

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität

Band I

Finanzierung und Nutzerorientierung

Band II

Qualität und Versorgungsstrukturen

Inhaltsübersicht

	Seite
Danksagung	17
Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung	
1 Die gesetzliche Krankenversicherung vor Reformen – Finanzierung und Strukturen	19
1.1 Das „Ob“ und „Wie“ von Gesundheitsreformen im Widerstreit der Meinungen	19
1.2 Reformoptionen zur Finanzierung der GKV	20
1.3 Wege zur Nutzerorientierung und Partizipation	21
1.4 Umgang mit medizinischen Fehlern	21
1.5 Sicherung der Qualität in Prävention und Rehabilitation	22
1.6 Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen	22
2 Das System und seine Finanzierung	24
2.1 Einführung: Das Solidarprinzip im Rahmen gesundheitspolitischer Ziele	24
2.1.1 Die Leistungsgewährung	24
2.1.2 Die solidarische Finanzierung	25
2.1.3 Das Solidarprinzip in der Wertschätzung der Bevölkerung	27

2.2	Perspektiven der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in der GKV	31
2.2.1	Die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis	31
2.2.1.1	Die Beiträge als dominante Einnahmequelle	31
2.2.1.2	Die Wachstumslücke zwischen den beitragspflichtigen Einnahmen und dem Bruttoinlandsprodukt	33
2.2.1.3	Die Lohnquote als Indikator der Einnahmenbasis	34
2.2.1.4	Effekte der Versichertenstruktur auf die beitragspflichtigen Einnahmen	35
2.2.1.5	Die mittelfristig absehbare Entwicklung	38
2.2.2	Die Ausgabenentwicklung und ihre Einflussgrößen	40
2.2.2.1	Die Steigerung der Ausgaben im Zuge staatlicher Kostendämpfung	40
2.2.2.2	Grundlegende Determinanten der Gesundheitsausgaben	42
2.2.3	Beitragssatzstabilität im Kontext der Sozialabgabenbelastung	43
2.2.3.1	Die Beitragssatzstabilität als inputorientiertes Postulat der Gesundheitsversorgung	43
2.2.3.2	Die Sozialabgaben im internationalen Vergleich	45
2.3	Handlungsmöglichkeiten bei drohenden Budgetdefiziten in der GKV	47
2.3.1	Alternative Gesundheitssysteme und adaptive Reformoptionen im Überblick	47
2.3.2	Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven als Daueraufgabe	50
2.3.3	Der Übergang zu einer kapitalgedeckten Finanzierung	52
2.3.4	Die Finanzierung mit Hilfe von fixen Pro-Kopf-Beiträgen	54
2.3.5	Leistungskatalog der GKV und öffentliche Aufgabenverteilung	55
2.3.5.1	Zum Aufgabenbereich der GKV	55
2.3.5.2	Zum Leistungskatalog der GKV	58
2.3.6	Finanzierung und Beitragsgestaltung in der GKV	60
2.3.6.1	Finanzierungsformen im Überblick	60
2.3.6.2	Die Selbstbeteiligung als Direktzahlung	61
2.3.6.3	Reformoptionen im Rahmen der Beitragsgestaltung	62
2.3.7	Interdependenzen zwischen den Reformoptionen	68
2.4	Fazit und Empfehlungen	69
2.5	Literatur	77
	Anhang zu Kapitel 2	80
3	Wege zur Nutzerorientierung und Partizipation	87
3.1	Patientenorientierung in der Versorgung – ein Konzept zwischen konfligierenden Strukturen und Zielbündeln	87
3.1.1	Normative Ansatzpunkte	87
3.1.2	Zur Theorie, Geschichte und Praxis von Patientenorientierung	87
3.1.3	Zur politischen und institutionellen Perzeption von Patientenorientierung	89
3.1.4	Zur professionellen Perzeption	91
3.1.5	Fazit und Empfehlungen	94

3.2	Partizipation auf der Ebene der Systemgestaltung	94
3.2.1	Einführung und Begründung	94
3.2.2	Grundsätzliche Chancen und Hindernisse der Bürgerbeteiligung ..	96
3.2.2.1	Chancen und Ziele	96
3.2.2.2	Probleme und Hindernisse	96
3.2.3	Umsetzung von Partizipation auf der Makroebene	97
3.2.3.1	Internationale Erfahrungen mit Bürgerbeteiligung bei der Prioritätensetzung	97
3.2.3.2	Partizipation auf der Ebene der Systemgestaltung im deutschen Gesundheitswesen	100
3.2.4	Fazit und Empfehlungen	102
3.3	Kompetenzsteigerung durch Information des Nutzers	102
3.3.1	Konzept einer Anlaufstelle für Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen	104
3.3.1.1	Notwendigkeit von Information und Beratung	104
3.3.1.2	Ziele und Voraussetzungen integrierter Beratung	104
3.3.1.3	Beratungsansätze	105
3.3.1.4	Unterstützungsmanagement für komplexe Problemlagen	106
3.3.1.5	Angehörige als besondere Zielgruppe der Beratung in einer Anlaufstelle	106
3.3.2	Unabhängige Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V)	107
3.3.3	Qualitätssicherung bei der Beratung durch kassengetragene Callcenter	108
3.3.3.1	Tätigkeitsprofil von Callcentern	111
3.3.3.2	Qualitätssicherung im Rahmen des Auswahlverfahrens	112
3.3.3.3	Qualitätssicherung durch vertragliche Regelungen	112
3.3.3.4	Qualitätssicherung durch Maßnahmen des Callcenter-Betreibers ..	112
3.3.3.5	Qualitätssicherung durch kontinuierliche externe Qualitätsmessung	113
3.3.4	Qualitätssicherung internetbasierter Informationen	113
3.3.4.1	Wachsende Bedeutung des Internet	113
3.3.4.2	Qualität und Qualitätssicherung	115
3.3.4.2.1	Qualitätskriterien	116
3.3.4.2.2	Implementation von Qualitätskriterien	117
3.3.5	Leistungsberichte als Instrument der Nutzerqualifikation	118
3.3.6	Fazit und Empfehlungen	121
3.4	Literatur	125
4	Fehler in der Medizin – Ursachen, Vermeidungsstrategien und patientenorientierte Schadensregulierung	131
4.1	Einleitung	131
4.1.1	Vorbemerkungen	131
4.1.2	Begriffsdefinitionen	131
4.2	Häufigkeit medizinischer Fehler und Schäden	135
4.2.1	Daten aus Deutschland	135

4.2.2	Internationale Daten	140
4.3	Ursachen von Behandlungsfehlern	142
4.3.1	Fehlerursachen bei einzelnen Leistungserbringern	144
4.3.2	Fehlerursachen innerhalb eines Versorgungsteams oder einer Versorgungseinrichtung	146
4.3.3	Systembedingte Fehlerursachen	149
4.4	Strategien zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse und Fehler ..	149
4.4.1	Vorbilder für Fehlermanagement	149
4.4.2	Internationale Programme	150
4.4.2.1	USA	150
4.4.2.2	Australien	152
4.4.2.3	Großbritannien	153
4.4.2.4	Weitere Länder	154
4.5	Zwischenfazit	154
4.5.1	Etablierung einer Fehlerkultur	154
4.5.2	Etablierung von Fehlermanagement	155
4.6	Handlungsoptionen des Patienten bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler	157
4.6.1	Allgemeine juristische Aspekte der Arzthaftung	160
4.6.1.1	Die Rechtsbeziehungen zwischen Patient und Arzt	160
4.6.1.2	Kausalität und Beweislast im Arzthaftungsrecht	161
4.6.2	Allgemeine Patientenberatung	162
4.6.3	Beratungsleistungen der Krankenkassen gemäß § 66 SGB V	164
4.6.4	Ärztliche Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen	165
4.6.5	Arzthaftpfllichtprozess	169
4.7	Fazit und Empfehlungen	170
4.8	Literatur	175

Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen

5	Sicherung der Qualität in Prävention und Rehabilitation	181
5.1	Qualität in der Prävention	181
5.1.1	Gesundheitsförderung im Setting Schule	181
5.1.1.1	Gesundheitsförderung und Prävention im Setting-Ansatz	181
5.1.1.2	Gesundheitsprobleme von Schülern und Lehrern	181
5.1.1.2.1	Primärprävention als Bestandteil des Setting-Ansatzes	181
5.1.1.2.2	Gesundheitsprobleme von Schülern	181
5.1.1.2.3	Gesundheitsprobleme von Lehrern	182
5.1.1.3	Gesundheitsförderung im Setting Schule als Organisationsentwicklung	183
5.1.1.4	Modellversuche und -projekte zur Gesundheitsförderung im Setting Schule	184
5.1.1.4.1	Modellversuch „Gesundheitsförderung im schulischen Alltag“	184
5.1.1.4.2	„Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“	184

5.1.1.4.3	„Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit“	185
5.1.1.4.4	Förderungsprogramm „Gesunde Schule“	185
5.1.1.4.5	„Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland“	185
5.1.1.5	Interventionen zur Gesundheitsförderung in Schulen als Leistung von Krankenkassen	186
5.1.1.5.1	Rechtsgrundlage einer kassengetragenen Gesundheitsförderung im Setting Schule	186
5.1.1.5.2	Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen	186
5.1.1.6	Wirksamkeit und Qualität der Gesundheitsförderung im Setting Schule	187
5.1.1.6.1	Bestimmung der Wirksamkeit von Gesundheitsförderung	187
5.1.1.6.2	Evaluation von Modellprojekten im Setting Schule	188
5.1.1.6.3	Routinen der Qualitätssicherung	190
5.1.1.6.4	Zur Umsetzung des § 20 SGB V im Setting Schule	190
5.1.1.7	Fazit und Empfehlungen	191
5.1.2	Prävention und der Beitrag der Pflege	191
5.1.2.1	Der Stellenwert der Pflege in der Prävention	192
5.1.2.2	Prävention als berufliche Aufgabe der Pflege	192
5.1.2.3	Gesundheitsförderung als berufliche Aufgabe der Pflege	193
5.1.2.4	Probleme bei der Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung durch Pflegende in Deutschland	194
5.1.2.5	Fazit und Empfehlungen	195
5.2	Qualität in der Rehabilitation	195
5.2.1	Sicherung der Qualität der medizinischen Rehabilitation durch geeignete Vergütungssysteme	195
5.2.1.1	Einführung	195
5.2.1.1.1	Gesetzliche Ziele und Aufgaben der Rehabilitation	196
5.2.1.1.2	Überblick über Rehabilitationsstrukturen und Leistungsgeschehen ..	197
5.2.1.2	Qualitätsrelevante Aspekte im Bereich der medizinischen Rehabilitation	198
5.2.1.2.1	Auswirkungen der Einführung von DRG im Krankenhaus auf die medizinische Rehabilitation	198
5.2.1.2.2	Weitere qualitätsrelevante Aspekte im Bereich der medizinischen Rehabilitation	202
5.2.1.3	Vergütung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation	204
5.2.1.3.1	Vorbemerkungen	204
5.2.1.3.2	Vergütung frührehabitativer Leistungen	204
5.2.1.3.3	Vergütung der weiterführenden medizinischen Rehabilitation	207
5.2.2	Rehabilitation im Rahmen der Pflege	213
5.2.2.1	Ursachen für die mangelnde Umsetzung von Rehabilitation im Rahmen der Pflege	214
5.2.2.2	Möglichkeiten zur Überwindung der mangelnden Umsetzung von Rehabilitation im Rahmen der Pflege	216
5.2.3	Fazit und Empfehlungen	218
5.3	Literatur	222

6	Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen	226
6.1	Chancen, Hindernisse und Grenzen einer integrierten Versorgung	226
6.1.1	Ziele und Ansatzpunkte einer integrierten Versorgung	226
6.1.2	Gesetzliche Grundlagen und Formen integrierter Versorgung	228
6.1.2.1	Modellvorhaben und Strukturverträge	228
6.1.2.2	Elemente integrierter Versorgungsformen	229
6.1.3	Bisherige Barrieren einer Inanspruchnahme und erfolgreichen Umsetzung	230
6.1.3.1	Gesetzliche Rahmenbedingungen als Hindernisse	230
6.1.3.2	Planungsfehler und Evaluationsprobleme	232
6.1.4	Anreize für eine integrierte Versorgung auf Nutzerseite	233
6.1.4.1	Unterschiede in Leistungsumfang und Qualität	233
6.1.4.2	Beitragssatzdifferenzen	234
6.1.4.3	Unterschiedliche Selbstbeteiligungen	235
6.1.4.4	Zwischenergebnis	235
6.1.5	Anreize auf Kassen- und Anbieterseite	235
6.1.5.1	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich	235
6.1.5.2	Selektives Kontrahieren	237
6.1.5.3	Vergütungsformen und Morbiditätsorientierung	238
6.1.6	Empfehlungen	239
6.2	Disease Management	240
6.2.1	Bewertung des bisherigen DMP-Einführungsprozesses	240
6.2.2	Strukturelle Voraussetzungen für den erfolgreichen Einsatz von Disease-Management-Programmen	245
6.2.3	Rolle der Vertragsärzte in Disease-Management-Programmen	245
6.2.4	Aufbau eines Disease-Management-Programms	245
6.2.4.1	Einschreibemodul	245
6.2.4.2	Basismodul	246
6.2.4.3	Ergänzungsmodule	249
6.2.4.4	Datendokumentation und Datenverarbeitung innerhalb des Disease-Management-Programms	249
6.2.4.5	Qualitätssicherung in Disease-Management-Programmen	250
6.2.5	Fazit	251
6.2.6	Exkurs: Konzept eines DMP am Beispiel Diabetes mellitus	253
6.3	Kompetenzbündelung am Beispiel der Versorgung bei neuromuskulären Erkrankungen	260
6.3.1	Einleitung	260
6.3.2	Nosologie neuromuskulärer Erkrankungen	261
6.3.3	Versorgungssituation bei neuromuskulären Erkrankungen	262
6.3.4	Neuromuskuläre Zentren	268
6.3.5	Leitlinien	269
6.3.6	Fazit und Empfehlungen	269
6.4	Rettungswesen	271

6.4.1	Das Rettungswesen als gesundheitspolitisches Handlungsfeld	271
6.4.2	Leistungen und Ausgabenentwicklung im Rettungswesen	271
6.4.2.1	Einsatzaufkommen und Infrastruktur des Rettungsdienstes	271
6.4.2.2	Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für den Rettungsdienst	273
6.4.3	Schnittstellen zwischen dem Rettungswesen und anderen Versorgungsbereichen	275
6.4.3.1	„Rettungskette“ versus „Notfallnetzwerk“	275
6.4.3.2	Notfallversorgung durch Laien	278
6.4.3.3	Rettungsdienst und vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst	280
6.4.3.4	Rettungsdienst und Krankenhausversorgung	280
6.4.3.5	Koordinationsfunktion der Leitstelle	282
6.4.4	Qualität im Rettungswesen	283
6.4.4.1	Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement	283
6.4.4.2	Qualifikation von Rettungsfachpersonal und Notärzten	286
6.4.4.3	Weiterentwicklung von Führungsstrukturen	288
6.4.5	Effizienz im Rettungswesen	292
6.4.5.1	Zielsystem und Effizienz	292
6.4.5.2	Entwicklung neuer Vergütungsmodelle	294
6.4.6	Fazit und Empfehlungen	294
6.5	Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur – Ausblick	296
6.5.1	Funktionen des Krankenhauses	296
6.5.2	Notfallversorgung	297
6.5.3	Stationäre elektive Versorgung	297
6.5.4	Rehabilitationsversorgung	298
6.5.5	Hospizversorgung	298
6.5.6	Ambulante Versorgung und Integration mit dem Krankenhaus	298
6.5.7	Aus-, Weiter- und Fortbildung	299
6.5.8	Klinische Forschung und Versorgungsforschung	299
6.5.9	Konzeptionelle Probleme der Krankenhausplanung	299
6.5.10	Fazit und Empfehlungen	302
6.6	Literatur	304
	Anhang	312

Verzeichnis der Tabellen im Text

Tabelle 1	Zustimmung zu unterschiedlichen Aspekten des Solidarprinzips	28
Tabelle 2	Steuern und Sozialabgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt im internationalen Vergleich	47
Tabelle 3	Anteil der Zahlung von Sozialabgaben der jeweiligen Beitragszahler im internationalen Vergleich (in %)	48
Tabelle 4	Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge zur sozialen Sicherung in Prozent des EU-Durchschnittes (in %)	49
Tabelle 5	Kombinationen einer Veränderung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze in der GKV	64
Tabelle 6	Prioritätenbildung und Partizipation im internationalen Vergleich ..	98/99
Tabelle 7	Beispiele für konzeptionelle und instrumentale Fragenkomplexe, die Objekte partizipativer Entscheidungsbildung sein können ..	101
Tabelle 8	Systemebenen und Organe der Partizipation von Bürgern, Versicherten und Patienten	102
Tabelle 9	Verteilung der Handlungsfelder und -ebenen auf die nach § 65b SGB V geförderten Modellprojekte	109
Tabelle 10	Verteilung der Handlungstypen auf die nach § 65b SGB V geförderten Modellprojekte	110
Tabelle 11	Definition von Behandlungsfehlern und Fehlversorgung	133/134
Tabelle 12	Fehlertaxonomie der LINNAEUS-Collaboration	136
Tabelle 13	Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen im Jahr 2000	137
Tabelle 14	Häufigkeit von Fehlervorwürfen nach Fächern bzw. Fachgruppen (Angaben in Prozent)	139
Tabelle 15	Anerkennungsraten von Fehlervorwürfen in Abhängigkeit von der Größe des Krankenhauses	139
Tabelle 16	Subjektive Beeinträchtigungen durch vermutete Behandlungsfehler	140
Tabelle 17	Unerwünschte Ereignisse (<i>adverse events</i>) bei Krankenhausbehandlungen im internationalen Vergleich	141
Tabelle 18	Häufigkeit und Folgen von Behandlungsfehlern (Angaben in Prozent)	141
Tabelle 19	„Schweizer-Käse-Modell“ zur Veranschaulichung des Schadeneintritts durch konsekutives Versagen verschiedener Ebenen der Fehlerabwehr	143
Tabelle 20	Ursachen von Fehldiagnosen	144
Tabelle 21	Unmittelbare Ursachen von Medikationsfehlern und zusätzlich wirksame Einflussfaktoren	146
Tabelle 22	Organisatorische Mängel als Ursachen von Behandlungsfehlern – Analyse gutachterlicher Begründungen für anerkannte Fehlervorwürfe	147
Tabelle 23	Ursachen und Folgen ungenügender Koordination bei der Versorgung von unfallchirurgischen Patienten	148
Tabelle 24	Charakteristika effektiver Meldesysteme für (Beinahe-)Behandlungsfehler	150
Tabelle 25	Empfehlungen des Institute of Medicine zur Verbesserung der Patientensicherheit	151

