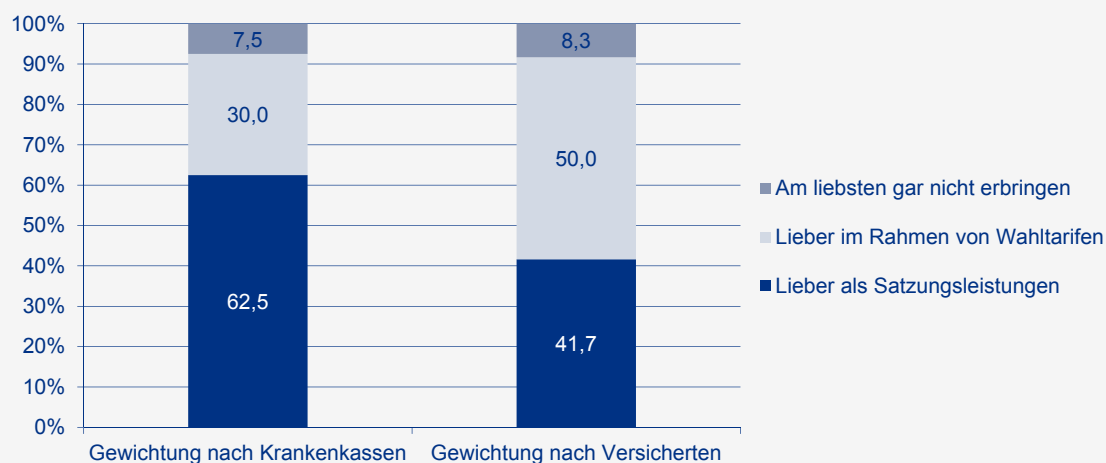


Abbildung 49: Präferenzen für Satzungsleistungen versus Wahlтарife

n=86 Krankenkassen bzw. 61 337 491 Versicherte

Quelle: Eigene Darstellung

Vertragskonditionen und Prämien-gestaltung für Wahlтарife sind im Gesetz genau geregelt. Die Mindestbindungsfristen betragen nach § 53 Abs. 8 SGB V ein bzw. drei Jahre. Die Prämienzahlungen an die Teilnehmer (z. B. bei Selbstbehalten) sind auf gewisse Maximalbeträge pro Jahr beschränkt. Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenkassen gefragt, ob sie sich größere Gestaltungsspielräume in diesen Bereichen wünschen.

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 von Wahltarifen. Bei einer Gewichtung nach Versicherten steigt dieser Wert auf 83 %.

Effizienz verschiedener Instrumente aus Sicht der Krankenkassen

515. Mehrere der betrachteten Instrumente der Krankenkassen eignen sich grundsätzlich sowohl zur Senkung von Kosten als auch zur Steigerung der Versorgungsqualität. Der Mittelwert dieser beiden Beurteilungen 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. Das Maß ist nur ein ungefähres, weil z. B. unbekannt ist, wie hoch die Zahlungsbereitschaft für einen bestimmten Zugewinn an Qualität ist.

Am effizientesten scheint demnach das Case Management zu sein. Dies ist umso bemerkenswerter, da dieses Instrument im Gegensatz zu den meisten anderen hier aufgeführten 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. Demnach 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 Ausreißerkassen nach oben verzerrt. Der Median liegt bei unter einem Prozent, sodass eher von etwa 700 000 Menschen, bei denen Case Management betrieben wird, ausgegangen werden sollte.

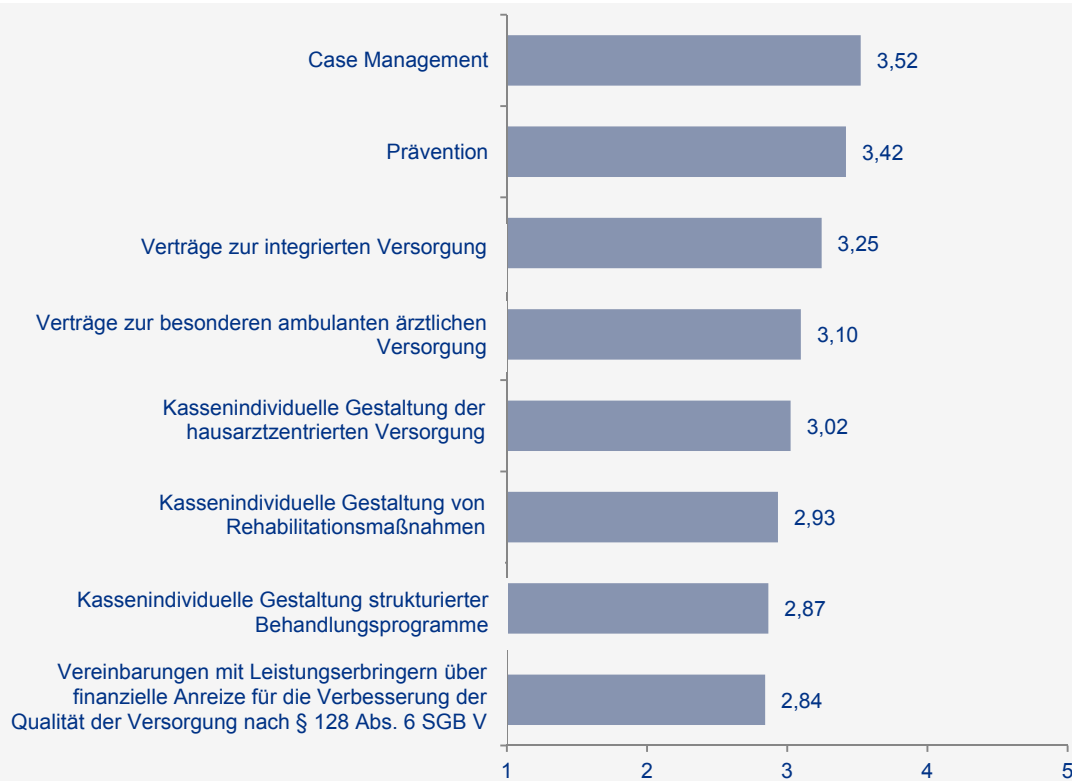


Abbildung 50: Effizienz verschiedener Instrumente der Krankenkassen (ungewichtet)

Quelle: Eigene Darstellung

Deutlich anders fallen die Ergebnisse aus, wenn die Antworten mit der Zahl der Versicherten gewichtet werden. Hierbei werden Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V als effizientestes Instrument gesehen. Auch die strukturierten Behandlungsprogramme schneiden deutlich besser ab. Hier zeigt sich wiederum der zuvor beschriebene „AOK-Effekt“. Ebenso wird die hausarztzentrierte Versorgung günstiger beurteilt.



Abbildung 51: Effizienz verschiedener Instrumente der Krankenkassen (Gewichtung nach Versicherten)

Quelle: Eigene Darstellung

Einstellung der Krankenkassen zum Zusatzbeitrag

516. 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. Daher wurden die Krankenkassen nach ihren Einstellungen zum Zusatzbeitrag auf einer vierstufigen Likert-Skala gefragt.

Große Einigkeit besteht darin, dass die Versicherten deutlich stärker auf den Zusatzbeitrag als auf die früheren Beitragssätze reagieren (Abbildung 52). Nach Ansicht von 87 % der Krankenkassen trifft dies voll oder überwiegend zu. Dies haben inzwischen auch empirische Untersuchungen belegt (Abschnitt 8.2).

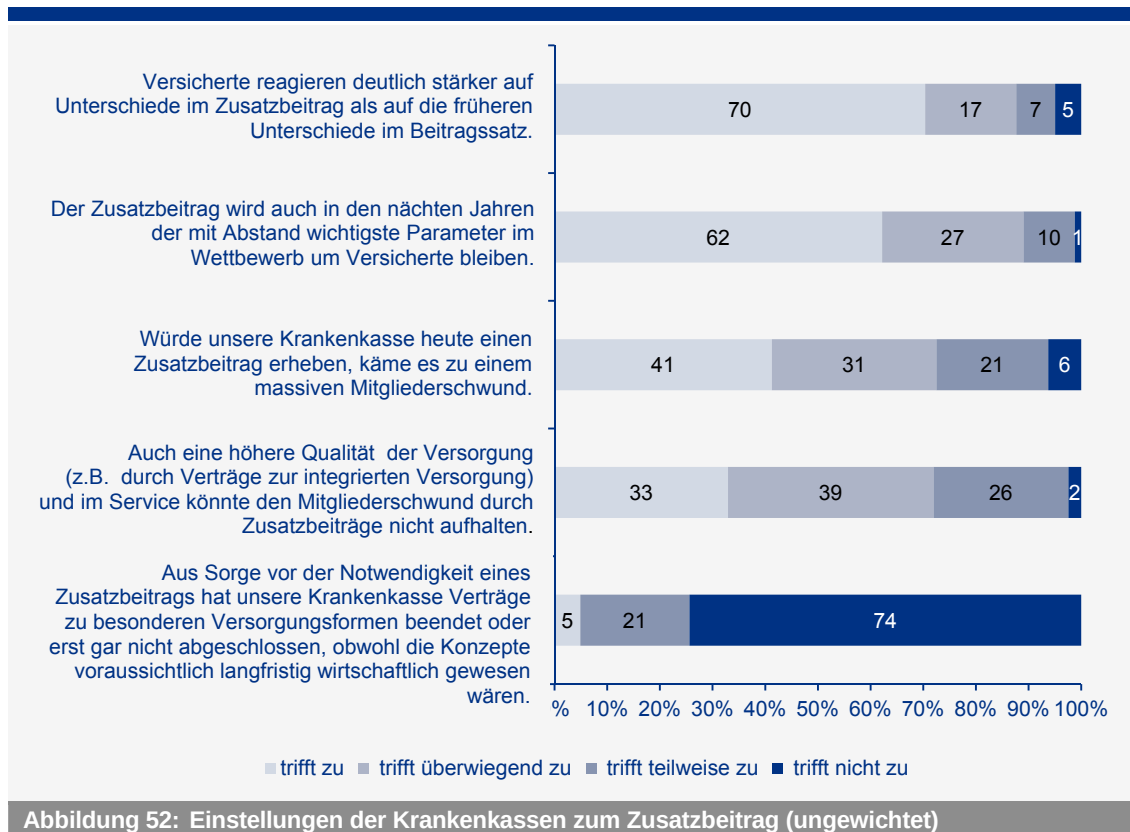


Abbildung 52: Einstellungen der Krankenkassen zum Zusatzbeitrag (ungewichtet)

n=81 Krankenkassen

Quelle: Eigene Darstellung

Ein umgekehrtes Bild ergibt sich aber, wenn die Krankenkassen nach ihrem tatsächlichen Verhalten befragt werden. Nur 5 % geben an, dass sie aus Sorge vor der Notwendigkeit eines Zusatzbeitrags schon einmal Verträge zu besonderen Versorgungsformen beendet oder erst gar nicht abgeschlossen haben. Keine einzige Krankenkasse gibt an, dass dies überwiegend zutrifft. 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 verfügten, dass der Zusatzbeitrag für sie keine reale Bedrohung darstellt. Nicht völlig ausgeschlossen werden kann ferner, dass es sich um sozial erwünschtes Antwortverhalten handelt. Dies würde aber im Widerspruch zu vielen kritischen Anmerkungen an anderen Stellen der Befragung stehen.

Die Ergebnisse zu den Einstellungen zum Zusatzbeitrag ändern sich nicht wesentlich, wenn die Antworten nach Versicherten gewichtet werden. Die Bedeutung des Zusatzbeitrags für den Wettbewerb wird in diesem Fall noch etwas größer eingeschätzt.

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 nach § 140a-d SGB V und zur besonderen ambulanten Versorgung gefragt wurde.

Insgesamt wird eine sehr differenzierte Sichtweise der Krankenkassen auf den Zusatzbeitrag deutlich. Die geringe Relevanz des Zusatzbeitrages für das Vertragshandeln der Mehrheit der Krankenkassen zeigt sich auch darin, dass die allermeisten der in Kapitel 7 untersuchten Indikatoren zu Vertragszahlen, Teilnehmerzahlen und Ausgaben für die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V und die besondere ambulante Versorgung als auch für die strukturierten Behandlungsprogramme ganz überwiegend nicht rückläufig sind und teilweise sogar erheblich ansteigen. Von einem Zurückfahren sämtlicher Aktivitäten der Krankenkassen zur Versorgungssteuerung kann daher keine Rede sein.

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 zeigt sich auch darin, 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

517. 79 % aller Krankenkassen haben im Rahmen der Befragung angegeben, dass sie gerne einen größeren Anteil ihrer Ausgaben selbst gestalten würden (n=81 Krankenkassen). 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 die ganz kleinen Krankenkassen keinen verschärften Wettbewerb möchten.

Konkreter wurden die Krankenkassen gebeten, eine Prioritätenreihenfolge von 1 bis 10 (mit 1 = höchste Priorität, 10 = niedrigste Priorität) für zehn verschiedene, zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht gegebene Handlungsoptionen zu bilden.²⁶⁴ Einige der abgefragten Maßnahmen waren bereits als Bestandteil des GKV-VStG vorgesehen, bei anderen war keine Umsetzung in naher Zukunft zu erwarten. Durch diese Zusammenstellung kann auch eingeschätzt werden, inwieweit die Änderungen durch das GKV-VStG den Reformprioritäten der Krankenkassen entsprechen. Die Mittelwerte dieser Einschätzung sind in Abbildung 53 jeweils ungewichtet und mit der Versichertenzahl gewichtet dargestellt.

Bei den ungewichteten Antworten genießt das selektive Kontrahieren mit Krankenhäusern, das allerdings bisher nur im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V möglich ist, die höchste Priorität. Zu diesem Themenkomplex wurden noch weitere Untersuchungen durchgeführt (s. u.). 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

²⁶⁴Die Berechnung von Mittelwerten setzt Äquidistanz zwischen den verschiedenen Prioritäten voraus. Diese Annahme ist nicht unproblematisch, so dass die hier präsentierten Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren sind.

selektivvertragliche Steuerung vorgesehen, obwohl sich gerade diese Leistungen gut hierfür eignen würden (vgl. Abschnitt 6.3). 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. Auch die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist bei den Krankenkassen wenig beliebt, möglicherweise, weil die Aufgabe oft unbeliebte Entscheidungen erfordert und sich sehr aufwändig gestalten kann. Eine noch geringere 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.