Tabelle 26	Empfehlungen der National Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Health Care („Nationaler Aktionsplan“) . . .	152
Tabelle 27	Umgang des NHS mit Fehlern in Vergangenheit und Zukunft . . .	153/154
Tabelle 28	Empfehlungen des britischen Reports „An organisation with a memory“	154
Tabelle 29	Von Bürgern benannte Ansprechpartner im Falle eines Behandlungsfehlers	159
Tabelle 30	Gründe, warum Betroffene einen vermuteten Behandlungsfehler nicht melden	159
Tabelle 31	Beratungsleistungen und -themen der Unabhängigen Patientenberatung Bremen 2001	163
Tabelle 32	Bewertung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der deutschen Ärztekammern durch Verbraucherschutzorganisationen	167
Tabelle 33	Dimensionen und Zielparameter der Gesundheitsförderung und Prävention	188/189
Tabelle 34	Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Setting Schule	190
Tabelle 35	Mehrbedarf in der Rehabilitation aufgrund Verweildauerverkürzung und Fallzahlsteigerung im Krankenhaus – Prognose für 2010	200
Tabelle 36	Abgrenzung der Frührehabilitation gegenüber der weiterführenden medizinischen Rehabilitation.	203
Tabelle 37	Vergütungsformrelevante Unterschiede zwischen Akutbehandlung im Krankenhaus und medizinischer Rehabilitation.	205
Tabelle 38	Patientenklassifikationssysteme für die weiterführende medizinische Rehabilitation	210
Tabelle 39	Gesundheitsökonomische Wirkungen von Fallpauschalen in der Krankenhausbehandlung und in der weiterführenden medizinischen Rehabilitation und mögliche Kontrollmechanismen zu deren Vermeidung	211
Tabelle 40	Stärken und Schwächen ausgewählter Vergütungsformen	239
Tabelle 41	Wesentliche gesetzliche Vorgaben für die Disease-Management-Programme	240
Tabelle 42	Komponenten des Disease Management	241
Tabelle 43	Kriterien zur Diagnose des Diabetes mellitus	254
Tabelle 44	Diabetes-Screening beim Gesunden	255
Tabelle 45	Patienteninformation über mögliche Komplikationen bei Diabetes mellitus	257
Tabelle 46	Beispiele für den Einsatz eines Diabetes-Koordinators in Abhängigkeit von der Disease-Management-Gruppe.	257
Tabelle 47	Benchmarkingdatensatz	259
Tabelle 48	Ursachen einer subjektiv empfundenen Muskelschwäche	262
Tabelle 49	Über-, Unter- und Fehlversorgung bei neuromuskulären Krankheiten allgemein	263
Tabelle 50	Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Amyotropher Lateralsklerose (ALS)	264
Tabelle 51	Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Progressiver Muskeldystrophie Typ Duchenne	265
Tabelle 52	Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Myasthenia gravis	266

Tabelle 53	Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Polymyositis und Dermatomyositis	267
Tabelle 54	Standorte neuromuskulärer Zentren in Deutschland	268
Tabelle 55	Qualitätskriterien für die Muskelzentren der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V.	268
Tabelle 56	Methodenbewertung als Bestandteil von Leitlinien am Beispiel einer Leitlinie zur Diagnostik der Polymyositis/Dermatomyositis	270
Tabelle 57	Entwicklung des Aufkommens an Notfalleinsätzen nach Einsatzanlass in Deutschland	271
Tabelle 58	Einsatzorte von Notärzten (Angaben in Prozent)	272
Tabelle 59	Ausgabenentwicklung bei „Fahrtkosten“ in der GKV (€)	274
Tabelle 60	Charakteristika des rettungsdienstlichen Notarztsystems und des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes	281
Tabelle 61	Zukünftige Regelkompetenz von Rettungsassistenten	286
Tabelle 62	Indikationen für Notarzteinsätze	287
Tabelle 63	Aufgaben, Stellung und Qualifikation des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst nach Empfehlungen der Bundesärztekammer	289/290

Verzeichnis der Abbildungen im Text

Abbildung 1	Von Versicherten wahrgenommene Gerechtigkeit der einzelnen Umverteilungsfunktionen des Solidarprinzips	28
Abbildung 2	Von Versicherten bevorzugtes System der Risikoversorge nach gewichtetem monatlichem Haushaltsnettoeinkommen je Person im Haushalt	29
Abbildung 3	Zustimmung von Versicherten (in %) zu bestimmten Änderungen in der GKV bei erheblicher Senkung der Beiträge .	30
Abbildung 4	Versicherte (in %), die Interesse an einem Selbstbeteiligungstarif in der GKV hätten – nach Einkommen und Versorgungsbedarf .	30
Abbildung 5	Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Mio. DM (früheres Bundesgebiet)	32
Abbildung 6	Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied, der Beitragsbemessungsgrenze und des BIP je Erwerbstätigem seit 1980 (alte Bundesländer)	33
Abbildung 7	Die Lohnquoten im Zeitablauf von 1970 bis 1999	35
Abbildung 8	Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied, des BIP je Erwerbstätigem und des Bruttoeinkommens aus unselbständiger Arbeit seit 1980 (alte Bundesländer)	36
Abbildung 9	Je Beitragszahler zu finanzierende Versicherte	36
Abbildung 10	Anteil der Rentner an allen Mitgliedern der GKV	37
Abbildung 11	Die Entwicklung der Versichertenstruktur in den alten Bundesländern ab 1970	38
Abbildung 12	Die Entwicklung der Versichertenstruktur in Deutschland ab 1991	39
Abbildung 13	Verhältnis von GKV-Leistungsausgaben zu BIP und beitragspflichtigen Einnahmen von 1970 bis 2000 (alte Bundesländer)	40
Abbildung 14	Jährliche Veränderungsdaten der GKV-Leistungsausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen (alte Bundesländer)	41
Abbildung 15	Die Entwicklung der Abgabenquoten in Deutschland, der EU und den OECD-Staaten von 1965 bis 2000	45
Abbildung 16	Das Wachstum der Abgabenquoten von 1965 bis 2000 im internationalen Vergleich	46
Abbildung 17	Anteil der Internetnutzer in der deutschen Bevölkerung 1997 und 2001 (in Prozent der jeweiligen Altersgruppe)	114
Abbildung 18	Bevorzugte gesundheitsbezogene Recherchethemen von Internetnutzern	114
Abbildung 19	Einstiegspunkte für die Internetrecherche	115
Abbildung 20	Arten und Erkennungswahrscheinlichkeiten von durch medizinische Interventionen verursachten Schäden	132
Abbildung 21	Überlappung englischsprachiger Definitionen	135
Abbildung 22	Ursachen unerwünschter Ereignisse in deutschen Hausarztpraxen	147
Abbildung 23	Mögliche Schritte auf dem Weg zum Schadensersatz aus der Perspektive des Patienten	158
Abbildung 24	Zahl der bei der Norddeutschen Schlichtungsstelle eingegangenen Anträge	166
Abbildung 25	Verfahrensdauer vor der Gutachterkommission Westfalen-Lippe (Berichtsjahr 2000)	167

Abbildung 26	Ebenen einer offenen Fehlerkultur	171
Abbildung 27	Entwicklung der Ausgaben für Behandlung seit 1970 im früheren Bundesgebiet (alle Ausgabenträger; 1970 = 100) . . .	199
Abbildung 28	Möglichkeiten für den administrativen Verlauf eines Behandlungsfalles.	206
Abbildung 29	Gesetzliche Grundlagen integrierter Versorgung	228
Abbildung 30	Aufbauschema eines Disease-Management-Programms	246
Abbildung 31	Ablauf und Ziele des Einschreibemoduls	247
Abbildung 32	Empfohlene Struktur von neuromuskulären Zentren	269
Abbildung 33	Entwicklung der „Fahrkosten“ und beitragspflichtigen Einnahmen der GKV von 1996 bis 2001	274
Abbildung 34	Notfallversorgung als Netzwerk	279
Abbildung 35	Benchmarking für Rettungsdienststandorte am Beispiel eines Vergleichs der Notarzteinsatzklassifikation	285

Verzeichnis der Tabellen im Anhang zu Kapitel 2

Tabelle A1	Die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (früheres Bundesgebiet)	80
Tabelle A2	Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen und des BIP seit 1980 im Vergleich (alte Bundesländer).....	81
Tabelle A3	Die Entwicklung der Lohnquoten	82
Tabelle A4	Je Beitragszahler zu finanzierende Versicherte (einschließlich Rentner)	83
Tabelle A5	Anteil der Rentner an allen Mitgliedern der GKV	83
Tabelle A6	Die Versichertenstruktur in den alten Bundesländern ab 1970 ..	84/85
Tabelle A7	Die Versichertenstruktur in Deutschland ab 1991	86

Abkürzungsverzeichnis

ADA	American Diabetes Association
AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
AFGIS	Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem
AHB	Anschlussheilbehandlung
AHRQ	Agency for Health Care Research and Quality
AHS	Ambulanzhubschrauber
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
ÄLRD	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen, Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung
BÄK	Bundesärztekammer
BAND	Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands
BAT	Bundesangestelltentarif
BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten
BEK	Barmer Ersatzkasse
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BLK	Bund-Länder-Kommission
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BMI	Body Mass Index
BOS	Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BVA	Bundesversicherungsamt
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CCC	Comprehensive Care Centre
CDC	Center for Disease Control
CMG	Case-Mix-Groups
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DALY	Disability Adjusted Life Years
DDG	Deutsche Diabetes Gesellschaft
DGIM	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
DGM	Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke
DIN/ISO	Deutsche Industrie Norm/Internationale Standardisierungsorganisation
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin

DMP	Disease-Management-Programm/Programme
DRG	Diagnosis Related Groups
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DVR	Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EDPG	European Diabetes Policy Group
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFQM	European Foundation for Quality Management
EKG	Elektrokardiogramm
EU	Europäische Union
FDA	Food and Drug Administration
FDS	Fachkommission Diabetes Sachsen
FIM	Functional Independence Measure
FPG	Fallpauschalengesetz
FRG	Function Related Groups
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz der Länder
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
HbA _{1c}	Glykosyliertes Hämoglobin
HDL	High Density Lipoprotein
HON	Health on the Net Foundation
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IDF	International Diabetes Federation
IFG	Impaired Fasting Glucose (abnorme Nüchternblutglukose)
IGT	Impaired Glucose Tolerance (abnorme Glukosetoleranz)
IOM	Institute of Medicine
ITH	Intensiv-Transport-Hubschrauber
JCAHO	Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations
JG	Jahresgutachten
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHK	Koronare Herzkrankheit
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
KTW	Krankentransportwagen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LDL	Low Density Lipoprotein
LNA	Leitender Notarzt
MBO-Ä	Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MEES	Mainz Emergency Evaluation Score
MIND	Minimaler Notarzt Datensatz
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
MSK	Muskuloskelettale Erkrankungen

NACA	National Advising Committee for Aeronautics
NADOK	Notarzdokumentationssystem
NAW	Notarztwagen
NbM	Narrative-based Medicine
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
ÖDG	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OGTT	Oraler Glukosetoleranztest
OPUS	Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit
PfIV	Pflegeversicherung
PKV	Private Krankenversicherung
PTCA	Perkutane transluminale coronare Angioplastie
QM	Qualitätsmanagement
QMK	Qualitätsmodell Krankenhaus
QS	Qualitätssicherung
QuIC	Quality Interegency Coordination Task Force
RBG	Rehabilitationsbehandlungsgruppen
RCT	Randomized Controlled Trial
RetAssAPrV	Rettungsassistentenausbildungs- und Prüfungsverordnung
RetAssG	Rettungsassistentengesetz
RMK	Rehabilitanden-Management-Kategorien
RSA	Risikostrukturausgleich
RSaV	Risikostrukturausgleichsverordnung
RTH	Rettungshubschrauber
RTW	Rettungswagen
RUG	Ressource Utilization Groups
SAR	Search and Rescue
SB	Sachstandsbericht
SG	Sondergutachten
SGB	Sozialgesetzbuch
SIGN	Scottish Intercollegiate Guideline Network
SNAP	Subacute and Non-Acute Patient Classification
SOP	Standard operating procedures
SPV	Soziale Pflegeversicherung
TK	Techniker Krankenkasse
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
VGR	Arbeitskreis „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder“
VOL/A	Allgemeine Bestimmungen für die Vergabe von Leistungen
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WIAD	Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands
ZEKO	Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission)
ZEW	Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung
ZPO	Zivilprozessordnung

Danksagung

Der Rat legt hiermit sein Gutachten 2003 mit dem Titel „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“ vor. Neben der Neuordnung der Finanzierung bilden die Nutzerorientierung als systemgestaltendes Element, der Umgang mit medizinischen Fehlern und die Qualitätsverbesserung in bestehenden und zukünftigen Versorgungsstrukturen Schwerpunkte der Betrachtung. Damit erfüllt der Rat seinen in § 142 Abs. 2 SGB V formulierten Auftrag, Versorgungsbereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgung und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen.

Im Rahmen der Erstellung des Gutachtens hat der Rat zahlreiche Gespräche geführt und wertvolle Anregungen erhalten. Er konnte sich jederzeit auf die fachkundige Information im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und durch das Bundesministerium der Justiz stützen. Im Einzelnen dankt er Herrn Prof. Dr. med. Dr. h. c. Friedrich-Wilhelm Ahnefeld, Universität Ulm; Herrn Prof. Dr. med. Karl-Heinz Altemeyer, Klinikum Saarbrücken; Herrn Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit, Hannover; Herrn Prof. Dr. phil. Wilfried Belschner, Universität Oldenburg; Herrn Dipl.-Geogr. Holger Behrendt, FORPLAN, Bonn; Frau Gudrun Berger, Techniker Krankenkasse, Hamburg; Herrn Dipl.-Volksw. Jan Bockhorst, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh; Herrn Prof. Dr. jur. Harald Bogs, Universität Göttingen; Herrn Erwin Dehlinger, AOK Bundesverband, Berlin; Herrn Prof. Dr. med. Dr. h. c. Wolfgang F. Dick, Universität Mainz; Frau Dr. med. Susanne Eberl, Universität München; Herrn Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Universität Kiel; Herrn Karl Hermann Haack, MdB, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Berlin; Herrn Prof. Dr. med. Martin L. Hansis, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Essen; Herrn Prof. Dr. jur. Dieter Hart, Universität Bremen; Herrn Dr. rer. pol. Friedrich O. Hauß, BRAIN TOOLS, Berlin; Herrn Dr. med. Antonius Helou, MPH, Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss, Siegburg; Herrn Prof. Dr. sc. pol. Klaus Hurrelmann, Universität Bielefeld; Herrn Thomas Isenberg, Bundesverband der Verbraucherzentralen, Berlin; Herrn PD Dr. med. Christian K. Lackner, Universität München; Frau Dipl.-Pol. Birgit Lampe, Technische Universität Berlin; Herrn Prof. Dr. med. Rüdiger Landgraf, Universität München; Herrn PD Dr. med. Thomas Mansky, Helios-Kliniken, Fulda; Herrn Dr. phil. Gerd Marstedt, Universität Bremen; Herrn Dr. med. Martin Messelken, Klinik am Eichert, Göppingen; Herrn RA Johann Neu, Geschäftsführer der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Norddeutschen Ärztekammern, Hannover; Herrn Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Günter Ollenschläger, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Köln; Herrn Prof. Dr. phil. Peter Paulus, Universität Lüneburg; Herrn Prof. Dr. med. Dieter Pongratz, München; Herrn Dr. med. Wolfgang Piehlmeier, Universität München; Frau Annette Riesberg, MPH, Technische Universität Berlin; Herrn Dr. med. Bernhard Rochell, Bundesärztekammer, Köln; Herrn Prof. Dr. med. Klaus Dieter Scheppokat, Gehrden; Herrn Dr.-Ing. Reinhard Schmiedel, FORPLAN, Bonn; Herrn Prof. Dr. med. Dr. h. c. Wolfgang Schramm, Universität München; Herrn Gerd Wenzel, Ärztekammer Bremen; Herrn Prof. Dr. med. Dr. h. c. Karsten Vilmar, Bremen.

Der Rat dankt auch den Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Institutionen der Ratsmitglieder, insbesondere Frau PD Dr. rer. biol. hum. Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover; Frau Dipl.-Pflegepäd. Dagmar Dräger, Humboldt Universität zu Berlin; Herrn Dr. phil. Dr. rer. med. Thomas Gerlinger, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Herrn Dipl.-Volksw. Christian Igel, Universität Mannheim; Herrn Dr. rer. pol. Christian Krauth, Medizinische Hochschule Hannover; Herrn Dr. rer. pol. Markus Lungen, Universität zu Köln; Herrn Dr. med. Karl-Peter Mand, MPH, Medizinische Hochschule Hannover; Herrn Marcus Redaelli, Arzt, Universität zu Köln; Frau Dr. med. Stephanie Stock, Universität zu Köln; Herrn Dipl.-Pflegepäd. Maik H.-J. Winter, Humboldt Universität zu Berlin.

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 Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Zu ihnen gehören Frau Dr. rer. pol. Dipl.-Volksw. Karin Hummel, Frau Dr. med. Sabine Maria List, MPH, Herr Dipl.-Volksw. Claus Michel, Frau Dr. med. Dipl.-Sozialw. Sonja Schlemm und als Leiter der Geschäftsstelle Herr Dr. oec. Dipl.-Volksw. Lothar Seyfarth. Für ihr außergewöhnliches Engagement und ihre tatkräftige und sehr sachkundige Unterstützung gebührt ihnen besonderer Dank.

Der Rat dankt Frau Renate Schneid, die mit großer Sorgfalt und Geduld die technische Herstellung der Gutachtenbände bewältigte. Schließlich dankt der Rat Frau Sabine VanDen Berghe und Frau Monika Weinberg für die Unterstützung der Arbeit des Rates in der Geschäftsstelle.

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.

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

Bonn, im Februar 2003

Gisela C. Fischer

Adelheid Kuhlmei

Karl W. Lauterbach

Rolf Rosenbrock

Friedrich Wilhelm Schwartz

Peter C. Scriba

Eberhard Wille

Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung**1 Die gesetzliche Krankenversicherung vor Reformen – Finanzierung und Strukturen****1.1 Das „Ob“ und „Wie“ von Gesundheitsreformen im Widerstreit der Meinungen**

1. Das deutsche Gesundheitswesen und hier insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) stehen derzeit wie selten zuvor im Mittelpunkt nicht nur gesundheits- und sozialpolitischer, sondern auch allgemein wirtschaftspolitischer Diskussionen. Zahlreiche Stellungnahmen in Politik, Wirtschaft und Wissenschaft sehen in Reformen im Gesundheitswesen und auf dem Arbeitsmarkt zentrale Indikatoren für die Reformfähigkeit der Politik und der Gesellschaft schlechthin. Dabei liegen die Meinungen über

- die Notwendigkeit und das Ausmaß sowie
- die konkreten Ansatzpunkte

von Reformen im Gesundheitswesen und dabei speziell in der GKV immer noch beträchtlich auseinander.