Bei einer Gewichtung der Antworten mit der Zahl der Versicherten ändert sich die Prioritätenfolge nur geringfügig. Möglichkeiten zu selektivem Kontrahieren gewinnen noch mehr an Bedeutung, da große Krankenkassen verbesserte Möglichkeiten zum Vertragsmanagement besitzen. Erneut schneiden Wahlтарife bei dieser Gewichtung etwas besser ab als Satzungsleistungen. Auch der Innovationsfonds wird positiver beurteilt. Möglicherweise erwarten größere Krankenkassen eher eine Zuteilung zu erhalten.

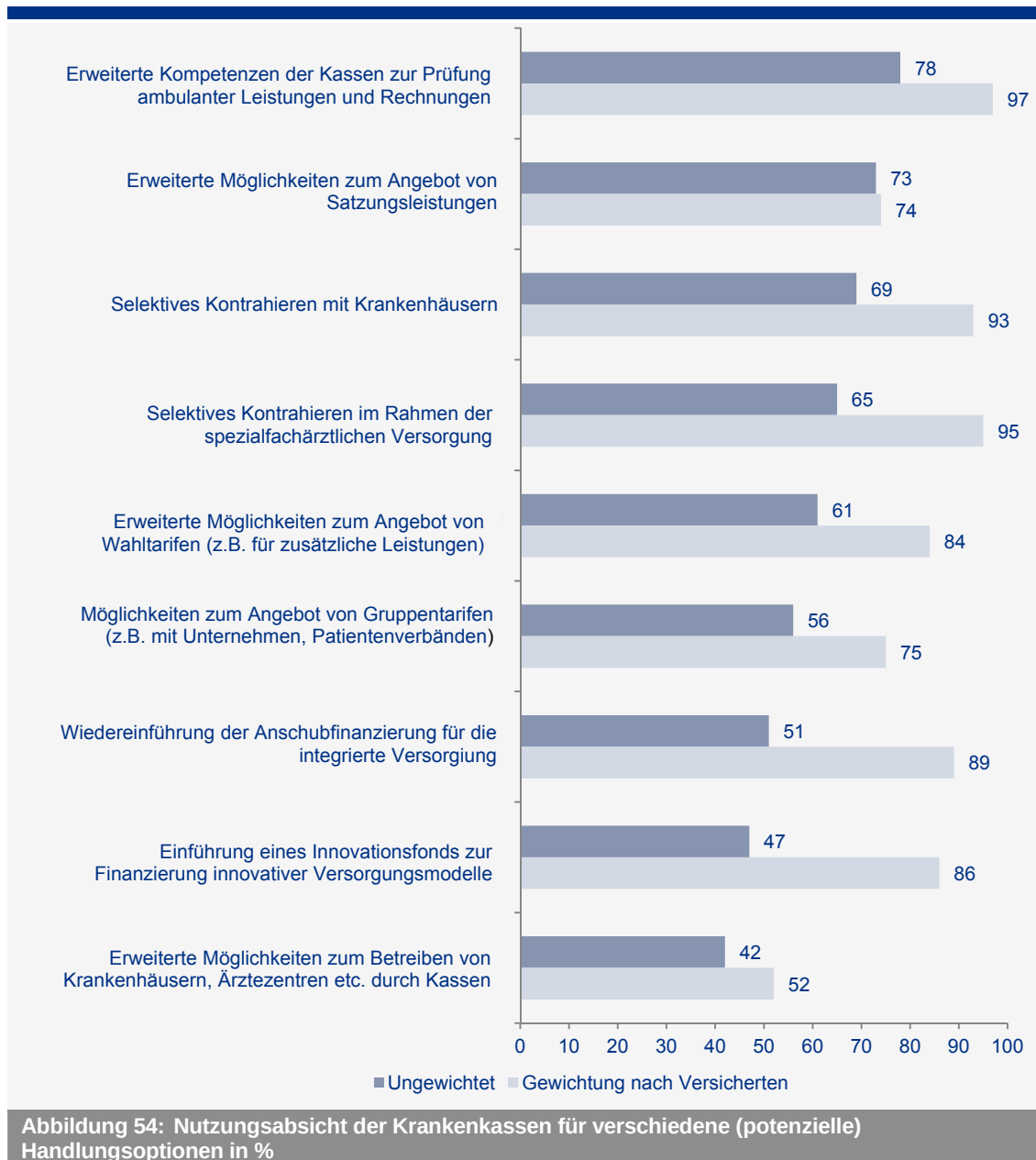


Abbildung 53: Von den Krankenkassen gewünschte Handlungsmöglichkeiten (Mittelwerte)

n=78 Krankenkassen (ungewichtet) bzw. n=61 245 914 Versicherte (gewichtet)

Quelle: Eigene Darstellung

Zusätzlich zu einer Einschätzung der Priorität einer möglichen Reformmaßnahme sollten die Krankenkassen auch angeben, ob sie die dadurch geschaffenen Handlungsmöglichkeiten auch tatsächlich nutzen würden. Die Rangfolge gemäß dem Anteil der Krankenkassen, die die erweiterten Möglichkeiten auch nutzen würden, ist nicht identisch mit der Rangfolge nach dem Mittelwert der Prioritäten. Dieses Ergebnis kann aber durchaus mit einem konsistenten Antwortverhalten vereinbar sein. Beispielsweise kann eine Maßnahme für Krankenkassen eine vergleichsweise geringe Priorität haben, aber im Falle einer Umsetzung würden sie sich aus Wettbewerbsgründen gezwungen sehen, diese Möglichkeiten zu nutzen.



n=78 Krankenkassen (ungewichtet) bzw. n=61 245 914 Versicherte (gewichtet)

Quelle: Eigene Darstellung

Selektives Kontrahieren

518. Die Befragung umfasste auch weitere Untersuchungen zum selektiven Kontrahieren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Zu diesem Zweck wurden sowohl Krankenkassen als auch Krankenhäuser gefragt, ob sie verschiedene Varianten des selektiven Kontrahierens nutzen würden, wenn hierzu die Möglichkeit bestünde.

Die Befragung der Krankenhäuser zu diesem Thema hat schon bei der Erhebung für einiges Aufsehen gesorgt. Mehrere Landeskrankenhausesgesellschaften rieten ihren Mitgliedern, insbesondere wegen dieser Fragestellung nicht an der Erhebung des Sachverständigenrates teilzunehmen.

Teilweise wurde auch dazu aufgerufen, diese spezielle Frage nicht zu beantworten. Mit 489 liegt die Zahl der antwortenden Krankenhäuser bei dieser Frage in der Tat um fast 200 unter der Zahl antwortender Häuser bei anderen Fragen. Dennoch sind fast 500 Antworten auch ohne diese Umstände eine immer noch hohe Responserate, die statistisch aussagekräftige Ergebnisse sichern kann. Bei den in Abbildung 55 dargestellten Werten für die Krankenhäuser muss aber beachtet werden, dass diese durch die Boykottaufrufe verzerrt sein können. Die tatsächliche Anzahl der Krankenhäuser, die die jeweiligen Varianten des selektiven Kontrahierens praktizieren würden, dürfte noch höher liegen.

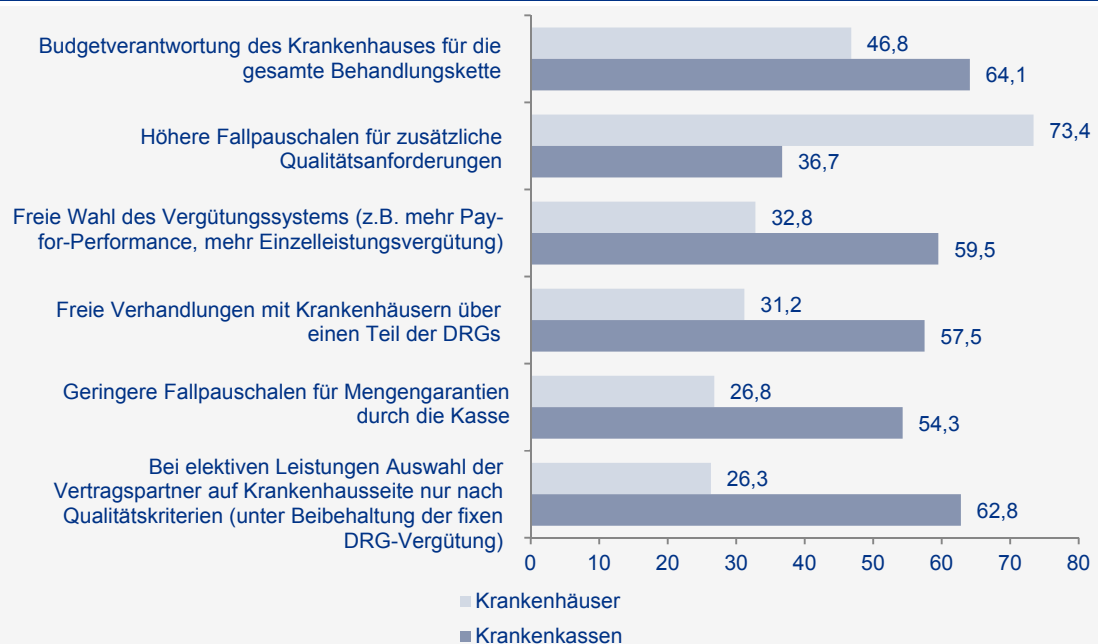


Abbildung 55: Zustimmung zu verschiedenen Varianten des selektiven Kontrahierens bei Krankenhäusern und Krankenkassen in Prozent

n=489 Krankenhäuser und 80 Krankenkassen

Quelle: Eigene Darstellung

Die erwartungsgemäß höchste Zustimmung bei den Krankenhäusern finden mit 73 % höhere 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.

An dritter Stelle in der Beurteilung sowohl bei Krankenkassen als auch bei Krankenhäusern liegt die freie Wahl des Vergütungssystems, gefolgt von freien Verhandlungen über einen Teil der DRGs. Unbeliebter bei den Krankenhäusern sind geringere Fallpauschalen im Gegenzug für

Mengengarantien durch die Krankenkassen. Aber auch bei den Krankenkassen liegt diese Variante an vorletzter Stelle.

Die mit 63 % zweithöchste Zustimmung bei den Krankenkassen findet die Auswahl der Krankenhäuser nach Qualitätskriterien (bei elektiven Leistungen). Mit 26 % ist hier die Zustimmung der Krankenhäuser aber am geringsten, so dass hier 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 wettbewerbspolitischen Perspektiven des Zusatzbeitrages

519. Wie bereits theoretische Überlegungen zum Wettbewerb der Krankenkassen im Versicherungsbereich nahelegten (siehe oben unter 7.1), intensivieren die Zusatzbeiträge im Vergleich zum vorangegangenen System mit differenzierten kassenspezifischen Beitragssätzen den Krankenkassenwechsel der Versicherten und damit auch den preislichen Wettbewerb auf der Einnahmenseite der GKV. Dabei überraschte weniger die Erhöhung der Preissensibilität der Versicherten bzw. Mitglieder als solche, sondern vielmehr ihr Ausmaß, das für einige Krankenkassen zu einer existenziellen Bedrohung führte. Die Gründe für diese Erhöhung der Preissensibilität liegen zwar primär, aber nicht nur darin, dass

- die Arbeitnehmer nicht hälftig, sondern alleine die Zusatzbeiträge zahlen und sich die Beitragsdifferenzen dadurch verdoppeln können,
- die Arbeitgeber die Zusatzbeiträge nicht automatisch einziehen und
- Absolutbeträge im Vergleich zu Prozentsätzen eine höhere Merkhlichkeit besitzen.

Teile der Politik und der Medien trugen ihrerseits zu dieser starken Verschärfung des Preiswettbewerbs im Versicherungsbereich bei, indem sie den Zusatzbeitrag als einen Indikator der Ineffizienz stigmatisierten. Diese Einstufung des Zusatzbeitrages schließt schon grundsätzlich aus, dass es einer Krankenkasse gelingen könnte, über differenzielle Vorzüge auf der Leistungsseite einen (ggf. auch überdurchschnittlichen) Zusatzbeitrag zu kompensieren.

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. Hierzu hätte es größerer Spielräume zur Leistungsdifferenzierung im Versorgungsbereich sowie deutlicher und transparenter Qualitätsunterschiede zugunsten einer solchen Krankenkasse bedurft.

520. 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. Dagegen folgte die Leistungsseite erst mit einem großen Abstand und nur Versicherte ohne Wechselinteresse bzw. -erfahrung legten hierauf einen besonderen Wert. Qualitätsunterschiede zwischen den Leistungsangeboten spielten – sofern überhaupt vorhanden – schon wegen ihrer mangelnden Transparenz eine deutlich geringere wettbewerbliche Rolle. Insofern dominierte schon vor Einführung der Zusatzbeiträge der Preiswettbewerb im Versicherungs- und Leistungsbereich eindeutig den Qualitätswettbewerb im Rahmen der Versorgung. 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. Dabei kann die Lösung nicht darin bestehen, einen wirksamen Preiswettbewerb im Versicherungs- und Leistungsbereich, der beitragsenkend wirkt, zugunsten eines Qualitätswettbewerbs zu be- oder gar zu verhindern. Es gilt aus zielorientierter Sicht jedoch 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.