2. Im Hinblick auf die Notwendigkeit und das Ausmaß von Gesundheitsreformen schwankt das Meinungsspektrum zwischen einem nahezu starren Festhalten an den geltenden Regelungen und der Forderung, zu einem völlig anderen bzw. alternativen Gesundheitssystem überzugehen. Dabei beeinflussen sich diese beiden extremen Positionen noch insofern, als sich die Befürworter eines Systemwechsels immer dann bestätigt fühlen, wenn die Gegenseite grundsätzlich auf dem Status quo beharrt. Umgekehrt schrecken die Reformgegner noch mehr vor Veränderungen zurück, wenn sie sich mit den Aussichten eines Systemwechsels konfrontiert sehen. Der Rat empfiehlt in diesem Gutachten keinen prinzipiellen Wechsel zu einem anderen Gesundheitssystem, sondern zahlreiche evolutorische Reformschritte. Gegen einen Übergang zu einem anderen Gesundheitssystem sprechen zum einen die hohen Friktionskosten, die selbst bei adäquater ökonomischer Umsetzung in Form von Verunsicherungen und Befürchtungen der Bevölkerung anfallen. Zum anderen gibt es auch in internationaler Perspektive, abgesehen von unterschiedlichen nationalen Präferenzen, kein „ideales“ Gesundheitssystem, wie die zahlreichen Reformbestrebungen in fast allen Ländern belegen.

3. Die vom Rat vorgeschlagenen Reformschritte zielen darauf ab, das System der GKV im Grundsatz zu erhalten, indem sie seine Zukunftsfähigkeit durch Anpassung an exogene Entwicklungstrends zu sichern versuchen. Adaptive Reformen dienen damit der Stabilität des Systems, während dogmatisches Beharren auf dem Ist-Zustand diese gefährdet. Dabei setzen die Empfehlungen des Rates sowohl bei der Finanzierung als auch bei den Strukturen der GKV an, denn der empirische Befund einer Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis schließt die Existenz von Wirtschaftlichkeitsreserven auf der Ausgabenseite nicht aus, was auch vice versa gilt. Die diskutierten adaptiven Reformoptionen auf der Einnahmenseite verfolgen nicht den Zweck, von den vorhandenen Effizienz- und Effektivitätsreserven der derzeitigen Gesundheitsversorgung abzulenken. Entsprechend unterstellen alle Analysen auf der Finanzierungsseite Aufkommensneu-

tralität, d. h. alle zusätzlichen finanziellen Mittel dienen zunächst einer Senkung der Beitragssätze. Andererseits vermögen auch zutreffende Hinweise auf bestehende Rationalisierungspotentiale sich abzeichnende Finanzierungsprobleme kurzfristig nicht zu lösen und auch mittelfristig im Zuge struktureller Reformen wohl nur abzumildern.

4. Vor dem Hintergrund steigender Beitragssätze verzeichnen Vorschläge zur Reform der GKV in jüngster Zeit eine fast inflationäre Entwicklung. Den meisten dieser Vorschläge, die überwiegend einer isolierten Betrachtungsweise entspringen, mangelt es an einer erkennbaren Zielorientierung, an theoretischer und empirischer Fundierung und zuweilen auch an politischem Augenmaß. Um derartige Mängel in der Analyse eines so hoch komplexen Systems wie der GKV zu vermeiden und auch zu verhindern, dass sich die Reformmaßnahmen, wie in der Vergangenheit häufig geschehen, in reinen Kostendämpfungsmaßnahmen erschöpfen, stellt der Rat schon in seinem Finanzierungskapitel (Kapitel 2) einige Anmerkungen zu gesundheitspolitischen Zielen und hier insbesondere zur Solidarität an den Beginn seiner Überlegungen. Die sich anschließenden Ausführungen zum Pro und Contra der verschiedenen adaptiven Reformoptionen im Bereich der Finanzierung der GKV zielen neben der Präsentation eigener Vorschläge vornehmlich darauf ab, die anstehenden gesundheitspolitischen Entscheidungen auf eine breite und zielorientierte Informationsbasis zu stellen.

5. Unbeschadet vorhandener Effizienz- und Effektivitätsmängel bietet das deutsche Gesundheitswesen auch aus internationaler Perspektive für alle Bürger einen sehr weitgehenden Versicherungsschutz, ein nahezu flächendeckendes Angebot an Gesundheitsleistungen und einen vergleichsweise hohen Versorgungsstandard. Verglichen mit anderen sozialen Krankenversicherungen beinhaltet die GKV einen sehr umfassenden Leistungskatalog mit einer guten Erreichbarkeit der Leistungen und konfrontiert die Patienten kaum mit Rationierungen, wie z. B. Warteschlangen. Gleichwohl gilt es sowohl unter Finanzierungs- als auch unter Qualitätsaspekten, das vorhandene Rationalisierungspotential auszuschöpfen. Entsprechend beschäftigt sich der Rat vornehmlich auf der Ausgaben- bzw. Leistungsseite mit

- Nutzerorientierung und Partizipation (Kapitel 3),
- Umgang mit medizinischen Fehlern (Kapitel 4),
- Qualität in Prävention und Rehabilitation (Kapitel 5) sowie
- Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen (Kapitel 6).

Diese Ausführungen bilden eine vertiefende Fortsetzung des gesetzlichen Auftrages, Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen. Sie tragen damit auch dem Umstand Rechnung, dass es sich hierbei um eine wissenschaftliche wie politische Daueraufgabe handelt.

1.2 Reformoptionen zur Finanzierung der GKV

6. Die Finanzierungsbasis der GKV leidet seit den achtziger Jahren an einer Wachstumsschwäche. Hätten die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied zwischen 1980 und 2000 mit der Wachstumsrate des Bruttoinlandsprodukts (BIP) je Erwerbstätigem zugenommen, könnte die GKV ihre Ausgaben im Jahre 2000 bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von ca. 11,6 % decken. Dieser fiktive Beitragssatz entspricht annähernd den tatsächlichen Beitragssätzen der Jahre 1980 bis 1984. Verantwortlich für die Wachstumsschwäche der Einnahmenbasis sind konjunkturelle, aber auch strukturelle Faktoren. Dazu gehören der Druck auf die Arbeitsentgelte (vor allem in den unteren Lohngruppen) infolge der Globalisierung, veränderte Arbeitsverhältnisse bzw. Berufskarrieren, Zunahme nicht versicherungspflichtiger Teile des Arbeitsentgeltes, Flucht in die Schattenwirtschaft und eine längere Lebens- und Rentenbezugszeit.

7. Für die plakative These von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen liefert die Entwicklung der Leistungsausgaben in der GKV keine empirischen Belege. Das moderate Wachstum der Ausgaben stellte sich allerdings nicht im Zuge einer endogenen bzw. automatischen Entwicklung ein, sondern bildet das Ergebnis zahlreicher Kostendämpfungsmaßnahmen. Ohne diese staatlichen Eingriffe tendiert das Wachstum der Ausgaben dahin, über der Steigerungsrate des BIP zu liegen. Insofern drohen künftig unter Status-quo-Bedingungen, d. h. ohne Reformmaßnahmen Budgetdefizite in der GKV.

8. Die gesundheitspolitischen Handlungsmöglichkeiten, die bei drohenden Budgetdefiziten zur Wahrung der Beitragssatzstabilität und zur Vermeidung von unerwünschten Rationierungen offen stehen, lassen sich in alternative Gesundheitssysteme und adaptive Reformoptionen unterscheiden. Zu den alternativen Gesundheitssystemen zählen vor allem die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung, der Übergang zu einer Kapitaldeckung und die Finanzierung über fixe Kopfbeiträge. Der Rat stellt diese Optionen eines Systemwechsels mit ihren Vor- und Nachteilen cursorisch dar und sieht – unbeschadet einiger konzeptioneller Vorzüge der Kopfbeiträge – in der GKV noch hinreichend Spielräume, das bestehende System zumindest auf mittlere Frist zukunftssicher zu gestalten.

9. Zu den adaptiven Reformschritten gehören neben der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch strukturelle Reformen Handlungsoptionen im Bereich des Leistungskataloges der GKV in Verbindung mit der öffentlichen Aufgabenverteilung sowie im Rahmen der Finanzierung und Beitragsgestaltung. Der Rat plädiert für eine Revision der Politik der „Verschiebebahnhöfe“, die in der Vergangenheit innerhalb der Sozialversicherungszweige finanziell zu Lasten der GKV gingen, und für eine Verlagerung von krankenversicherungsfremden Leistungen sowohl auf der Ausgaben- als auch auf der Einnahmenseite. Auf der Einnahmenseite bestehen die krankenversicherungsfremden Leistungen darin, dass bestimmte Versichertengruppen aus sozial- oder familienpolitischen Gründen keine oder nur ermäßigte Beiträge entrichten. Die vom Rat zur Umfinanzierung vorgeschlagenen Leistungen belaufen sich unter (bzw. ohne) Einschluss einer Entlastung durch eine Privatunfallversicherung, für die eine Ratsmehrheit plädiert, auf über 30 (bzw. 20) Mrd. Euro und damit auf eine Beitragssatzsen-

kung von über 3 (bzw. 2) Beitragssatzpunkten in der GKV. Zudem empfiehlt der Rat noch eine Einengung des Leistungskataloges um bestimmte Behandlungsarten.

10. Bei der Finanzierung und Beitragsgestaltung der GKV lehnt der Rat eine Heranziehung von gesundheitsbezogenen Verbrauchsteuern, z. B. auf Tabak und Alkohol, wegen der Verletzung des Budgetgrundsatzes der Non-Affektation der Einnahmen und vor allem wegen deren Wachstumsschwäche ab. Angesichts der im internationalen Vergleich niedrigen Selbstbeteiligung bei einem gleichzeitig umfangreichen Leistungskatalog der GKV hält der Rat eine moderate Erhöhung des Umfangs der Selbstbeteiligung auf der Grundlage von Härtefallregelungen und Überforderungsklauseln für vertretbar. Sie sollte aber nachrangig zu den meisten anderen Reformoptionen und nur dann erfolgen, wenn anderenfalls eine Verschärfung der Rationierung droht.

11. Im Hinblick auf die Beitragsgestaltung der GKV schlägt der Rat eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage sowie eine Änderung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten vor. Die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage, wonach neben Arbeitsentgelten und Rentenzahlungen auch andere Einkunftsarten wie z. B. Zinsen und Mieten in die Beitragsbemessung einbezogen werden, trägt der gegenüber der Nachkriegszeit veränderten Einkommens- und Vermögenssituation der Versicherten Rechnung. Die Reformoption im Rahmen der beitragsfreien Mitversicherung sieht für Ehepartner ein Splitting des gemeinsamen Arbeitsentgeltes bzw. Einkommens mit anschließender Anwendung des hälftigen Beitragssatzes auf beide Entgeltteile vor. Das Splittingverfahren entspricht insofern dem bisherigen Prinzip der Beitragsgestaltung, als es zu keiner zusätzlichen Belastung bei einer Familie führt, bei der das Arbeitsentgelt bzw. Einkommen des berufstätigen Partners unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Darüber hinaus befürwortet eine Ratsminderheit noch eine Erhöhung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), d. h. auf zurzeit (2003) monatlich 5 100 Euro.

12. Bei den vom Rat diskutierten Reformoptionen handelt es sich überwiegend nicht um konkurrierende Alternativen, sondern um sich ergänzende Ansätze. Eine Kombination von mehreren Reformoptionen bietet sich vor allem dann an, wenn hohe Budgetdefizite drohen oder wenn eine deutliche Senkung der Beitragssätze angestrebt wird. Mit einem kombinierten Einsatz unterschiedlicher Reformelemente können Belastungen darüber hinaus gleichmäßiger verteilt werden. Der Rat schlägt deshalb mit

- der Verlagerung krankenversicherungsfremder Leistungen auf andere Ausgabenträger,
- einer Revision der Politik der „Verschiebebahnhöfe“,
- einer Einengung des Leistungskatalogs,
- (notfalls) einer moderaten Ausweitung der Selbstbeteiligung und
- einer Änderung von Elementen der Beitragsgestaltung

ein breites Spektrum von Reformoptionen vor. Die Umsetzung aller vorgeschlagenen Maßnahmen beinhaltet ein Beitragssatzsenkungspotenzial in der GKV (bzw. Sozialversicherung) von über 4 (bzw. 3,5) Prozentpunkten. Dies gilt

sowohl für die Vorschläge der Ratsmehrheit als auch für die Empfehlungen der Ratsminderheit. Mit einer entsprechenden Senkung der Lohnnebenkosten könnte es gelingen, relevante arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitische Impulse zu setzen.

1.3 Wege zur Nutzerorientierung und Partizipation

13. Der Rat hat sich bereits in seinem Gutachten 2000/2001 nachdrücklich für mehr „Patientenorientierung“ in der Versorgung ausgesprochen. Auch die Politik fordert vermehrt, den „Patienten in den Mittelpunkt“ zu stellen. Diese Forderung steht allerdings häufig im Widerspruch zu bisher maßgeblichen Leitbildern, professionellen Verhaltensmustern, Organisationsabläufen und Interessen der Institutionen des Gesundheitswesens.

Die GKV-Gesundheitsreform 2000 unternahm erstmals explizit den Versuch, die Eigenverantwortung und Kompetenz der Patienten und Versicherten zu stärken. Es zeigt sich allerdings, dass die strukturelle Realität der Institutionen dem noch nicht nachhaltig gerecht wird. Auch in der Arzt-Patienten-Beziehung ist eine konsequente Patientenorientierung noch nicht hinreichend realisiert. Dies geht zum Teil auf „Eigenrationalitäten“ des Systems zurück, zum Teil auf nicht patientenorientierte Rahmenbedingungen gesundheitlicher Versorgung.

In einem solchen Feld konfligierender Zielbündel und Interessen müssen gesellschaftliche, rechtliche, organisatorische und wirtschaftliche Rahmenvorgaben für Medizin und Versorgung in Zukunft der grundlegenden Dualität der angewandten Medizin zwischen Objektivität, Wissenschafts- und Systemorientierung einerseits und dem subjektiven Empfinden von Patienten und den Einstellungen ihrer Behandler andererseits mehr wissenschaftliche Beachtung und hinreichenden organisatorischen und rechtlichen Raum geben.

14. Umfragen deuten darauf hin, dass die Versicherten mehr direkten Einfluss auf Entscheidungen nehmen möchten, die den Einsatz knapper Ressourcen im Gesundheitswesen betreffen. Dies erscheint insofern verständlich, als in diesem Zusammenhang eine Prioritätenbildung erfolgt, die auch Werturteile, z. B. über den Nutzen von Behandlungsmethoden oder Medikamenten, einschließt. Den Umstand, dass bisher fast ausschließlich – vorwiegend professionelle – Akteure im Gesundheitswesen diese Entscheidungen treffen, hält der Rat, auch angesichts einer sich künftig möglicherweise verschärfenden Ressourcenknappheit, für nicht mehr angemessen. Der Rat empfiehlt deshalb die Einsetzung eines Patientenbeauftragten, der dem Parlament angehört, und die Etablierung eines Versichertenrates, der Versicherte gegenüber den Krankenkassen vertritt und Aufgaben zur Stärkung der Nutzerorientierung des Gesundheitssystems wahrnimmt.

15. Qualitätsgesicherte Informationen über Leistungsanbieter und Behandlungsmethoden bilden für den Nutzer eine wesentliche Voraussetzung, um entsprechend seinen Präferenzen mit Aussicht auf Erfolg eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Der Rat regt an:

- spezifische Stärken und Schwächen verschiedener Träger, Ansätze und Medien der Beratung nicht nur für Projekte nach § 65b SGB V, sondern auch für andere Informations- und Aufklärungsangebote zu ermitteln,

- Call-Center durch Qualitätssicherung so weiterzuentwickeln, dass überflüssige Arztbesuche vermieden werden und das Versorgungssystem rationaler genutzt wird,
- die Qualität internetbasierter Informationen durch eine freiwillige Zertifizierung nach international einheitlichen und transparenten Kriterien zu sichern,
- die für alle Krankenhäuser obligatorischen Leistungsberichte zur Erstellung von „Patientenwegweisern“ zu nutzen und
- Anlaufstellen für eine „integrierte Beratung“ von Menschen mit komplexen gesundheitlichen und begleitenden sozialen Problemen modellhaft auf- bzw. auszubauen.

1.4 Umgang mit medizinischen Fehlern

16. In diesem Kapitel geht es nicht darum, bestimmte Leistungsanbieter retrospektiv zu tadeln oder gar bestimmte Ärzte „an den Pranger“ zu stellen, sondern in prospektivem Sinne einen Erfahrungsschatz für ein erfolgreiches Fehlermanagement zu gewinnen bzw. aufzubauen. Das Ziel eines solchen Fehlermanagements besteht in der Optimierung der Versorgungsqualität durch effektive und effiziente Vermeidungsstrategien. Dies setzt zunächst Kenntnisse darüber voraus, wie Fehler entstehen, denn ihre Ursachen bilden häufig nicht mangelndes Wissen oder Können eines Arztes oder einer anderen Person. Eine weit größere Rolle spielen Kommunikationsdefizite und organisatorische Mängel in den komplexen Abläufen der Gesundheitsversorgung.

17. Die Zahl der vermuteten und angezeigten medizinischen Behandlungsfehler wird derzeit auf ca. 40 000 pro Jahr geschätzt. Dies stellt jedoch lediglich die „Spitze des Eisbergs“ dar: Etwa 19 % der Bundesbürger glauben zwar, mindestens einmal in ihrem Leben Opfer eines Behandlungsfehlers gewesen zu sein, die wenigsten leiten jedoch weitergehende Schritte ein, um diesen Verdacht zu klären. Überträgt man amerikanische Untersuchungsergebnisse zur Häufigkeit und den Folgen von unerwünschten Ereignissen in der Medizin (*adverse events*) auf Deutschland, so sterben zwischen 31 000 und 83 000 Menschen an den Folgen medizinischer Behandlungen in Krankenhäusern. Selbst wenn man berücksichtigt, dass nur etwa die Hälfte der in Studien festgestellten unerwünschten Ereignisse als vermeidbar klassifiziert werden, sterben wahrscheinlich mehr Menschen in Deutschland an den Folgen von Behandlungsfehlern als beispielsweise bei Verkehrsunfällen oder an Brustkrebs.