521. 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. Es erscheint nicht unwahrscheinlich, dass sich auch im nächsten Jahr kaum eine Krankenkasse gezwungen sieht, einen Zusatzbeitrag zu erheben. Einige Krankenkassen verfügen über derart hohe Rücklagen, dass sie vermutlich noch über das Jahr 2013 hinaus einen Zusatzbeitrag vermeiden können. 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 im nächsten Jahr erheblich abschwächt. Gleichzeitig sehen die Leistungserbringer bessere Chancen, ihre Vorstellungen im Bereich der Vergütung zu realisieren. Gleichwohl dürfte der Preiswettbewerb im Leistungsbereich weitgehend auf dem derzeitigen Niveau erhalten bleiben, denn entsprechende Erfolge versetzen die Krankenkassen finanziell in die Lage, die Einführung eines Zusatzbeitrages weiter hinauszuzögern. Aus dieser Perspektive dient der heutige Preiswettbewerb im Leistungsbereich den Krankenkassen dazu, den künftig drohenden Zusatzbeitrag möglichst lange hinauszuschieben.

522. Krankenkassen, die derzeit – auch dank der unerwartet günstigen konjunkturellen Entwicklung – beachtliche Überschüsse erzielen, können diese grundsätzlich dazu nutzen, um

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

523. Dabei drängen Teile der Politik die Krankenkassen dazu, Prämien auszuschütten und auf diese Weise die Beiträge ihrer Mitglieder zu reduzieren. Zudem sieht das Finanzministerium angesichts der Finanzausstattung des Gesundheitsfonds und der schon vorhandenen Rücklagen der Krankenkassen die Chance, den Steuerzuschuss zur GKV zu reduzieren und auf diese Weise einen Beitrag zur Konsolidierung des Bundeshaushalts zu leisten.

Diese politischen Bestrebungen gefährden die Planungssicherheit der Krankenkassen und bedrohen ihren Entscheidungsspielraum. Über den Bundeszuschuss zur GKV und seine Höhe lässt sich sicherlich trefflich streiten. Einmal gewährt, sollte er im Sinne einer Planungssicherheit der Krankenkassen aber nicht von der momentanen finanziellen Lage des Gesundheitsfonds und der Mehrzahl der Krankenkassen – nicht alle verfügen über erhebliche Rücklagen – sowie den Konsolidierungserfordernissen des Bundeshaushalts abhängen. Aus ordnungspolitischer Sicht sollte der Bundeszuschuss unabhängig von seiner jeweils gewählten Form und Höhe dauerhaft verankert werden, um den Krankenkassen für ihre Entscheidungen auf der Finanzierungs- und Leistungsseite stabile Rahmenbedingungen zu gewähren.

524. 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, so dass 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.

525. 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:

- Reduktion des Steuerzuschusses bei gegebenem allgemeinen Beitragssatz von 15,5%,
- Senkung des allgemeinen Beitragssatzes bei gleichbleibendem Steuerzuschuss,
- Rückkehr zum System unterschiedlicher Beitragssätze (ggf. mit hälftiger Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer) sowie

- Verpflichtung der Krankenkassen zu Prämienzahlungen, wenn ihre Rücklagen die zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit nach § 261 Abs. 2 geforderten Reserven um einen bestimmten Prozentsatz übersteigen.

Die Senkung des Steuerzuschusses mit dem Ziel, einen Zusatzbeitrag zu generieren und damit die Wechselbereitschaft der Versicherten zu erhöhen und den Wettbewerb im Versicherungsbereich zu intensivieren, stellt unter ordnungspolitischen Aspekten eine fragwürdige Maßnahme dar. Der Abbau des Steuerzuschusses ginge letztlich auf die Intentionen des Finanzministeriums zurück, einen Beitrag zur Konsolidierung des Bundeshaushaltes von der GKV einzufordern.

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 keinen hektischen Krankenkassenwechsel erzeugen. Zu einer solchen Finanzierungsreform konnte sich der Gesetzgeber bei Einführung des Gesundheitsfonds aber nicht entscheiden und hierzu besteht – unabhängig von der Ziel- und Systemkonformität einer solchen Maßnahme – 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. Zunächst verzerrt die hälftige Finanzierung das Preissignal für die Versicherten und schwächt damit im Versicherungsbereich grundsätzlich die Wettbewerbsintensität.²⁶⁵ Ferner neigten die Krankenkassen auch in diesem System, d. h. vor 2010, zur Bildung von Rücklagen, die über die gesetzlich geforderten Reserven hinausgingen, um im Sinne einer Stetigkeit das Senken und Erhöhen von Beitragssätzen möglichst einzuschränken. Zudem dominierte auch vor Einführung des Gesundheitsfonds mit den Zusatzbeiträgen der Beitragssatz- den Qualitätswettbewerb, d. h. letzterer spielte auch in diesem System nur eine untergeordnete Rolle. Schließlich bildeten, wie die Ergebnisse der entsprechenden Befragung der Krankenkassen zeigen (siehe hierzu 7.6), die Zusatzbeiträge nicht eines der zentralen Hindernisse für die Inangriffnahme integrierter Versorgungsmodelle.

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 auch der wettbewerblichen Idee bzw. 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. Der

²⁶⁵ Dies ließe sich allerdings auch in diesem System mit einer Fixierung oder Normierung des Arbeitgeberbeitragsatzes vermeiden.

Zwang zur Ausschüttung von Prämien erhöht, wie oben ausgeführt, für eine Krankenkasse die Wahrscheinlichkeit, künftig früher einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen und schränkt damit ihre autonome Planung und deren Sicherheit ein. Letztere stellt aber eine wesentliche Voraussetzung für Engagements im Leistungsbereich dar, die wie innovative Versorgungsformen eine längerfristige Orientierung aufweisen.

526. 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 in wettbewerblicher Hinsicht 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 im Vergleich zum geltenden System eher ungünstigere Voraussetzungen schaffen.

Sofern sich einzelne Krankenkassen ab 2014 wieder gezwungen sehen, Zusatzbeiträge zu erheben, kommt es im Sinne der Stärkung eines Qualitäts- und Leistungswettbewerbs darauf an, die Zusatzbeiträge nicht wieder per se als Indikatoren ineffizienter Krankenkassen zu stigmatisieren. Sie bilden zwar im Versicherungsbereich ein erwünschtes Preissignal, aber eine Krankenkasse mit (überdurchschnittlichen) Zusatzbeiträgen sollte zumindest prinzipiell die Chance besitzen, diesen preislichen Nachteil durch präferenzgerechte Angebote, innovative Versorgungsprojekte und besondere Leistungsqualitäten zu kompensieren. Dies setzt bestimmte Bedingungen, insbesondere Möglichkeiten zur Differenzierung im Leistungsmarkt, d. h. im Vertragsgeschäft zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, voraus (siehe oben unter Kapitel 7). Angesichts der in dieser Hinsicht noch sehr rudimentären Ausgangssituation dürfte sich diese vom Rat gewünschte Entwicklung nicht ad hoc realisieren lassen, denn das Schwergewicht des Krankenkassenwettbewerbs lag bisher sehr einseitig auf der Preis- bzw. Beitragskomponente. 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 stärker zu fördern und mit dem Ziel eines funktionsfähigen Qualitätswettbewerbs für die Versicherten transparenter zu machen.