18. Vor dem Hintergrund dieser Größenordnungen fordert der Rat eine Neuorientierung im Umgang mit medizinischen Fehlern mit dem Ziel, ein vorbeugendes Fehlermanagement zu einem Qualitätsmerkmal der Medizin zu erheben. Hierzu erscheinen vor allem folgende Schritte bzw. Veränderungen erforderlich:

- Es muss eine neue „Fehlerkultur“ etabliert werden, deren Hauptmerkmal die Abkehr von der Suche nach einem „Schuldigen“ und dessen Bestrafung, sondern vielmehr ein Lernen aus Fehlern sein soll.
- Dem Vorbild anderer Länder folgend könnte ein nationaler Kooperationsprozess Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit auf den Weg bringen. Dazu wird ein zwölf Punkte umfassender „Arbeitskatalog“ vorgelegt.

- Beschwerden und Klagen von Patienten sollten als wichtige Informationsquellen über mögliche Schwachstellen oder Fehlerquellen in der Versorgung angesehen und bundesweit ein angemessenes Beschwerdemanagement aufgebaut werden.
- Wenn Patienten (oder ihre Angehörigen) einen Behandlungsfehler vermuten, sollten ihnen transparente, bundesweit in Struktur, Kompetenz und Unabhängigkeit vergleichbare Wege zur außergerichtlichen Klärung des Sachverhaltes offen stehen.

1.5 Sicherung der Qualität in Prävention und Rehabilitation

19. Kinder und Jugendliche bilden eine zentrale Zielgruppe für Strategien zur Gesundheitsförderung und Primärprävention. Zur Umsetzung der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche bietet sich vor allem der Setting-Ansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an. Der Rat analysiert Möglichkeiten zur Umsetzung der Gesundheitsförderung im Setting Schule nach § 20 SGB V und empfiehlt den Krankenkassen verstärkte Aktivitäten auf diesem Gebiet und der Politik die Abstimmung von gesundheits- und bildungspolitischen Maßnahmen. Zudem fordert er eine bessere Integration der Pflege in das krankheitsvorbeugende und gesundheitsfördernde Versorgungsgeschehen. Dies beinhaltet gesundheitspolitische Weichenstellungen, die vornehmlich in der Weiterentwicklung gesetzlicher Rahmenbedingungen sowie der Professionalisierung der Pflege bestehen.

20. Im Rahmen seiner Untersuchung der Beziehungen zwischen der Vergütung und der Qualität der medizinischen Rehabilitation hält der Rat u. a. folgende Gesichtspunkte für wesentlich:

- Den möglichen negativen Effekten, die von der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) im akutstationären Bereich auf die Rehabilitation ausgehen, muss durch eine verstärkte Qualitätssicherung, die beide Sektoren einschließt, entgegengewirkt werden.
- Die Vergütung frührehabilitativer Leistungen im Krankenhaus sollte – zumindest in einer Übergangsphase, bis geeignete Vergütungsmodalitäten für frührehabilitative Fälle ermittelt sind – über gesonderte „Zuschläge“ erfolgen (in Anlehnung an die bisher in Australien angewandte Vergütungsregelung).
- Zeitinvariante Fallpauschalen in der weiterführenden medizinischen Rehabilitation (sowie Komplexpauschalen) stellen kein geeignetes Instrument zur Verbesserung der Qualität in der medizinischen Rehabilitation dar. Geeigneter erscheinen einrichtungsübergreifende, nach dem Rehabilitationsbedarf differenzierte Tagespauschalen.
- Die Rehabilitation sollte auch im Rahmen der Pflege einen höheren Stellenwert erhalten. Um die Pflegeversicherung, die bisher nicht zu den Rehabilitationsträgern gehört, zumindest ansatzweise einzubeziehen, bietet sich ein Budget für die medizinische Rehabilitation Pflegebedürftiger an, das von GKV und sozialer Pflegeversicherung gemeinsam getragen wird.

1.6 Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen

21. Im Rahmen der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen thematisiert der Rat

- die integrierte Versorgung,
- das Disease Management,
- eine Kompetenzbündelung,
- das Rettungswesen sowie
- eine Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur.

22. Die integrierte Versorgung dient instrumental der Erhöhung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung. Das deutsche Gesundheitswesen beinhaltet vor allem im Hinblick auf eine bessere Kooperation und Koordination zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen noch beachtliche Wirtschaftlichkeitsreserven. Der Rat hat deshalb wiederholt neue Versorgungsformen mit höherer Durchlässigkeit und integrierter Zusammenarbeit der Leistungen verschiedener Bereiche angemahnt.

Zur Umsetzung integrierter Versorgungsformen empfiehlt der Rat,

- die gesetzlichen Vorschriften für die integrierte Versorgung von Fehlanreizen und von überflüssigen Regulierungen zu befreien. Dies gilt insbesondere für die Rahmenvereinbarungen, aber auch für andere Rechtsgebiete. Krankenhäuser sollten im Rahmen der integrierten Versorgung vereinbarte Leistungen auch ambulant und bei entsprechender Qualifikation z. B. auch im Rehabilitations- und Pflegebereich erbringen dürfen;
- die Anreize, integrierte Versorgung zu wählen, auf Seiten der Nutzer zu verstärken. Die Anreize für Nutzer, Kassen und Anbieter sollten zur Vermeidung von Risikostrukturen zusammen mit einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich eingeführt werden, der zugleich auch als Anreiz für die Kassen dienen soll, sich um die Versorgung chronisch Kranker zu bemühen;
- die Markteintrittsschranken für Leistungsanbieter integrierter Versorgung möglichst niedrig zu halten. Dazu gehört auch, dass der Vertragsabschluss mit solchen Anbietern nicht davon abhängt, dass sie als Gemeinschaft auftreten;
- eine morbiditätsorientierte Vergütung als Instrument zum Abbau von Über- und Unterversorgung insbesondere in integrierten Versorgungsnetzen. Die netzinterne Gestaltung der Vergütung kann den betreffenden Anbietern überlassen werden.

23. Strukturierte Behandlungs- bzw. Disease-Management-Programme (DMP) für chronisch Kranke sollen eine über die Behandlung akuter Krankheitsepisoden hinausgehende, umfassende und integrierte Versorgung sicherstellen. Die Startphase dieses Reformvorhabens war allerdings geprägt durch zu ambitionierte Zeitpläne und zum Teil auch durch einen Mangel an Evidenz aus praxisbezogener Versorgungsforschung. Darüber hinaus setzt die Verknüpfung der DMP mit dem Risikostrukturausgleich der GKV notwendige, aber nicht hinreichende Anreize für gute Qualität, sondern eher für die Maximierung der Anzahl eingeschriebener Patienten. Daher müssen aus Sicht des Rates u. a.

- klare Verfahrensregeln für die Konsensfindung im Koordinierungsausschuss festgelegt,
- die Programme mit klar definierter Einbeziehung von Prävention, stationärer Versorgung, Rehabilitation und Pflege sektorübergreifend gestaltet,
- Lücken in der Qualitätssicherung der DMP geschlossen,
- Übereinkunft über die Datenverwaltung und -nutzung (neutrales Datenzentrum, Zugriffsregelungen, Einverständnis aller Beteiligten) erzielt,
- ein Qualitätsausschuss mit Steuerungsfunktionen etabliert und
- die Versorgungsforschung intensiviert werden.

24. Der Rat empfiehlt, in Leitlinien für alle infrage kommenden Krankheiten jene speziellen Krankheitsphasen zu definieren, in denen Kompetenzbündelung nützt und in Anspruch genommen werden sollte. *Comprehensive Care Centre* sollten nur anerkannt und gefördert werden, wenn sie akzeptierten Qualitätskriterien entsprechen und auch die dafür notwendigen Mindestzahlen an Patienten erreichen. Vor allem die Versorgung von Patienten mit komplexen und/oder seltenen Krankheitsbildern erfordert sehr spezifisches Wissen, Erfahrung, Ausstattung und i. d. R. enge interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit. Am Beispiel der seltenen neuromuskulären Erkrankungen und der empfohlenen neuromuskulären Zentren als Modell für *Comprehensive Care Centers* wird gezeigt, wie durch die Bündelung von Kompetenz Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen und unnötige, schädigende oder ineffiziente Leistungen vermieden werden können. Es müssen allerdings Regelungen gefunden werden, welche die Finanzierung dieser Spezialeinrichtungen – unabhängig vom vertragsärztlichen Sektor – sicherstellen.

25. Das Einsatzaufkommen im Rettungsdienst nahm im Verlauf der 1990er Jahre deutlich zu. Die Ausgaben der GKV für „Fahrtkosten“, die auch Ausgaben für Rettungsdienste umfassen, stiegen im Zeitraum von 1993 bis 2001 von 1,5 auf rund 2,6 Mrd. Euro und damit um ca. 70 %. Neben der Steigerung des Einsatzaufkommens und der Ausgabenentwicklung bilden Auswirkungen der Einführung eines DRG-Systems in der Krankenhausfinanzierung einen Ausgangspunkt für Überlegungen zur Fortentwicklung im Rettungsdienst. Eine abnehmende Krankenhäusdichte und eine zunehmende Profilbildung von Krankenhäusern durch Spezialisierung und durch die Einrichtung von Kompetenzzentren kann zu einer verminderten Teilnahme einzelner Krankenhäuser an der Versorgung von Notfallpatienten und zu einer Verringerung der Zahl der Notarztstandorte und Betten für Notfallpatienten sowie zu längeren Transportwegen führen. Krankenhaus- und Rettungsdienstplanung bedürfen insofern einer besseren Abstimmung als bisher.

Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Strukturen im Rettungswesen mit dem Ziel der Verbesserung bzw. Sicherung von Qualität und Effizienz sieht der Rat vor allem auf folgenden Gebieten:

- Neuzuschnitt von Rettungsdienstbereichen, Betrieb von Leitstellen als „integrierte Leitstellen“ unter Einbindung eines funktionierenden vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes,
- Einführung einer bundeseinheitlichen Notrufnummer,
- Aus-, Weiter- und Fortbildung von rettungsdienstlichem Fachpersonal und von Notärzten und Stärkung des Qualitätsmanagements,
- mehr Transparenz über Leistungen und Kosten im Rettungswesen und Entwicklung innovativer Vergütungsmodelle unter Einbezug der GKV.

26. Eine Bestandsaufnahme der Krankenhausstruktur kann an folgenden Grundfunktionen des Krankenhauses ansetzen, die am einzelnen Standort kombinierbar sind: Notfallversorgung, zeitlich planbare Versorgung, Rehabilitation, Überleitung in Pflegeeinrichtungen, Hospizversorgung und auch ambulante ärztliche Versorgung. Daneben übernehmen Krankenhäuser Aufgaben im Bereich von Aus-, Weiter- und Fortbildung, klinischer Forschung, Diffusion medizinischer Erkenntnisse und medizinisch-technischer Entwicklungen sowie (zukünftig vermehrt) Versorgungsforschung. Der Rat empfiehlt u. a.

- funktionsbezogene und regionalisierte Bedarfsanalysen als Voraussetzung für eine Krankenhaus-Rahmenplanung,
- die Vereinbarung der Versorgungsaufträge von Krankenhäusern nach Funktion und Versorgungskapazität auf der Basis dieser Rahmenplanung,
- die verstärkte Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen,
- die Etablierung von „Consultant“-Systemen zur Erweiterung des Leistungsspektrums und zur Verbesserung der Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten,
- die Neuordnung der Investitionsfinanzierung und
- die Intensivierung der Versorgungsforschung mit dem Ziel, Planungsprozesse zu unterstützen.

27. Mindestleistungsvolumina als Hilfsgröße zur Bewertung der Leistungsfähigkeit werden künftig an Bedeutung gewinnen. Eine darauf beruhende komplementäre Schwerpunktsetzung von Krankenhäusern kann zur wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen beitragen. Mit einer Erhöhung des Marktanteils privater Eigentümer ist zu rechnen, wobei noch weitgehend offen bleibt, welchen Einfluss diese Entwicklung auf Leistungsangebot und Qualität der Krankenhausversorgung ausüben wird.

Die Konzeption eines das DRG-System berücksichtigenden ordnungspolitischen Rahmens bildet eine Voraussetzung für strategische Überlegungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur und von einzelnen Krankenhäusern. Um die Planungssicherheit der Krankenträger und der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zu verbessern, sollte diese gesundheitspolitische Aufgabe möglichst bald in Angriff genommen werden.

2 Das System und seine Finanzierung

2.1 Einführung: Das Solidarprinzip im Rahmen gesundheitspolitischer Ziele

2.1.1 Die Leistungsgewährung

28. Der Rat hat in der Vergangenheit mehrfach, zuletzt in seinem Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit (Gutachten 2000/2001, Band I), zur Überwindung der einseitigen Inputbetrachtung des Gesundheitswesens und hier vor allem der GKV eine Zielorientierung der Gesundheitsversorgung angemahnt. Aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive können Gesundheitsleistungen

- nicht nur die gesundheitlichen Outcomes verbessern und damit die Lebenserwartung und -qualität steigern, sondern auch
- Arbeitsplätze schaffen,
- das Wachstum des realen Sozialproduktes erhöhen sowie
- Produktivitäts- und Kapazitätseffekte erzeugen und damit das Humankapital quantitativ und qualitativ erweitern.

Neben diese gesundheitlichen Ziele sowie – je nach Konjunktur- und Arbeitsmarktlage – positive Beschäftigungs-, Wachstums-, Produktivitäts- und Kapazitätseffekte der Gesundheitsversorgung treten noch verteilungspolitische Postulate, die in der GKV vor allem in ihrer Orientierung am sog. Solidarprinzip zum Ausdruck kommen. Da die folgenden Ausführungen vor dem Hintergrund aktueller und unter Status-quo-Bedingungen auch künftig drohender Budgetdefizite in der GKV nach geeigneten Handlungsoptionen suchen, um die Lücke zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung zu schließen, rücken das Solidarprinzip und im weiteren Sinne auch ethische Kriterien in den Mittelpunkt einer zielorientierten Reformbetrachtung. Sofern sich die Reformmaßnahmen nicht auf eine reine Umfinanzierung von GKV-Leistungen durch andere Zweige der Sozialversicherung oder öffentliche Gebietskörperschaften beschränken, stehen im Rahmen einer Budgetkonsolidierung zwangsläufig diskretionäre Ausgabenkürzungen und/oder Einnahmenerhöhungen zur Diskussion. Die möglichen Reformalternativen gilt es dann unter fiskalischen, allokativen und distributiven Aspekten zu analysieren und gegeneinander abzuwägen¹. Dabei besteht zwischen der fiskalischen und der allokativen Zielsetzung insofern eine komplementäre Beziehung, als fiskalisch ergiebige Maßnahmen gleichzeitig eine spürbare Beitragssatzsenkung und damit eine Entlastung der Lohnnebenkosten der Unternehmen und der Sozialabgaben der privaten Haushalte ermöglichen. Es liegt

¹ Da die Patienten die Gesundheitsleistungen weitgehend unabhängig vom Konjunkturverlauf benötigen, spielt die konjunkturpolitische Stabilisierung hier als Zieldimension eher eine untergeordnete Rolle. Die Finanzierungsprobleme der GKV wurzeln derzeit allerdings primär in der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung (siehe unten unter 2.2.1), so dass Maßnahmen, die z. B. zu einem Abbau der Arbeitslosigkeit beitragen, ihrerseits die Finanzierungsbasis der GKV verbessern und damit ihre fiskalischen Probleme mildern.

jedoch nahe, dass diskretionäre Ausgaben- und Leistungskürzungen wie auch Einnahmenerhöhungen mit dem Solidarprinzip in Konflikt geraten können.

29. Der Begriff „Solidarität“ unterliegt ähnlich anderen moralischen Wertbegriffen, wie Gerechtigkeit, Fairness, Eigenverantwortung und Mündigkeit, „gemeinhin einem Leerformelverdacht“ (Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 1994). Der Versuch einer gewissen Konkretisierung kann zum einen an der Ausgaben- bzw. Leistungsseite und zum anderen an der Einnahmenseite bzw. der Beitragsgestaltung ansetzen.

Ein Element des Solidarprinzips auf der Ausgaben- bzw. Leistungsseite der GKV besteht zunächst darin, dass die Leistungsgewährung mit Ausnahme des Krankengeldes völlig unabhängig von den Beitragszahlungen der Versicherten erfolgt. Dieses Solidarelement nimmt mit einer Einengung des Leistungskataloges der GKV im Prinzip ab, denn Versicherte mit höherem Einkommen können ausgeschlossene Leistungen, auf die sie nicht verzichten möchten, leichter im Rahmen der Selbstmedikation oder mit Hilfe einer privaten prämierten Zusatzversicherung erwerben.

30. Die GKV kennt keinen eindeutig festgelegten Katalog, der den objektiven Bedarf der Versicherten, d. h. die solidarisch in der GKV finanzierten Leistungen von subjektiven Behandlungswünschen abgrenzt (siehe auch unten unter 2.3.5.2). Der Versicherte besitzt allerdings gemäß den §§ 2, 11 und 12 SGB V nur einen Anspruch auf wirksame, wirtschaftliche, notwendige, ausreichende und zweckmäßige Leistungen. Diese Leistungen müssen nach § 2 Abs. 1 SGB V in Qualität und Wirksamkeit dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Unter der Überschrift „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“ fasst § 70 SGB V diese Kriterien noch einmal zusammen und fügt noch die Maxime „bedarfsgerecht und gleichmäßig“ sowie „humane Krankenbehandlungen durch geeignete Maßnahmen“ hinzu. Einige dieser Kriterien, wie z. B. die humane und dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung, orientieren sich stärker an medizinisch-ethischen Normen, andere wiederum, wie die wirtschaftliche oder das Maß des Notwendigen nicht übersteigende Gesundheitsversorgung, mehr an ökonomischen Prinzipien (Wille, E. 1997). Die übrigen Kriterien, wie die bedarfsgerechte, gleichmäßige, ausreichende und zweckmäßige Behandlung, spiegeln sowohl medizinisch-ethische als auch ökonomische Postulate wider. Mehrere dieser Kriterien, wie z. B. die wirksame, notwendige, ausreichende, bedarfsgerechte und humane Behandlung, enthalten implizite Hinweise auf das Solidarprinzip bzw. distributive Normen. Die Forderung nach einer gleichmäßigen Versorgung betont explizit das Verteilungspostulat.

31. Die Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (1994) führt die folgenden fünf Ziele als zentrale Rahmenbedingungen eines ethisch orientierten Gesundheitssystems an:

- gute Krankenversorgung und Gesundheitsfürsorge,
- Versorgungssicherheit,
- gleicher Zugang,
- Ausgleich der sich aus der „natürlichen“ und „sozialen Lotterie“ ergebenden Ungleichheiten sowie
- Sicherung von Freiheitsspielräumen.