8.5 Literatur

- Andersen, H. und Grabka, M. (2006): 10 Jahre freie Kassenwahl: Sozio-ökonomische Profile – Mehrfachwechsel – Präferenzen. Gesundheits- und Sozialpolitik, 7-8: 19-28.
- Andersen, H.; Grabka, M. und Schwarze, J. (2007): Beitragssatz, Kassenwettbewerb und Gesundheitsreform, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 227(5-6): 429-450.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2011): Endgültige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung: KJ1-Statistiken.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2012): Mitglieder und Kranke (der gesetzlichen Krankenversicherung) – KM1-Statistik.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2012): Vierteljährliche Statistiken über Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung: KV45-Statistiken.
- Böcking, W., Göpfert, P., Merker, N. und Kirch, W. (2002): The Relevance of Price in a Customer's Choice of Statutory Health Insurance Providers in Germany. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 10: 242-251.
- Continentale (2011): Continentale-Studie 2011: Risiko Pflegebedürftigkeit – viele Sorgen, keine Vorsorge. Dortmund.
- Deloitte, Center for Health Solutions (2011): Das deutsche Gesundheitssystem aus Sicht der Patienten und Versicherten – Studienergebnisse 2011. www.deloitte.com/centerforhealthsolutions (30.03.2012).
- Deutsche BKK (2011): Kundenbedürfnisse und -erwartungen - Ergebnisse der repräsentativen Mitgliederbefragung 2010, unveröffentlichte Präsentation, Wolfsburg 2011.
- Drösler, S., Hasford, J., Kurth, B.M., Schaefer, M., Wasem, J. und Wille, E. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Bonn.
- Eibich, P., Schmitz, H. und Ziebarth, N. (2011): Zusatzbeiträge erhöhen die Preistransparenz – Mehr Versicherte wechseln die Krankenkasse, in: DIW Wochenbericht Nr. 51/52, S. 3-12.
- forsa (2010): TK-Meinungspuls Gesundheit 2010 - Beurteilung des deutschen Gesundheitssystems und des Gesundheitsfonds, Studie im Auftrag der Techniker Krankenkasse, unveröffentlichte Präsentation.
- GKV-Spitzenverband (2010): GKV-SV-Argumentationspapier Abrechnungsprüfungen in Krankenhäusern.
- Graf, C. (2011): Evaluation von Disease-Management-Programmen – am Beispiel des DMP Diabetes der BARMER, DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 136(S 02): S64.
- IGES Institut (2009): Kompass Gesundheit – Mentalität und Erleben. Ansprüche und Präferenzen. Ergebnisreport 2009, Berlin.
- IGES Institut (2010): Kompass Gesundheit – Mentalität und Erleben. Ansprüche und Präferenzen (2. Ausgabe, Fokus „Versorgungsmanagement aus Mitgliedersicht“), Berlin.
- IGES Institut (2011): Kompass Gesundheit – Mentalität und Erleben. Ansprüche und Präferenzen (3. Ausgabe, Fokus „Bedeutung von Tests und Gütesiegeln aus Mitgliedersicht“), Berlin.
- IMK (Institut für angewandte Marketing- und Kommunikationsforschung GmbH) (2010): TK-Trendmonitor Gesundheit - Ergebnisbericht, unveröffentlichte Präsentation.
- Janssen-Cilag (2011): Stimmungsbarometer Gesundheitswesen - Was will der Bürger?
- Linder, R. (2011): Wirkt DMP qualitätsverbessernd? Eine empirische Untersuchung mittels Routinedaten, DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 136(S 02): S65.
- Miksch, A., Laux, G., Ose, D., Joos, S., Campbell, S., Riens, B. und Szecsenyi, J. (2010): Is There a Survival Benefit Within a German Primary Care-Based Disease Management Program?, The American Journal of Managed Care 16(1): 49-54.
- MLP (2011): Gesundheitsreport (hrsg. im Auftrag der Bundesärztekammer und dem Institut für Demoskopie Allensbach), Berlin.
- produkt+markt (2009): „Gute Versorgung“ - als mögliches weiteres Aktionsfeld für die AOK Niedersachsen, Studie im Auftrag der AOK Niedersachsen, unveröffentlichte Präsentation.

- PWC (2011): GKV im Wettbewerb: Was ist wirklich relevant?, Frankfurt.
- Rheingold (2008): Qualitative Wirkungsanalyse zur Gestaltung des Versicherungsschutzes bei der SBK - Ergebnisse, unveröffentlichte Präsentation.
- Schmitz, H. und Ziebarth, N. (2011): In absolute or relative terms? How framing prices affects the consumer price sensitivity of health plan choice, SOEPPaper 423, DIW Berlin.
- Schubert, I. und Köster, I. (2011): Versorgungsmonitoring mit Routinedaten am Beispiel Diabetes mellitus. DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 136(S 02): S63.
- Schwarze, J. und Andersen, H. (2001): Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz?, in: Schmollers Jahrbuch, 121(1-4): 581-602.
- tns infratest (2010): Mitgliederpräferenzen im Krankenversicherungsmarkt, Studie im Auftrag der Techniker Krankenkasse, unveröffentlichtes Manuskript.
- Töpfer, A. und Opitz, F. (2010): Servicequalität aus Sicht der GKV-Versicherten gestiegen. Ergebnisse des M+M Versichertenbarometers 2010, Die Krankenversicherung: 265-268.
- Töpfer, A. und Opitz, F. (2011): Stärkeres Kostenbewusstsein und Preis-Leistungs-Denken von Versicherten – Realität oder Fata Morgana?, Die Krankenversicherung: 215-220.
- Trosky, A. (2012): BKK: sympathisch und servicestark. Die BKK, 2: 64-70.
- Wasem, J., Buchner, F. und Wille, E. (2008): Gutachten nach § 272 Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB V, Essen, Feldkirchen und Mannheim 09.04.2008.
- Zok, K. (2009): Erwartungen an die GKV nach Einführung des Gesundheitsfonds, WIdO-monitor – Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK 6(1): 1-8.
- Zok, K. (2011): Reaktionen auf Zusatzbeiträge in der GKV – Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage, WIdO-monitor – Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK 8(1): 1-8.

Anhang

Anhang zu Kapitel 4

Leistungserbringung der Krankenhäuser an der Schnittstelle ambulant-stationär	Anteil aller Krankenhäuser > 50 Betten
Existenz Patienteninformationszentrum (PIZ) (n=596)	18,0%
Betreiben von Case Management (n=613)	47,3%
Betreiben von systematischem (pflegerischem oder sonstigem) Entlassungs- oder Überleitungsmanagement (n=614)	78,2%
Implementierung Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP) (n=549)	44,8%

Tabelle A-1: Leistungserbringung von Krankenhäusern (%-Anteil von allen Krankenhäusern mit über 50 Betten)

Quelle: Eigene Berechnung

	bis 149 Betten	150 – 299 Betten	300 – 499 Betten	ab 500 Betten	Signifikanz (p=)
<i>n</i>	173	199	138	114	
<i>Durchschnittliche Bettenzahl</i>	100	211	383	882	0,000
Patienteninformationszentrum	12,0%	15,1%	21,1%	28,3%	0,004
Case Management	35,9%	39,6%	54,6%	69,7%	0,000
Entlassungs- oder Überleitungsmanagement	70,9%	74,3%	80,8%	88,8%	0,003
Expertenstandard Pflege	34,7%	43,3%	50,0%	57,7%	0,003