Während die ersten drei Ziele die Leistungsseite der Gesundheitsversorgung betreffen, zielt der Ausgleich von Ungleichheiten im Wesentlichen auf eine solidarische Finanzierung ab. Bei der Sicherung von Freiheitsspielräumen sieht die Akademie die entscheidenden Hindernisse zum einen „im Fehlen von Wahlmöglichkeiten“ und zum anderen in der „Unfähigkeit, wählen zu können“. Die Ziele Solidarität und Wahlfreiheit können, müssen aber nicht zwangsläufig in einem konfliktären Verhältnis stehen. „Wahlfreiheit des Versicherungsnehmers kann man sich auch durch Wahlmöglichkeiten in der Sozialversicherung realisiert denken“ (ebenda). Die Akademie weist in diesem Kontext auch darauf hin, dass die Solidarität keine Einbahnstraße darstellt, die nur die Gesellschaft gegenüber dem einzelnen Individuum zu solidarischen Leistungen verpflichtet. Sie verlangt daneben auch ein solidarisches Verhalten vom Einzelnen gegenüber der Versichertengemeinschaft. So liegt eine eigenverantwortliche Lebensweise nicht nur im Interesse des einzelnen Individuums, sondern bildet insofern für ihn auch eine Verpflichtung, „als im Falle von (vermeidbarer) Krankheit die Solidargemeinschaft den überwiegenden Teil der dann anfallenden Kosten trägt“. Der Gesetzgeber berücksichtigt diesen Aspekt – wenn auch in einem etwas anders gelagerten Zusammenhang – ebenfalls, denn nach § 2 Abs. 1 SGB V gewähren die Krankenkassen den Versicherten nur Leistungen, soweit diese „nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden“ (Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 1994).

32. Obgleich die GKV den Versicherten keine für alle Zeit verbindliche Leistungszusagen im Sinne eines sakrosankten Kataloges zu geben vermag, der Leistungskatalog im Zeitablauf vielmehr durch Zu- und Abgänge variabel bleibt, zieht der Versicherungscharakter der GKV in Verbindung mit dem Umlageverfahren einer diskretionären Niveauabsenkung gewisse, wenn auch im Detail nicht trennscharfe, Untergrenzen. Im Umlageverfahren der GKV alimentieren zeitlich horizontal betrachtet junge Versicherte, die – von anderen Umverteilungskomponenten abgesehen – höhere als altersadäquate Beiträge entrichten, ältere Versicherte. Die jungen Versicherten gewinnen durch diese Unterstützungsleistung einen Anspruch auf eine entsprechende Entlastung im Alter, d. h. auf niedrigere als altersadäquate Beiträge durch die dann junge Generation. In der GRV, in der diese horizontalen Transfers allerdings deutlich höher ausfallen, qualifizierte das Verfassungsgericht diese Ansprüche der Versicherten als eigentumsähnliche Rechte. Eine radikale Einengung des Leistungskataloges der GKV würde diesen im Umlageverfahren angelegten Generationenvertrag zu Lasten einer Generation verletzen. Eine solche Maßnahme diskriminiert in intertemporaler und intergenerativer Hinsicht die heute ältere Generation zugunsten der heutigen Beitragszahler. Da die heute älteren Versicherten früher der damals alten Generation im Zuge des Umlageverfahrens ein bestimmtes Versorgungsniveau ermöglichten, stehen einer radikalen Absenkung des Versorgungsniveaus Versiche-

rungs- und intergenerative Gerechtigkeitsaspekte entgegen. Dies schließt aber aus intergenerativer Sicht maßvolle Abstriche beim Leistungskatalog und/oder höhere Beiträge bzw. Zuzahlungen insofern nicht aus, als die heute ältere Generation wegen der längeren Lebenserwartung und infolge der veränderten demographischen Struktur unter Status-quo-Bedingungen relative Vorteile gegenüber der vorangegangenen Generation besitzt. Die heute ältere Generation als eine relativ große Gruppe erbrachte für die vorangegangene eine pro Versicherten geringere intertemporale Unterstützungsleistung, als sie von der nachfolgenden unter Status-quo-Bedingungen erhalten würde.

33. Diese kursorischen intertemporalen Überlegungen sollen verdeutlichen, dass das Solidarprinzip nicht nur eine intragenerative, d. h. zeitlich horizontale, sondern auch eine intergenerative Komponente beinhaltet. Dabei können zwischen den intragenerativen Verteilungseffekten und den intergenerativen Distributionswirkungen auch Zielkonflikte auftreten. Eine Einengung des Leistungskataloges und/oder eine Erhöhung von Zuzahlungen wirkt in intragenerativer Hinsicht, d. h. bei horizontaler Betrachtung, verteilungspolitisch regressiv, denn sie belastet Versicherte mit geringerem Einkommen relativ stärker. Dagegen können diese Maßnahmen bei einem starken Wandel der demographischen Struktur aus intergenerativer Perspektive durchaus zur Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Generationen beitragen. Schätzungen im Rahmen von Generationenkonten deuten darauf hin, dass das geltende Umlageverfahren, vor allem infolge des demographischen Strukturwandels, den Generationenvertrag gefährdet, indem es künftigen Generationen eine zu große Last aufbürdet (Raffelhüsch, B. 2003).

2.1.2 Die solidarische Finanzierung

34. Bei im Wesentlichen gleicher Leistungsgewährung für alle Versicherten liegt das Schwergewicht des Solidargedankens in der GKV auf der Finanzierungsseite, d. h. in der Beitragsgestaltung. Im Hinblick auf die Finanzierung öffentlicher bzw. gemeinschaftlicher Leistungen kennt die Finanzwissenschaft zwei fundamentale Prinzipien der Abgabenerhebung: das Äquivalenzprinzip und das Leistungsfähigkeitsprinzip. Im Sinne des Äquivalenzprinzips entrichten der Versicherte oder die Versichertengemeinschaft eine den vereinbarten bzw. empfangenen Leistungen äquivalente Abgabe. Bei der individuellen Äquivalenz besteht eine unmittelbare individuelle Zurechenbarkeit zwischen der Abgabe und der mit ihr finanzierten Leistung. Die individuelle Äquivalenz findet sich generell bei marktwirtschaftlicher Koordination, d. h. bei Käufen am Markt, und im Rahmen der öffentlichen Abgabenerhebung bei Gebühren. Bei der gruppenmäßigen Äquivalenz reduziert sich die Zurechenbarkeit zwischen den öffentlichen Abgaben und den mit ihnen finanzierten Leistungen auf eine bestimmte Gruppe von Personen. Typische Beispiele bilden hier die Kurtaxe und die Anliegerbeiträge, aber auch weitgehend die Beiträge zur GKV und zur sozialen Pflegeversicherung.

35. Das Leistungsfähigkeitsprinzip orientiert sich im Gegensatz dazu nicht an irgendeiner Zurechenbarkeit von empfangener Leistung und zu zahlender Abgabe, sondern an der Fähigkeit des Bürgers, eine Abgabe zur Finanzierung der Ausgaben bzw. der öffentlichen Güter und Dienste zu leisten. Dieses Prinzip erlaubt bereits deduktiv zwei grundsätzliche Aussagen zur Verteilung der Finanzierungslast. Im

Sinne der horizontalen Gerechtigkeit sollen Personen mit gleicher Leistungsfähigkeit gleich hohe Abgaben entrichten und unter dem Aspekt der vertikalen Gerechtigkeit Personen mit unterschiedlicher Leistungsfähigkeit unterschiedlich hohe Abgaben. Die Verteilung der Abgabenlast nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip weicht insbesondere dann von der Abgabenbemessung nach dem Äquivalenzprinzip ab, wenn gut verdienende Versicherte, die im Rahmen der GKV hohe Beiträge entrichten, gute Risiken darstellen. Sie nehmen dann die vornehmlich aus ihren Beiträgen finanzierten Leistungen kaum oder gar nicht in Anspruch, während auf der anderen Seite Versicherte mit geringeren Beitragszahlungen als schlechte Risiken, z. B. im Falle einer Multimorbidität, extrem hohe Leistungen empfangen (Wille, E. 1997).

36. Die individuelle Äquivalenz herrschte zu Beginn der GKV zumindest im Bereich des beitragsäquivalenten Krankengeldes vor, welches damals den größten Posten der Ausgaben einnahm. In der Folgezeit wurde, verbunden mit Steigerungen der Beitragsbemessungs- und der Pflichtversicherungsgrenze sowie der Ausweitung der Finanzierung von beitragsunabhängigen Gesundheitsleistungen, das Leistungsfähigkeitsprinzip stärker betont. Analog dazu nahm die Bedeutung des Krankengeldes durch die zunehmende Verlagerung der Lohnfortzahlung auf den Arbeitgeber ab und damit auch die Bedeutung der individuellen Äquivalenz. Heute besteht nur noch eine sehr schwache individuelle Zurechenbarkeit zwischen Beitragszahlungen und Leistungen aus der GKV, denn außer dem Krankengeld lässt sich nur noch die Beitragsbemessungsgrenze als „Relikt“ der individuellen Äquivalenz interpretieren. Dies unterscheidet die GKV und die soziale Pflegeversicherung auch von der gesetzlichen Renten- und der Arbeitslosenversicherung, die trotz sozialer Elemente einen wesentlich stärkeren Bezug zur individuellen Äquivalenz aufweisen, denn bei diesen Versicherungszweigen hängt die individuelle Leistungswahrung von der Höhe der gezahlten Beiträge ab.

37. Da die Leistungen der GKV grundsätzlich nur den Personen zugute kommen, die auch zu deren Finanzierung beitragen², besteht für den Bereich der GKV noch eine gruppenmäßige Äquivalenz, was die GKV-Beiträge von den allgemeinen Steuern abgrenzt. Die GKV umfasst allerdings ca. 90 % der Bevölkerung, so dass die gruppenmäßige Äquivalenz im Hinblick auf den Kreis der Versicherten nur noch eine schwache Ausprägung besitzt. Ihre gruppenmäßige Äquivalenz und damit auch materiell ihr Versicherungscharakter kommen jedoch auch darin zum Ausdruck, dass zwischen den Beiträgen der Versicherten und den mit diesen Abgaben finanzierten Leistungen eine eindeutige Zurechenbarkeit im Sinne einer Zweckbindung dieser finanziellen Mittel besteht. Eine allzu einseitige Ausrichtung am Leistungsfähigkeitsprinzip würde den Beiträgen der GKV ihren Versicherungscharakter rauben und die Grenze zur Einkommensteuer fließend werden lassen. Eine ausschließliche Orientierung der GKV am Leistungsfähigkeitsprinzip mündet zwangsläufig in eine (einkommens-)steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung in Verbindung mit einer Einheitskasse. Die strikte Anwendung des Leistungsfähigkeitsprin-

zips erfordert allerdings auch, dass sich die Abgabenerhebung nicht primär auf Arbeitsentgelte und Rentenzahlungen erstreckt, sondern alle Einkunftsarten mit einbezieht, die eine individuelle Leistungsfähigkeit generieren.

38. Das Kernproblem einer wissenschaftlichen Analyse der Beitragsgestaltung in der GKV besteht darin, dass sich die geltende solidarische Finanzierung im Unterschied zum Äquivalenz- und Leistungsfähigkeitsprinzip nicht auf eine konsistente ökonomische Theorie zu stützen vermag. Sie stellt vielmehr ein historisch gewachsenes Mixtum aus Elementen der individuellen Äquivalenz (z. B. Krankengeld, Beitragsbemessungsgrenze), der gruppenmäßigen Äquivalenz (Beiträge statt risikoäquivalenter Prämien oder allgemeiner Steuern) und des Leistungsfähigkeitsprinzips (einkommens- bzw. entgeltabhängige Beiträge) dar. Das Solidarprinzip, an dem sich die Finanzierung in der GKV orientiert, bildet kein theoretisch fundiertes Paradigma, aus dessen Normen sich schlüssige Aussagen über die „optimale Beitragsgestaltung“ ableiten lassen. Eine „Solidargemeinschaft“ stellt in gewisser Weise jede Versicherung dar, denn auch in der privaten Krankenversicherung erfolgt ex post betrachtet immer eine Umverteilung von schadensfreien Mitgliedern zu solchen, die einen Schaden erlitten.

39. Die spezifisch solidarische Finanzierung der GKV, die in distributiver Hinsicht über eine private Versicherung mit risikoäquivalenten Prämien hinausgeht, besteht in Form einer Ex-ante-Umverteilung

- von gesunden zu kranken Versicherten (Risikoausgleich),
- von Beziehern höherer Arbeitsentgelte zu solchen mit niedrigeren Löhnen und Gehältern (Einkommensumverteilung),
- von Alleinstehenden zu kinderreichen Familien (Familienlastenausgleich) sowie
- von jungen zu alten Versicherten (Generationenausgleich).

Zudem gibt es in der GKV im Unterschied zu privaten Krankenversicherungen für alle Krankenkassen unabhängig vom jeweiligen Krankheitsrisiko des Nachfragers grundsätzlich Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot. Der Kontrahierungszwang garantiert dem Versicherten auch dann noch die volle Übernahme des finanziellen Krankheitsrisikos, wenn seine Krankenkasse infolge des intensiven Wettbewerbs aus dem Markt ausscheidet. Das solidarische Finanzierungselement erfuhr darüber hinaus noch durch den bundesweiten, kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich (RSA) eine Ausdehnung bzw. Intensivierung, denn er führte zu einer deutlichen Reduktion der Beitragssatzunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen. Der RSA und die unterschiedlichen Beitragssätze der einzelnen Krankenkassen grenzen auf zwei unterschiedlichen, vertikal verschachtelten Ebenen verschiedene Solidargemeinschaften voneinander ab.

40. Die Ex-ante-Umverteilungswirkungen, die das Solidarprinzip im Rahmen der Beitragsgestaltung in der GKV charakterisieren, können sich allerdings bei einzelnen Versicherten bzw. Haushalten überlagern und in ihren Effekten gegenläufige Tendenzen aufweisen. So befindet sich auch bei horizontaler zeitlicher Betrachtung ein relativ gesunder Familienvater mit überdurchschnittlichem Arbeits-

² Diese Aussage stellt auf den Haushalt des Mitglieds ab, der auch die u. U. beitragsfreien Familienangehörigen einschließt.

entgelt und einer kinderreichen Familie mit einem kranken Kind im Hinblick auf den persönlichen Risikoausgleich und die Einkommensumverteilung in der Position des Nettozahlers, hinsichtlich des „Familienlastenausgleichs“ in der des Nettoempfängers. Angesichts der vier Umverteilungselemente, die in unterschiedliche Richtungen wirken können, bleibt der distributive Saldo eines Versicherten (quantitativ) intransparent und häufig auch in seinem Vorzeichen unklar. So kann ein Versicherter mit mittlerem Arbeitsentgelt und sehr guter Gesundheit die Position eines Nettozahlers und ein Versicherter mit hohem Arbeitsentgelt aber schlechter Gesundheit diejenige eines Nettoempfängers einnehmen.

41. In intertemporaler Hinsicht können sich die Vorzeichen der distributiven Effekte für einen Versicherten im Zeitablauf bei jedem der vier Umverteilungselemente ändern. Beim Generationen- und Familienlastenausgleich geschieht dies sogar zwangsläufig bzw. häufig. Wie bereits unter 2.1.1 erwähnt, entrichtet ein junges Mitglied in der GKV einen höheren als altersadäquaten Beitrag, um dann im Alter einen niedrigeren als den altersspezifischen zu zahlen. Sofern dieses Mitglied zeitlebens in der GKV bleibt und als normales Risiko eine durchschnittliche Lebenserwartung aufweist, würden hier bei gegebener demographischer Struktur im Hinblick auf das Umverteilungselement Generationenausgleich aus intertemporaler Sicht kaum distributive Effekte auftreten. Zumindest im Bezug auf das Vorzeichen der distributiven Effekte verhält es sich beim Familienlastenausgleich ähnlich, denn auch hier nimmt ein Versicherter oft nur temporär die Position eines Nettoempfängers ein, um danach wieder in die des Nettozahlers zu wechseln. In deutlich abgeschwächter Form kann dies auch beim Risikoausgleich und der Einkommensumverteilung geschehen, obgleich ein Vorzeichenwechsel der distributiven Effekte hier nicht den Regelfall bilden dürfte. Insgesamt gesehen bleibt aber festzuhalten, dass die Umverteilungswirkungen der solidarischen Finanzierung im Längsschnitt deutlich schwächer ausfallen, als dies bei horizontaler Betrachtung den Anschein besitzt.

2.1.3 Das Solidarprinzip in der Wertschätzung der Bevölkerung

42. Befragungen über die Präferenzen der Bürger, Versicherten und Patienten im Hinblick auf das Solidarprinzip sowie die Wahrnehmung und Bewertung seiner distributiven und allokativen Wirkungen wurden in Deutschland erst recht spät unternommen (Marstedt, G. 2002). Eine starke Verankerung des Solidarprinzips wurde jedoch in allen quantitativen und qualitativen Erhebungen ab Anfang der neunziger Jahre durchgängig bestätigt (Offè, C. et al. o. J.; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 1995; Marstedt, G. et al. 1996; Ullrich, C. G. 1996, 2002a; Roller, E. 1996; Mau, S. 1997; Wasem, J. 1999; Zok, K. 2002; Nolting, H.-D. u. Wasem, J. 2002; Böcken, J. et al. 2002). Eine Studie in Nordrhein-Westfalen erbrachte u. a. „massive Bedenken gegen eine Aufweichung des Solidarprinzips in der GKV“ (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 1995). Eine Umfrage im Auftrag der Firma Janssen-Cilag GmbH kam zu dem Ergebnis: „Das Solidarprinzip (...) wird von einer breiten Mehrheit der Bevölkerung akzeptiert“ (Wasem, J. 1999).

Diese in allen Umfragen im Grundsatz klare, in einzelnen Aspekten indes differenziertere Bejahung des Solidarprinzips in der GKV wurde auch in qualitativen Untersuchungen bestätigt (Ullrich, C. G. 1996, 2002a), in die v. a. „Nettozahler“ einbezogen wurden. Dabei zeigte sich, dass „die GKV insgesamt sowie ihre Regelungen der Finanzierung und Leistungsgewährung (...) überwiegend als gerecht beurteilt (werden). Die Gerechtigkeitsüberzeugungen der Befragten werden vom Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit bestimmt. Es gibt somit eine deutliche Übereinstimmung von institutionell³ verankerten Gerechtigkeitsprinzipien und den Gerechtigkeitsüberzeugungen der Adressaten“ (Ullrich, C. G. 2002a, S. 19).

43. In der jüngsten repräsentativen Studie zu diesem Themenkomplex, dem von der Bertelsmann Stiftung durchgeführten „Gesundheitsmonitor“ (Böcken, J. et al. 2002), wird differenziert deutlich, dass sich diese hohe Akzeptanz auf alle vier distributiven Komponenten des Solidarprinzips bezieht (vgl. Abbildung 1, S. 28).

Die Dimensionen Einkommensumverteilung, Generationenausgleich und Risikoausgleich verzeichnen sämtlich Zustimmungswerten („vollkommen gerecht“ und „überwiegend gerecht“) von ca. 80 %. Diese Zustimmungswerten sind um so erstaunlicher, als die GKV mit ihrer bis auf das Krankengeld durchgängigen Nicht-Berücksichtigung des Äquivalenzprinzips erheblich höhere Anforderungen an die Solidaritätsbereitschaft der Versicherten stellt als die anderen Zweige der Sozialversicherung (Ullrich, C. G. 1996).

Lediglich im Hinblick auf die wahrgenommene Bevorzugung von Verheirateten und Familien mit Kindern verdoppelt sich der Anteil kritischer Stimmen, die ansonsten bei rund 20 % liegen, auf nahezu 40 %. Augenscheinlich werden Verheiratete und Familien mit Kindern nicht – wie Kranke, Ältere und Ärmere – per se als „Schwächere“ wahrgenommen, für die man bereit ist, finanzielle Unterstützung zu leisten.

44. Gewisse Differenzierungen in der Akzeptanz bzw. Unterstützung des Solidarprinzips zeigen sich auch in Abhängigkeit von der jeweiligen persönlichen Betroffenheit, v. a. zwischen „Gebern“ und „Nehmern“, zwischen „Begünstigten“ und „Belasteten“ (vgl. Tabelle 1, S. 28).

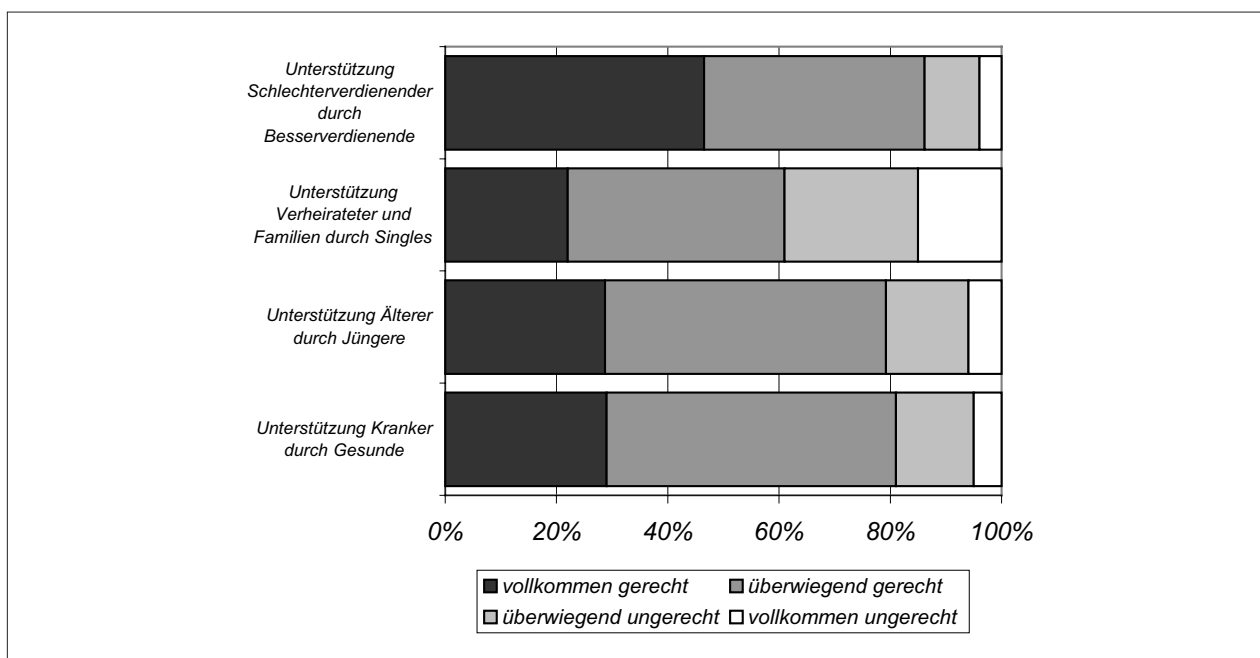
Die sich aus der Wahrnehmung der eigenen Betroffenheit und Interessenlage ergebenden Differenzen bleiben relativ gering: auch „Gesunde“ befürworten zu ca. 80 % die Unterstützung von Kranken durch Gesunde. Auch junge Menschen bis zum 24. Lebensjahr sind zu 73 % bereit, Ältere durch den Solidarausgleich zu unterstützen, und das Prinzip „Reichere unterstützen Ärmere“ findet auch in den obersten Einkommensklassen noch bei 82 % Unterstützung. Wie schon bei der Globalbetrachtung (vgl. Abbildung 1) findet der Familienlastenausgleich auch bei der Differenzierung nach Betroffenheit die relativ geringste Unterstützung: Während 67 % der Verheirateten dieses Prinzip bejahen, sinkt die Unterstützung bei den allein Stehenden auf 53 %.

45. Generell zeigen sich auch deutliche Effekte des sozioökonomischen Status (Stellung im Beruf, Ausbildung, Ein-

³ Der Begriff „institutionell“ bezieht sich hier auf diejenigen sozialen Einrichtungen, die soziales Handeln dauerhaft strukturieren, normativ regeln und legitimieren (z. B. Giddens, A. 1995).

Abbildung 1

Von Versicherten wahrgenommene Gerechtigkeit der einzelnen Umverteilungsfunktionen des Solidarprinzips



Quelle: Marstedt, G. (2002)

Tabelle 1

Zustimmung zu unterschiedlichen Aspekten des Solidarprinzips^{a)}

	Gesundheitszustand					
	chronisch Erkrankte	nicht chron. Erkrankte	„Kranke“ ^{b)}	„Gesunde“	Behinderte	Nicht Behinderte
Unterstützung Kranker durch Gesunde	86	80	86	80	84	80
	Lebensalter					
	bis 24 J.	25–34 J.	35–44 J.	45–54 J.	55–64 J.	über 64 J.
Unterstützung Älterer durch Jüngere	73	73	78	80	82	87
	Familienstand					
	verheiratet	alleinstehend				
Unterstützung Verheirateter und Familien durch Alleinstehende	67	53				
	Monatseinkommen je Haushaltsmitglied					
	bis 600 €	601–800 €	801–1 200 €	1 201–1 500 €	über 1 500 €	
Unterstützung Schlechterverdienender durch Besserverdienende	90	86	89	85	82	

a) Befragte in Prozent, die den jeweiligen Aspekt als vollkommen oder überwiegend gerecht wahrnehmen.

b) Befragte mit „lang andauernder Krankheit, Behinderung oder körperlicher Gebrechlichkeit“.

Quelle: Marstedt, G. (2002)

kommen) auf die Solidarbereitschaft: Mit steigendem sozialen Status verschiebt sich das Gewicht stark weg von Positionen, die das jetzige System befürworten, allerdings nicht in Richtung auf eine private Risikoversicherung nach dem Äquivalenzprinzip (eine solche wird ohne wesentliche Differenzierungen nach der Höhe des Einkommens von weniger als 15 % der Befragten befürwortet), sondern in Richtung auf den Wunsch nach Einführung von Grund- und Wahlleistungen. Während eine solche Entwicklung nur von ca. 20 % der Befragten mit einem Pro-Kopf-Einkommen von monatlich netto bis 600 Euro befürwortet wird, steigt diese Quote bei einem Einkommen von mehr als 1 500 Euro auf fast 50 % (vgl. Abbildung 2). Rechnet man zu dieser Gruppe jene Personen hinzu, die eine private Risikoversicherung befürworten, so hat das Solidarprinzip in seiner jetzigen Ausprägung in dieser Einkommensgruppe derzeit keine Mehrheit.

46. Eine nähere Analyse der mit diesen Präferenzaussagen gemeinten Versorgungswirklichkeit zeigt, dass von den mit Aufteilungen zwischen Grund- und Wahlleistungen verbundenen Einschränkungen des gegenwärtigen Leistungsumfangs v. a. Einschränkungen der freien Arztwahl im Rahmen hausärztlicher Versorgung eine hohe Akzeptanz finden. Diese werden von 80 % der Befragten akzeptiert, wenn damit eine „erhebliche Senkung der Beiträge“ verbunden ist (vgl. Abbildung 3, S. 30).

Gegenüber der sehr weitgehenden Akzeptanz der Einschränkung der freien Arztwahl im Rahmen einer entspre-

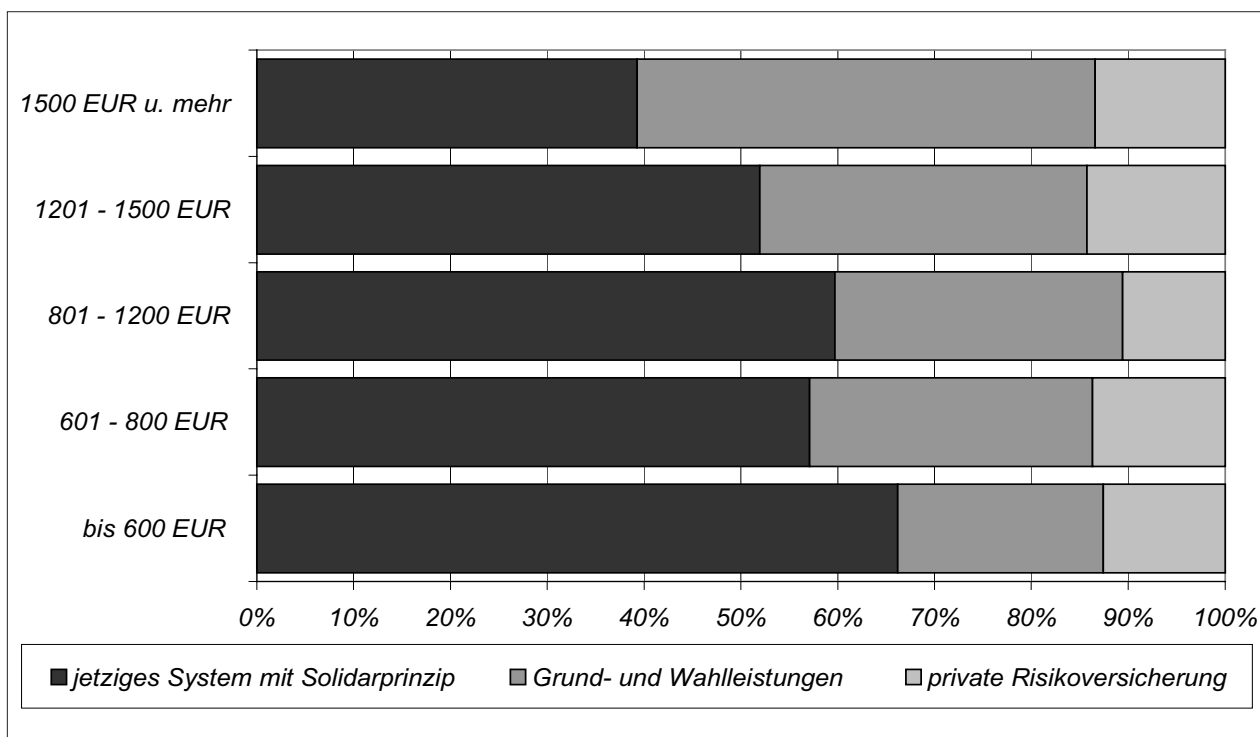
chenden Hausarzt-Versorgung fällt die Akzeptanz der anderen Varianten von Grund- und Wahlleistungen sehr deutlich zurück. Dieses Bild wird noch deutlicher, wenn die Bereitschaft z. B. zu einem Tarif mit höheren Direktzahlungen („Selbstbeteiligungstarif“) in Beziehung zum Haushaltseinkommen und zur persönlichen Betroffenheit (chronische Erkrankung oder Behinderung) in Beziehung gesetzt wird (vgl. Abbildung 4, S. 30).

Es zeigt sich, dass die Bedeutung der persönlichen Betroffenheit weit hinter dem Einfluss des sozio-ökonomischen Status (hier ausgedrückt durch das persönliche Einkommen) zurück bleibt: Das Interesse an „Selbstbeteiligungstarifen“⁴ und damit an Einschränkungen der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken durch Direktzahlungen korreliert kaum mit dem gesundheitlichen Status, sehr stark jedoch mit der Einkommenshöhe: Befragte mit einem Monatseinkommen bis 600 Euro sind zu deutlich weniger als 10 % an solchen Tarifen interessiert, bei einem Einkommen von mehr als 1 500 Euro pro Monat steigt diese Quote auf 20 bis 30 %.

⁴ Mit „Selbstbeteiligungstarifen“ sind hier jene Formen der Selbstbeteiligung gemeint, bei denen die Patienten die Krankenbehandlungskosten entweder bis zu einem bestimmten Sockelbetrag generell privat tragen müssen oder sie je nach Leistungsanspruchnahme – also durch prozentual oder nominal definierte Zuzahlungen – beteiligt werden. Nicht gemeint ist hingegen das Modell kassenspezifischer Wahlleistungen, die für alle Versicherten der jeweiligen Kasse obligatorisch sind.

Abbildung 2

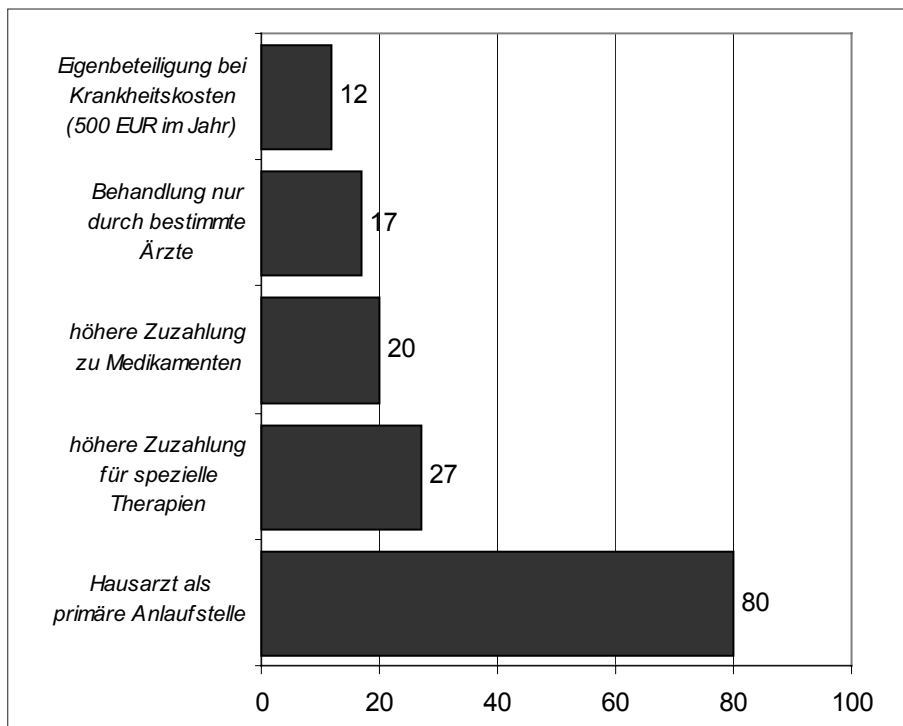
Von Versicherten bevorzugtes System der Risikovorsorge nach gewichtetem monatlichem Haushaltsnettoeinkommen je Person im Haushalt



Quelle: Zur Verfügung gestellt von G. Marstedt, Universität Bremen

Abbildung 3

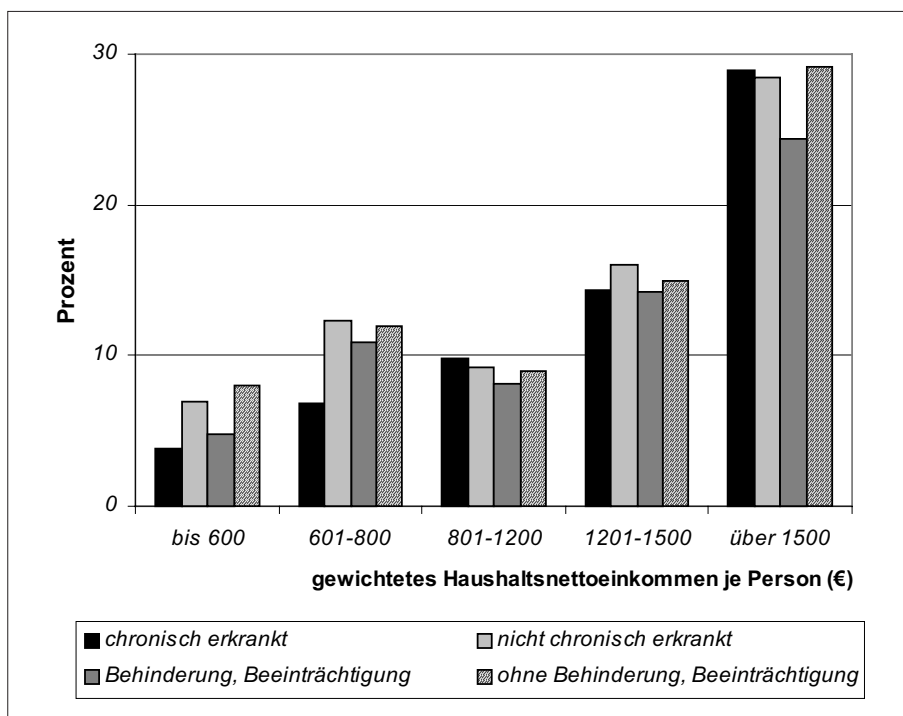
Zustimmung von Versicherten (in %) zu bestimmten Änderungen in der GKV bei erheblicher Senkung der Beiträge



Quelle: Marstedt, G. (2002)

Abbildung 4

Versicherte (in %), die Interesse an einem Selbstbeteiligungstarif in der GKV hätten – nach Einkommen und Versorgungsbedarf



Quelle: Zur Verfügung gestellt von G. Marstedt, Universität Bremen

47. Versucht man ein Zwischenfazit des Forschungsstands zur Verankerung des Solidarprinzips und zur Akzeptanz gesundheitspolitisch induzierter Einschränkungen im Zuge der Kostendämpfungspolitik zu ziehen, dann sind folgende Befunde besonders hervorzuheben:

- Die immerwieder neuen Gesetzesänderungen in den letzten zwei Jahrzehnten, die auf eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen und rigide Beitragssatzstabilität abzielten, stehen keineswegs im Einklang mit Versicherteninteressen. Die Mehrheit der Versicherten wäre durchaus zu höheren Beiträgen bereit, wenn dafür auch ein Mehr an Versorgungsqualität und Teilhabe an therapeutischer Innovation herauskommt (Andersen, H. H. u. Schwarze, J. 2000).
- Das Solidarprinzip und die ihm innewohnenden ökonomischen Umverteilungsmechanismen von Stärkeren zu Schwächeren sind in der Bevölkerung normativ überaus fest verankert. Dies umschließt auch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen.
- Gleichzeitig gibt es jedoch Hinweise, dass Versicherte sich mehr Differenzierungsmöglichkeiten wünschen durch Abwahl („Bagatell-Erkrankungen“, Psychotherapie) und Zuwahl bestimmter Leistungen (Alternativmedizin, Heilpraktiker, Innovationsgarantie) bzw. durch Eingehen eigener Verpflichtungen (Vorsorgeuntersuchungen) und Restriktionen bei der Arztwahl (Ärztepool oder Hausarztmodell) (Marstedt, G. 2002).