Tabelle A-2: Einfluss der Bettenzahl

Quelle: Eigene Berechnung

	Öffentlicher Träger	Freigemeinnütziger Träger	Privater Träger	Signifikanz (p=)
<i>n</i>	273	242	142	
<i>Durchschnittliche Bettenzahl</i>	462	265	217	0,000
Patienteninformationszentrum	17,4%	19,5%	16,5%	0,741
Case Management	55,9%	44,6%	36,1%	0,001
Entlassungs- oder Überleitungsmanagement	80,2%	79,9%	71,3%	0,095
Expertenstandard Pflege	47,5%	49,0%	32,5%	0,008

Tabelle A-3: Einfluss der Trägerschaft

Quelle: Eigene Berechnung

Anhang zu Kapitel 7.6

Gründe	Mittelwert	Standardabweichung
Zu hohe Kosten (z.B. für Kooperation, Vertragsmanagement)	3,67	1,30
Zu geringe Teilnehmeranzahl	3,58	1,29
Mengenausweitungen durch die Leistungserbringer	3,04	1,30
Zu langer Amortisationszeitraum	3,00	1,31
Fehlendes Interesse oder Skepsis bei den Patienten	2,79	1,41
Qualitätskontrolle gestaltet sich schwierig	2,79	1,14
Probleme in der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern (z.B. Krankenhäuser)	2,76	1,27
Bestehende Regelungen zur Budgetbereinigung	2,41	1,24
IT-Probleme	2,31	1,29
Konflikte der Leistungserbringer untereinander, z.B. bei der Honoraraufteilung	2,16	1,12
Konflikte mit nicht teilnehmenden Leistungserbringern	1,91	1,12
Kooperationsprobleme mit anderen Krankenkassen	1,70	0,82

Tabelle A-4: Gründe für die Beendigung von Verträgen (ungewichtet)

n=84 Krankenkassen

Quelle: Eigene Berechnungen

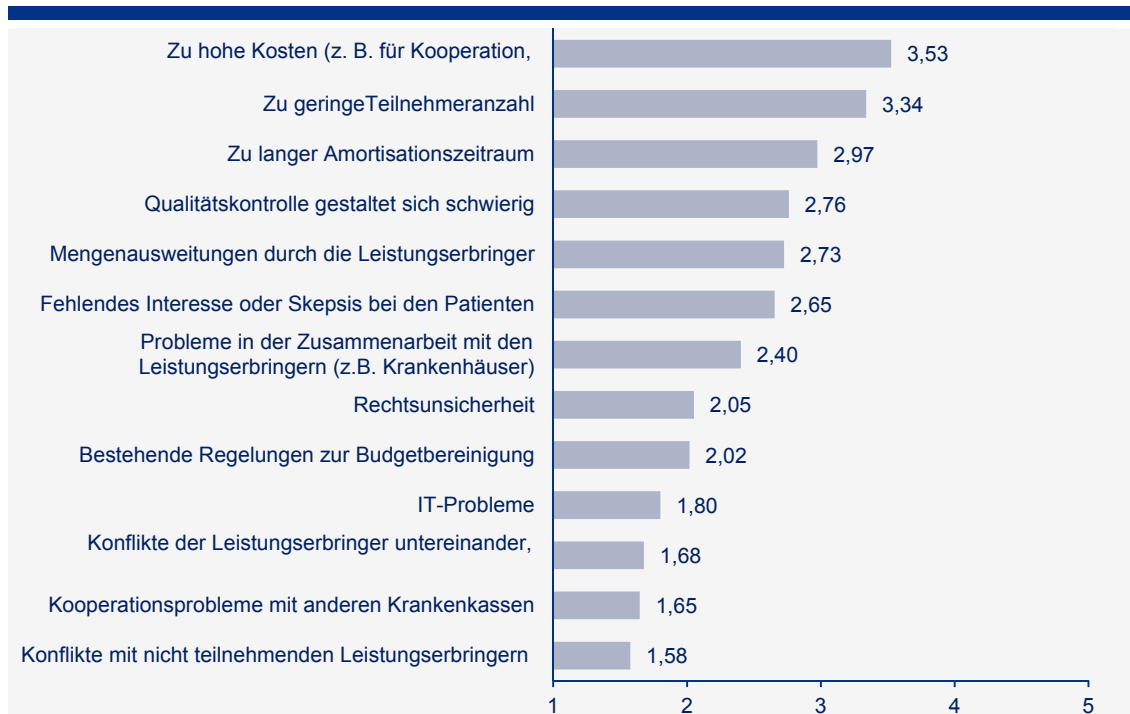
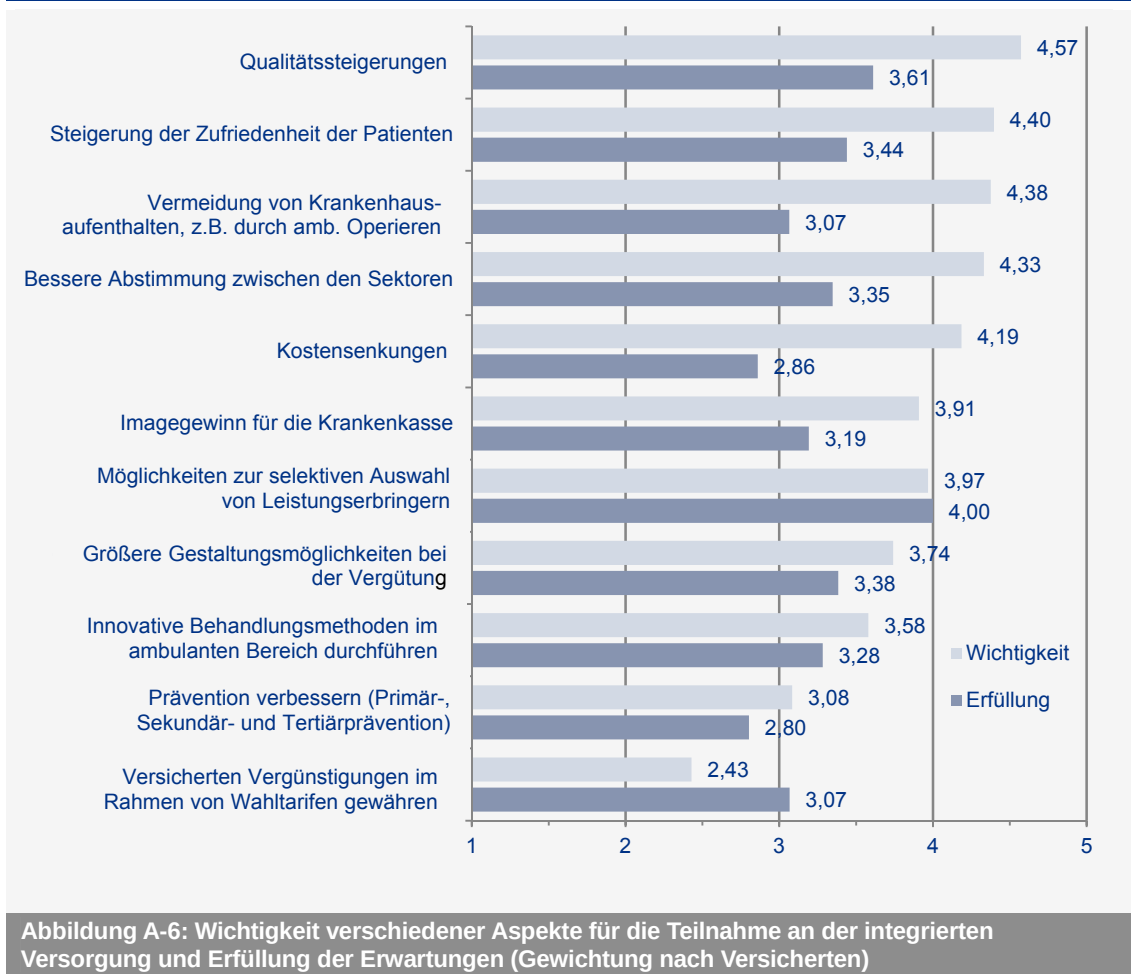