Es wäre angesichts der Diskrepanz zwischen staatlichem Handeln und Präferenzen der Bürger, Versicherten und Patienten ein möglicherweise fataler Fehler, aus der relativen Gelassenheit, mit der Einschnitte in der Gesundheitssicherung bislang hingenommen wurden, die Schlussfolgerung zu ziehen, dass dies auch so bleiben wird. Im Gegenteil: Vieles spricht dafür, dass die „Gleichheit bei Krankheit und Lebensgefahr“ zu den zentralen Stützen unserer Gesellschaft gehört, die andere Formen von Ungleichheit erst erträglich macht (Ulrich, C. G. 2002b). Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht nur für die Finanzierung und Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenbehandlung von Bedeutung. Vielmehr gewinnt es eine wichtige Funktion auch im Zusammenhang mit der Entwicklung von gesundheitlichen Ressourcen in einer Gesellschaft.

48. In der – vor allem im anglo-amerikanischen Raum geführten – Debatte über die Ursachen der fortbestehenden und zum Teil wachsenden sozialen Ungleichheit in den wohlhabenden Nationen des Westens (z. B. Kawachi, I. et al. 1999) ist gezeigt worden, dass die Lebenserwartung und der Gesundheitszustand nicht nur von der Summe und Verteilung materieller Ressourcen, sondern maßgeblich auch von dem in einer Gesellschaft vorhandenen „sozialen Kapital“ beeinflusst werden (Wilkinson, R. G. 1996). Die Größe bzw. Stärke des „sozialen Kapitals“ ist bei gegebenem Niveau und gegebener Verteilung des Einkommens v. a. abhängig vom Ausmaß des sozialen Zusammenhalts („Kohärenz“), der seinen Ausdruck u. a. im Vorhandensein sozialer Netzwerke findet sowie in der Existenz von Institutionen, die im Bedarfsfall Krisensituationen bewältigen helfen und bei den Individuen das Vertrauen in die Möglichkeit begründen, derartige Krisen zu bewältigen. Auch wenn im Hinblick auf die genaue Vermittlung der Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit sowie Lebenserwartung noch erhebliche Wissenslücken und damit Forschungsbedarfe bestehen (Townsend, P.

u. Davidson, N. 1982; Syme, S. L. 1992; Evans, R. G. et al. 1994; Elkeles, T. u. Mielck, A. 1997; Kawachi, I. et al. 1999), so kann auf Basis der vorliegenden Befunde davon ausgegangen werden, dass der Grad sozialer Kohärenz – vor allem durch die Senkung des Distress-Niveaus in einer Gesellschaft – einen unspezifisch positiven Einfluss auf Gesundheitszustand und Lebenserwartung nimmt (Wilkinson, R. G. 1996; Marmot, M. u. Wilkinson R. G. 1999)⁵.

Das Solidarprinzip in der GKV ist in diesem Zusammenhang nicht nur von Bedeutung, weil es die Folgen von Krankheit zu bewältigen hilft. Es bezieht seinen hohen Stellenwert auch daraus, dass es zu eben jenen Institutionen zählt, die das Vertrauen in die soziale Einbettung des Individuums in eine soziale Gemeinschaft begründen. Dies erscheint gerade angesichts der in modernen Gesellschaften wie der deutschen anzutreffenden Tendenzen der Erosion sozialen Zusammenhalts (z. B. Heitmeyer, W. 1997) als ein nicht zu unterschätzender Gesichtspunkt.

2.2 Perspektiven der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in der GKV

2.2.1 Die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis

2.2.1.1 Die Beiträge als dominante Einnahmequelle

49. Zur Finanzierung der GKV dienen nach § 220 Abs. 1 SGB V Beiträge und sonstige Einnahmen. Die Beiträge werden von Pflicht- und freiwilligen Mitgliedern entrichtet. Zu den Pflichtmitgliedern zählen die in § 5 SGB V aufgelisteten Personengruppen, unter denen sich u. a. Arbeiter, Angestellte, Bezieher von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe⁶ sowie Rentner⁷ befinden. Die freiwillig Versicherten setzen sich hauptsächlich aus Selbständigen sowie Arbeitern und Angestellten zusammen, deren Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze, die bei 75 % der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV liegt, übersteigt⁸. Entsprechend dem Solidargedanken bleiben mitversicherte Familienangehörige unter bestimmten Bedingungen, die § 10 SGB V präzisiert⁹, beitragsfrei.

50. Die Bemessung der Beiträge erfolgt auf der Basis der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, die im Wesentlichen aus Arbeitseinkommen aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung und dem Zahlbetrag der Rente

⁵ Das „Swedish National Committee for Public Health“ hat die Stärkung bzw. Vermehrung von „sozialem Kapital“ als erste von fünf übergreifenden Leitlinien in die Bildung von nationalen Gesundheitszielen aufgenommen und sie durch das Ziel No. 1 „A strong sense of solidarity and feeling of community in society“ operationalisiert (Swedish National Committee 2001).

⁶ Gemäß § 251 Abs. 4 SGB V übernehmen die Bundesanstalt für Arbeit die Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld und der Bund die Beiträge für Bezieher von Arbeitslosenhilfe.

⁷ Die beitragspflichtigen Einnahmen der Rentner bestimmen sich insbesondere nach den §§ 226 und 228 SGB V.

⁸ Die Versicherungspflichtgrenze belief sich im Jahre 2002 auf monatlich 3 375 Euro. Das Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) erhöhte diese Grenze für das Jahr 2003 diskretionär auf 3 825 Euro im Monat; die Beitragsbemessungsgrenze in der GRV stieg entsprechend auf 5 100 Euro im Monat.

⁹ Die beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen dürfen kein Gesamteinkommen beziehen, das regelmäßig im Monat 1/7 der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, d. h. 335 Euro im Jahre 2002, überschreitet.

bestehen. Die Multiplikation aus beitragspflichtigen Einnahmen mit dem Beitragssatz ergibt dann unter Beachtung der Beitragsbemessungsgrenze – die in der GKV bis zum Jahre 2002 der Versicherungspflichtgrenze entsprach¹⁰ – den zu entrichtenden Beitrag. Diesen Beitrag finanzieren der versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer und sein Arbeitgeber im Allgemeinen zur Hälfte¹¹.

51. Wie Abbildung 5 illustriert, wuchsen die sonstigen Einnahmen¹² von 1980 bis 2000 nur geringfügig, so dass die Finanzierung der GKV mit zunehmendem Gewicht aus Beiträgen erfolgte. Der Anteil der sonstigen Einnahmen an den Gesamteinnahmen sank im Beobachtungszeitraum von 5,6 % auf knapp 2,9 % ab (siehe auch Tabelle A1 im Anhang zu Kapitel 2). Der abnehmende Anteil der sonstigen Einnahmen geht teilweise darauf zurück, dass die Einnahmen aus Beiträgen der Mitglieder nicht nur infolge des allgemeinen Wachstums der beitragspflichtigen Einnahmen, sondern auch durch Anhebungen des Beitragssatzes anstiegen. So nahm der durchschnittliche Beitragssatz von 11,38 % im Jahre 1980 auf zwischenzeitlich über 14 % zu.

¹⁰ Da die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV im Jahre 2003 monatlich bei 3 450 Euro liegt, führte das Beitragssatzsicherungsgesetz zu einer Entkoppelung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze.

¹¹ Dabei bleibt offen, wer die ökonomische Last im Sinne der Inzidenz letztlich trägt, d. h. ob und inwieweit es dem Arbeitgeber gelingt, seinen Beitragsanteil über den Marktpreis auf die Konsumenten zu über- oder im Rahmen von Lohnverhandlungen rückzuwälzen.

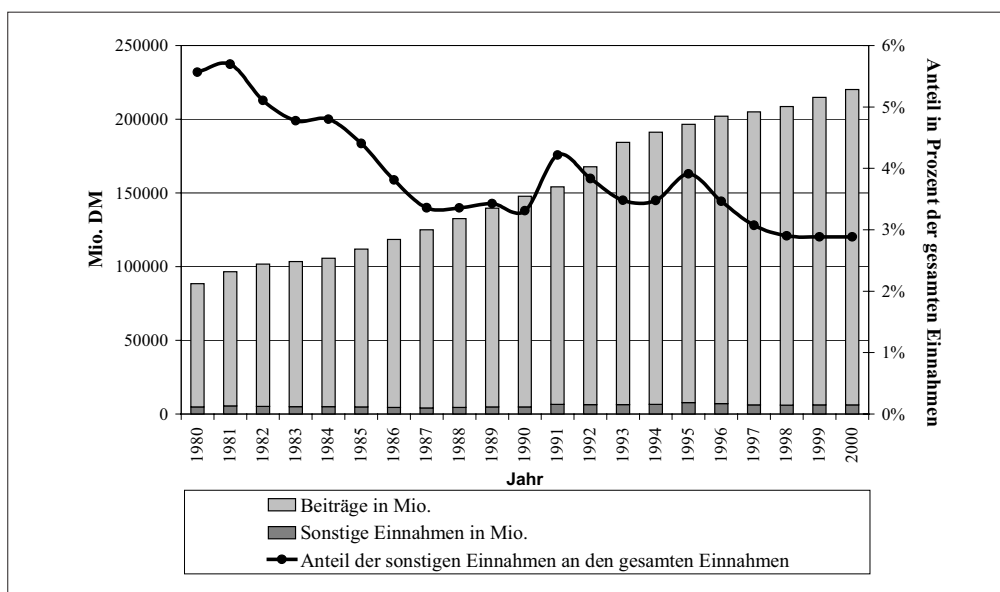
¹² Zu den sonstigen Einnahmen gehören neben Kapitalerträgen u. a. Einnahmen bei Vereinigung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen, Verzugszinsen und Erstattungen für Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte 2001).

Die Wachstumsrate der sonstigen Einnahmen betrug von 1980 bis 2000 nur 29,0 %. Diese Wachstumsrate blieb weit hinter der Steigerungsrate der Beiträge mit 156 % zurück. Eine Fortschreibung der sonstigen Einnahmen des Ausgangsjahres 1980 mit dem Preisindex der privaten Lebenshaltung liefert für das Jahr 2000 immerhin eine Wachstumsrate von 60,6 % und damit fiktive Mehreinnahmen von 1,56 Mrd. DM. Das Wachstum der sonstigen Einnahmen lag mit Ausnahme der Jahre 1981 und 1995 immer unterhalb dieses fortgeschriebenen bzw. preisbereinigten Verlaufes und erreichte zwischen 1985 und 1990 nicht einmal das Ausgangsniveau von 1980. Unter der Hypothese, dass das Wachstum der sonstigen Einnahmen dem der Beiträge entsprochen hätte, errechnen sich sogar fiktive Mehreinnahmen von ca. 6,5 Mrd. DM für die GKV. Unabhängig von der Bemessungsgrundlage der Beiträge bildet das schwache Wachstum der sonstigen Einnahmen bereits eine Determinante der Finanzierungsprobleme.

52. Der Gesetzgeber postuliert in § 71 SGB V den sog. Grundsatz der Beitragssatzstabilität, den Krankenkassen und Leistungserbringer bei ihren Vereinbarungen und Regelungen beachten sollen. Die Beitragssätze in der GKV bleiben stabil, wenn die Ausgaben nicht stärker ansteigen als die beitragspflichtigen Einnahmen bzw. die Finanzierungsgrundlage der Beiträge. Das Gesetz erlaubt Ausnahmen nur für den Fall, dass sich die notwendige medizinische Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht gewährleisten lässt. Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen verletzen allerdings nicht diesen Grundsatz. Trotz dieses Grundsatzes und zahlreicher sog. Kostendämpfungsmaß-

Abbildung 5

Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Mio. DM (früheres Bundesgebiet^{a)})



a) Ab 1995 wird Berlin-Ost dem früheren Bundesgebiet zugerechnet.

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1999), Bundesministerium für Gesundheit (2000 und 2001), eigene Berechnungen

nahmen bzw. Gesundheitsreformen, die primär das Ziel stabiler Beiträge anstrebten, nahm der durchschnittliche Beitragssatz von 8,2 % im Jahre 1970 auf derzeit über 14 % zu. Die Versuche, die Lücke zwischen Ausgaben- und Einnahmenentwicklung zu schließen und einem weiteren Anstieg der Beitragssätze vorzubeugen, konzentrierten sich dabei nahezu ausschließlich auf die Ausgabenseite. Die Einnahmenseite als den anderen Teil des fiskalischen Problems behandelte der Gesetzgeber mehr als stiefmütterlich, denn er ergriff nicht nur keine unterstützenden Maßnahmen, sondern trug noch in vielfältiger Weise zu ihrer Destabilisierung bei (siehe auch unten unter 2.3.5.1).

2.2.1.2 Die Wachstumslücke zwischen den beitragspflichtigen Einnahmen und dem Bruttoinlandsprodukt

53. Wie bereits angedeutet lassen sich die beitragspflichtigen Einnahmen errechnen als:

$$\text{Beitragspflichtige Einnahmen} = \frac{\text{Summe der Einnahmen der GKV}}{\text{Durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz}} \times 100$$

Die folgende empirische Untersuchung der beitragspflichtigen Einnahmen stützt sich nicht auf die Daten der amtlichen Statistik, sondern auf selbst ermittelte Werte. Die Einbeziehung der Einnahmen von Rentnern in die Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen ab 1996 bedeutet einen Strukturbruch und macht eine Bereinigung bzw. Ergänzung der entsprechenden Zeitreihe erforderlich. Die Bereinigung der beitragspflichtigen Einnahmen ab 1970 erfolgte nach der obigen Formel durch Addition der Einnahmen der GKV von Pflichtmitgliedern, freiwilligen Mitgliedern und Rent-

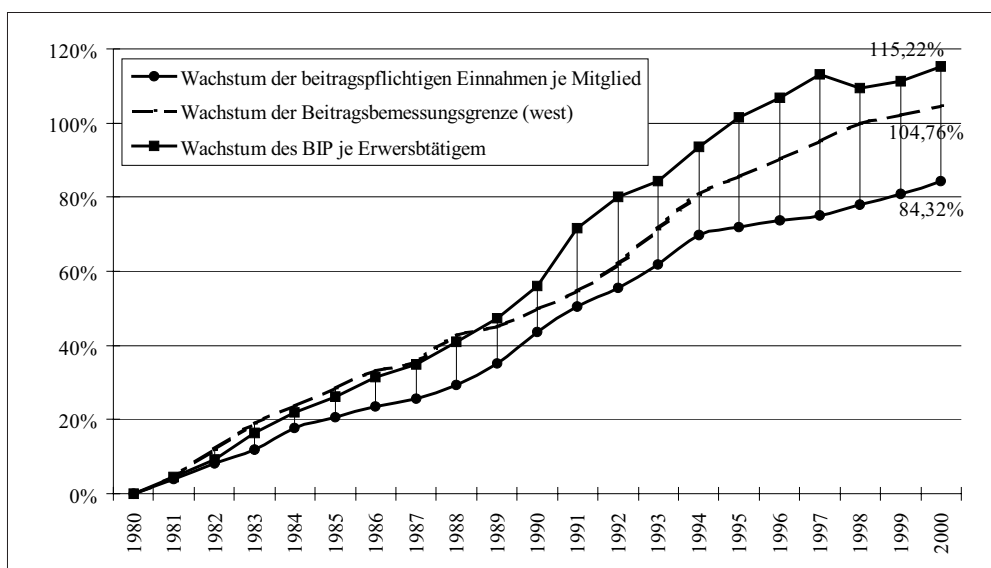
nern sowie unter Berücksichtigung des jeweils geltenden durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes (Wille, E. 2001). Auf diese Weise beinhalten die beitragspflichtigen Einnahmen nun vom Ausgangsjahr 1970 an auch die Einnahmen von Rentnern.

54. Abbildung 6 zeigt für die alten Bundesländer einen Wachstumsvergleich der auf diese Weise ermittelten Einnahmen je Mitglied mit dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Erwerbstätigem und der Beitragsbemessungsgrenze. Das BIP bildet den Geldwert aller Waren und Dienstleistungen, die nach Abzug der Vorleistungen innerhalb der Volkswirtschaft in der Berichtsperiode produziert werden. Sofern die Entwicklung der im Gesundheitswesen produzierten Güter und Dienstleistungen und damit auch die Leistungen der GKV mit dem Wachstum der Güterproduktion in der gesamten Volkswirtschaft Schritt halten sollen, erscheint eine Wachstumsdifferenz zwischen dem BIP je Erwerbstätigem und den beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied bedenklich, denn sie impliziert, dass bei stabilen Beitragssätzen die Leistungen der GKV im Wachstum hinter der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung zurückbleiben.

Wie Abbildung 6 ausweist, blieben die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im Zeitraum von 1980 bis 2000 im Wachstum um gut 20 Prozentpunkte hinter der Beitragsbemessungsgrenze und um fast 31 Prozentpunkte hinter dem BIP je Erwerbstätigem zurück. Die jährliche Fortschreibung der Beitragsbemessungsgrenze folgt gemäß § 159 SGB VI mit einer zeitlichen Verzögerung von einer Periode der durchschnittlichen Bruttolohn- und -gehaltssumme je beschäftigtem Arbeitnehmer. Während das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im Beobachtungszeitraum immer unter jenem des BIP je Erwerbstätigem lag, fiel das Wachstum der Beitragsbemessungsgrenze erst ab

Abbildung 6

Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied, der Beitragsbemessungsgrenze und des BIP je Erwerbstätigem seit 1980 (alte Bundesländer)



Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998–2000), Bundesdruckerei (1999), Bundesministerium für Gesundheit (2001), Statistisches Bundesamt (2000, 2002), Arbeitskreis VGR (2002), eigene Berechnungen

1989 schwächer als die Zunahme des BIP je Erwerbstätigem aus. Im Jahre 2000 übertraf das Wachstum des BIP je Erwerbstätigem das der Beitragsbemessungsgrenze dann um ca. 10,5 Prozentpunkte.