Abbildung A-5: Gründe für die Beendigung von Verträgen (Gewichtung nach Versicherten)

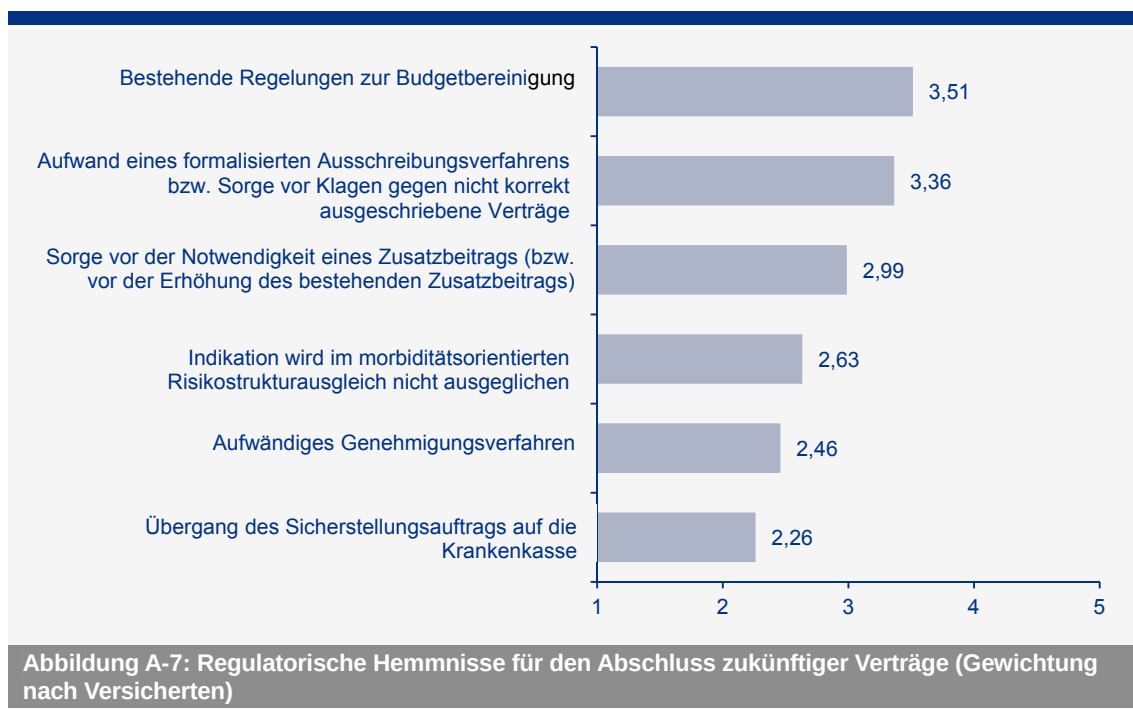
Arithmetisches Mittel der Antworten auf einer Skala von 1 (gar nicht wichtig) bis 5 (äußerst wichtig)

n=59 413 686 Versicherte

Quelle: Eigene Darstellung



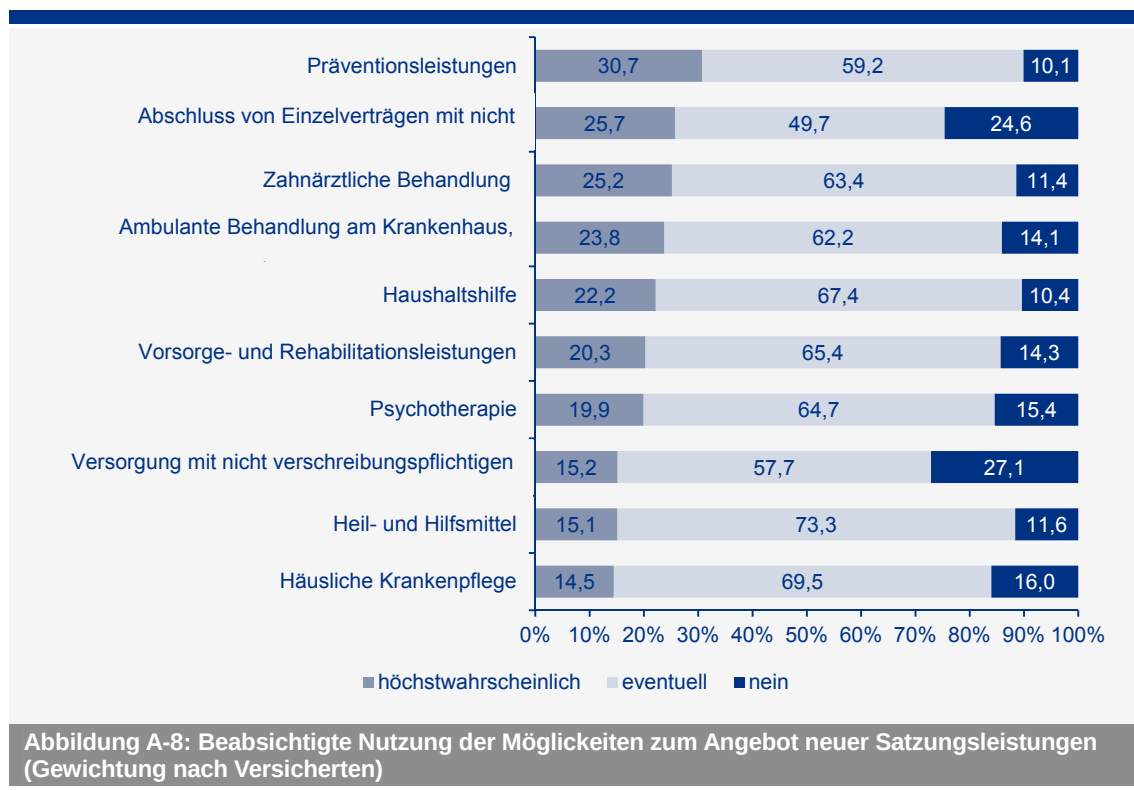
Quelle: Eigene Darstellung



n = 62 597 918 Versicherte

Quelle: Eigene Darstellung

Anhang zu Kapitel 8.3



n = 62 185 903 Versicherte

Quelle: Eigene Darstellung

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2004)

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