55. Die entsprechende Relevanz bzw. Größenordnung dieser Wachstumslücke für das Beitragsaufkommen verdeutlicht eine fiktive Berechnung, die unterstellt, dass die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im Beobachtungszeitraum mit der Wachstumsrate des BIP je Erwerbstätigem zugenommen hätten. Danach wären die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im Jahre 2000 um 16,7 % höher gewesen, was in den alten Bundesländern bei gegebenem Beitragssatz fiktiven Mehreinnahmen von 35,6 Mrd. DM entspricht. Mit Hilfe dieser fiktiven Mehreinnahmen ließe sich das gegebene Ausgabenvolumen bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von knapp 11,6 % decken. Dieser Beitragssatz weicht unwesentlich von jenem der Jahre 1980 bzw. 1984 ab (siehe auch Tabelle A2 im Anhang zu Kapitel 2). Hochgerechnet auf das gesamte Bundesgebiet belaufen sich die entsprechenden fiktiven Mehreinnahmen auf fast 43 Mrd. DM.

2.2.1.3 Die Lohnquote als Indikator der Einnahmehbasis

56. Wie bereits erwähnt, setzen sich die beitragspflichtigen Einnahmen im Wesentlichen aus den Arbeitseinkommen von versicherungspflichtig Beschäftigten und den Renten zusammen. Die Lohnquote gilt in diesem Kontext häufig als Indikator für den Anteil, den die Arbeitnehmer am wirtschaftlichen Erfolg einer Volkswirtschaft für sich verbuchen können. Die Lohnquote bezieht die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit entweder auf das Volkseinkommen bzw. Nettosozialprodukt zu Faktorkosten (sog. Lohnquote I) oder auf das Bruttoinlandsprodukt (sog. Lohnquote II). Die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit umfassen die Bruttolohn- und -gehaltssumme, die gesetzlich vorgeschriebenen Sozialkosten und die sonstigen Sozialkosten der Arbeitgeber. Die Bruttolohn- und -gehaltssumme bildet die Summe der Löhne und Gehälter, die den Arbeitern, Angestellten, Beamten, Soldaten einschließlich der Wehrpflichtigen, Volontäre und ähnlichen Arbeitnehmergruppen vor Abzug von Sozialbeiträgen der Arbeitnehmer und der Lohnsteuer zufließen. Die gesetzlich vorgeschriebenen Sozialkosten beinhalten im Wesentlichen Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen und Beiträge zu Berufsgenossenschaften. Bei den sonstigen Sozialkosten handelt es sich um freiwillige Zuwendungen an die Arbeitnehmer oder deren Familienangehörige, die u. a. einer zusätzlichen Altersversorgung, einem verbesserten Krankenschutz sowie der Aus- und Fortbildung dienen.

57. Eine steigende (sinkende) Lohnquote zeigt im Sinne der funktionalen Verteilung¹³ eine relative Zunahme (Abnahme) der Arbeitseinkommen gegenüber den Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen an. Die Lohnquote I sank in den alten Bundesländern von ca. 77 % im Jahre 1982 auf knapp 70 % im Jahre 1991 ab und fiel nach einem

¹³ Da die Arbeitnehmer über Dividenden und Zinsen auch Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen erwerben können, besitzt die Lohnquote im Hinblick auf die personelle Verteilung nur eine beschränkte Aussagefähigkeit (auch Spree, H. U. 2000).

Zwischenhoch in den Jahren 1992 und 1993 bis 1994 wieder auf die 70 %-Marke. Für das gesamte Bundesgebiet bewegt sich die Lohnquote I, wie auch die Lohnquote II, durchgängig auf einem höheren Niveau, was zum größten Teil auf die besondere wirtschaftliche Situation in den neuen Bundesländern und die dort relativ geringen Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen zurückgeht. Gleichwohl verzeichnen beide Lohnquoten ab 1993 auch für das gesamte Bundesgebiet einen fallenden Verlauf (siehe auch Tabelle A3 im Anhang zu Kapitel 2). Die Lohnquote II unterschreitet für die alten Bundesländer im Jahre 1994 sogar das Niveau des Jahres 1970.

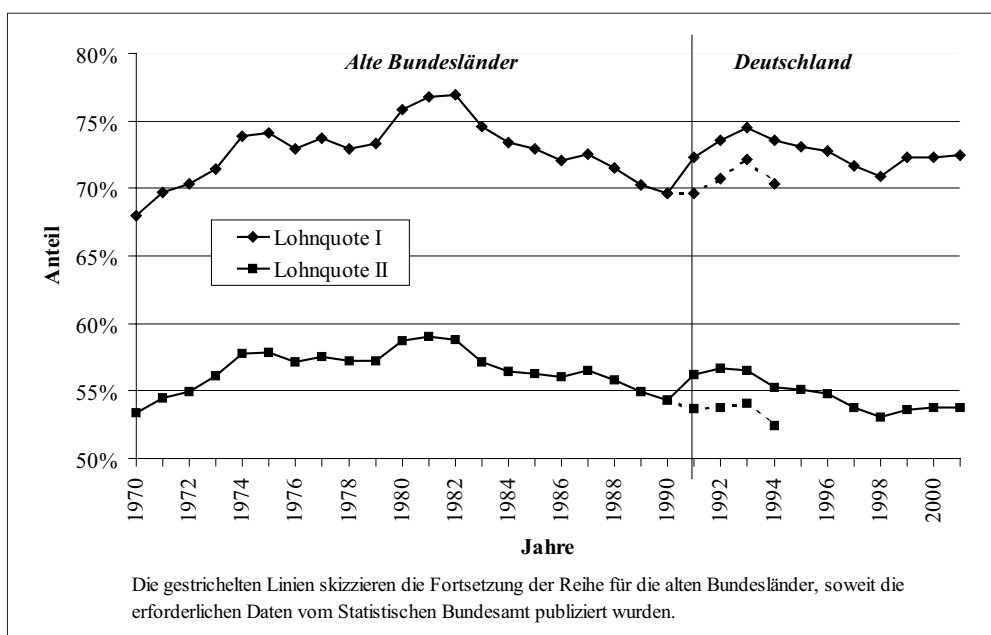
58. Bei einem Vergleich der Wachstumsdifferenzen zwischen den beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und dem BIP je Erwerbstätigem einerseits und dem Verlauf der Lohnquoten in Abbildung 7 (S. 35) andererseits fällt auf, dass sich die Schere zwischen dem Wachstum des BIP je Erwerbstätigem und dem der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied mit einer zeitlichen Verzögerung von ca. 3 Jahren zum Absinken der Lohnquoten öffnete. Eine weitere Parallelität zwischen den beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und den Lohnquoten besteht darin, dass das Ansteigen der Lohnquoten in den Jahren 1992 und 1993 auch mit einem verstärkten Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied einherging. Mit dem Rückgang der Lohnquoten ab 1993 verflachte ab 1994 auch das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied.

59. Unabhängig davon, dass das Absinken der Lohnquoten einen Teil der relativen Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen erklärt, existieren zwischen dem Zähler der Lohnquote, d. h. dem Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit, und den beitragspflichtigen Einnahmen als Finanzierungsbasis der GKV mehrere relevante Unterschiede:

1. Die beitragspflichtigen Einnahmen enthalten die Renten und hängen damit auch von deren Anteil und Entwicklung ab.
2. Die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit schließen dagegen auch die Arbeitsentgelte von Beamten und Soldaten ein.
3. Die beitragspflichtigen Einnahmen weisen eine Beitragsbemessungsgrenze auf, so dass im Rahmen der Beitragserhebung nicht nur die absolute Höhe und das Wachstum der Arbeitsentgelte, sondern auch die Lohnstruktur eine Rolle spielt.
4. Die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit schließen auch die gesetzlich vorgeschriebenen und freiwilligen Sozialkosten der Arbeitgeber ein. Steigende Beitragssätze im Bereich der Sozialversicherung gehen damit in vollem Umfang in die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit ein. „Verschiebehahnhöfe“ innerhalb von Teilsystemen der Sozialversicherung, die in der Vergangenheit zumeist fiskalisch zu Lasten der GKV gingen, besitzen infolge ihrer Kompensation keinen Einfluss auf diese Größe¹⁴. Dagegen mindern diese

¹⁴ Dies gilt allerdings nicht gleichermaßen für entsprechende Umschichtungen zwischen Teilsystemen der Sozialversicherung und den Haushalten der Gebietskörperschaften.

Abbildung 7

Die Lohnquoten^{a)} im Zeitablauf von 1970 bis 1999

a) Lohnquote I: Bruttoeinkommen aus unselbständiger Tätigkeit/Volkseinkommen.

Lohnquote II: Bruttoeinkommen aus unselbständiger Tätigkeit/Bruttoinlandsprodukt.

Quelle: Statistisches Bundesamt (1994–2000, 2002), eigene Berechnungen

Umschichtungen die beitragspflichtigen Einnahmen und schwächen damit die Finanzierungsbasis der GKV.

In Anbetracht dieser Unterschiede, die zwischen den beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und den Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit bestehen, überrascht es nicht, dass die entsprechenden Wachstumspfade in Abbildung 8 (S. 36) nicht ganz synchron verlaufen. Dabei fällt auf, dass ab 1995 die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit signifikant stärker ansteigen als die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied. Insofern lässt sich im Hinblick auf die künftige Entwicklung nicht ausschließen, dass die relative Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied selbst bei konstanter oder sogar wieder leicht zunehmender Lohnquote anhält.

60. Die bisherigen empirischen Befunde erlauben bereits zwei Feststellungen: Ein Ersatz der geltenden beitragspflichtigen Einnahmen nach § 226 SGB V durch die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit, z. B. durch Einbeziehung der Beamten und Aufhebung der Pflichtversicherungsgrenze, könnte die relative Wachstumsschwäche der GKV-Finanzierungsbasis zwar etwas abmildern, den Abstand zur Steigerung des BIP je Erwerbstätigem aber nicht beseitigen. In diesem Kontext schlägt das deutlich kräftigere Wachstum der Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen offensichtlich zu stark zu Buche. Da die „Verschiebepbahnhöfe“ zwischen den Teilsystemen der Sozialversicherung, die in der Vergangenheit die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied schmälerten und so eine Anhebung der Beitragssätze induzierten, die Bruttoeinkom-

men aus unselbständiger Arbeit per saldo nicht beeinflussen, können sie für die Wachstumsdifferenzen zwischen dem BIP je Erwerbstätigem und den beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied nicht in einem entscheidenden Umfang verantwortlich zeichnen.

2.2.1.4 Effekte der Versichertenstruktur auf die beitragspflichtigen Einnahmen

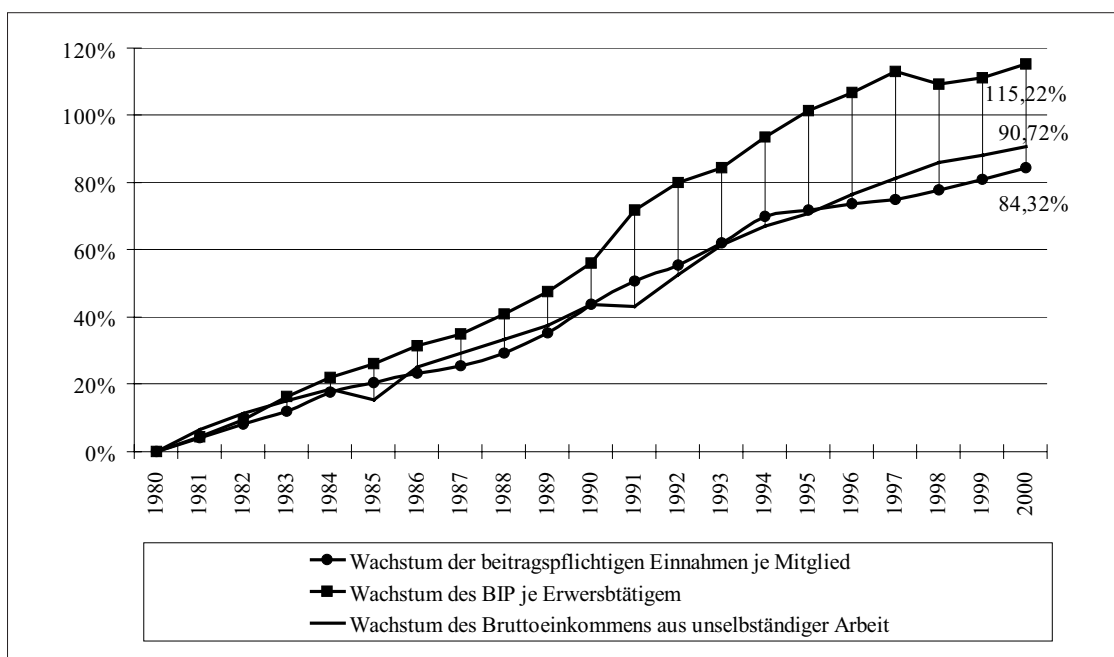
61. Neben einem unterdurchschnittlichen Anstieg der Arbeitsentgelte der Mitglieder kann die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis der GKV auch in einer Veränderung der Versichertenstruktur wurzeln. Dies trifft dann zu, wenn innerhalb des Versichertenkreises der Anteil von Personengruppen zunimmt (abnimmt), die über keine oder vergleichsweise geringe (relativ hohe) beitragspflichtige Einnahmen verfügen. Hier kommen in erster Linie in Frage

- beitragsfrei Mitversicherte,
- Rentner,
- Arbeitslose und
- freiwillig versicherte Mitglieder.

62. Die Anzahl der Personen, die ein Beitragszahler (mit)finanziert, wird in Abbildung 9 (S. 36) durch den Quotienten aus der Zahl aller Versicherten der GKV, d. h. einschließlich der beitragsfrei mitversicherten Personen, und der Zahl der GKV-Mitglieder inklusive der Rentner dargestellt (siehe auch Tabelle A4 im Anhang zu Kapitel 2). Dabei zeigt sich, dass zwischen 1990 bzw. 1991 und 2001

Abbildung 8

Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied, des BIP je Erwerbstätigem und des Bruttoeinkommens aus unselbständiger Arbeit seit 1980^{a)} (alte Bundesländer)

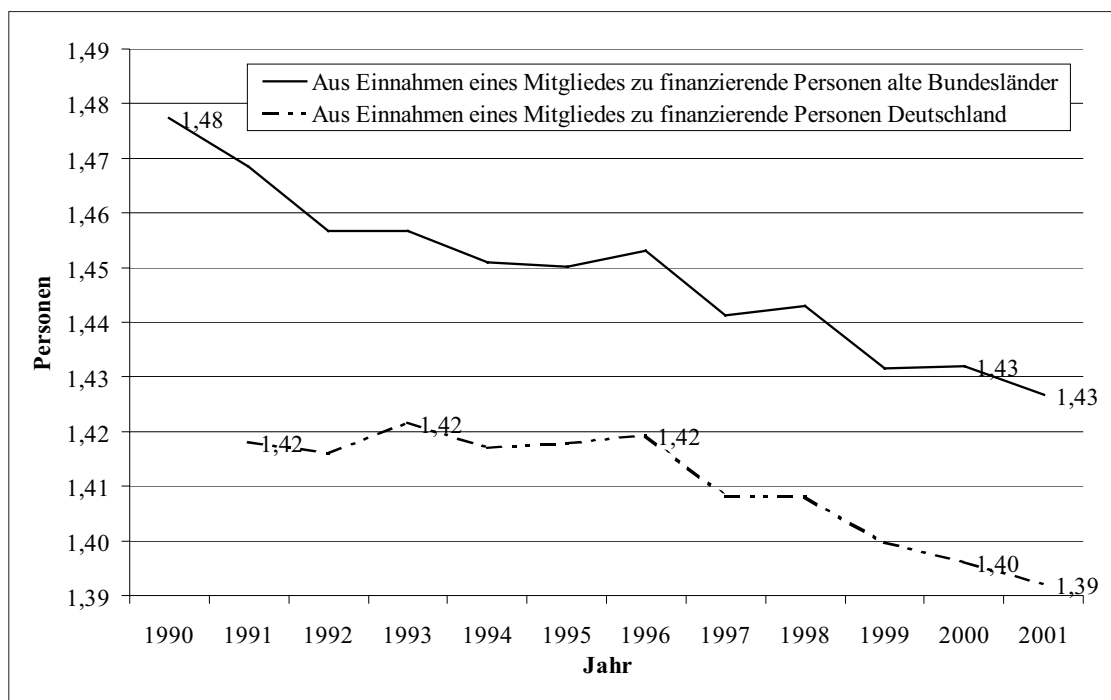


a) Ab 1991 wird die Entwicklung der Brutto Lohn- und -gehaltssumme durch die Entwicklung des Bruttoarbeitsentgelts approximiert.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998–2000), Bundesdruckerei (1999), Bundesministerium für Gesundheit (2000, 2001), Institut der deutschen Wirtschaft (1998–2001), Statistisches Bundesamt (2000, 2002), Arbeitskreis VGR (2002), eigene Berechnungen

Abbildung 9

Je Beitragszahler zu finanzierende Versicherte



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2000–2001), eigene Berechnungen

sowohl in den alten Bundesländern als auch im gesamten Bundesgebiet der Anteil von Personen, die ein Beitragszahler mitfinanziert, zurückgeht.

Dabei verzeichnen die alten Bundesländer einen etwas stärkeren Rückgang als das gesamte Bundesgebiet. Der absolute Anteil liegt jedoch im gesamten Bundesgebiet mit 1,39 zu 1,43 etwas niedriger als in den alten Bundesländern, woraus folgt, dass die neuen Bundesländer einen unterdurchschnittlichen Anteil an beitragsfrei Mitversicherten aufweisen. Insgesamt gesehen scheidet die Veränderung des Anteils der beitragsfrei Mitversicherten als Einflussgröße bzw. Erklärungsfaktor für die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in der GKV aus.

63. Da Rentner in der Regel über ein geringeres beitragspflichtiges Durchschnittseinkommen verfügen als der erwerbstätige Teil der Mitglieder, schwächt ein steigender Anteil dieser Bevölkerungsgruppe unter den Beitragszahlern die Finanzierungsbasis der GKV. Abbildung 10 zeigt, dass in den alten Bundesländern seit 1990 zwar ein nahezu konstanter Anteil der Mitglieder aus Rentnern bestand, diese Quote jedoch im gesamten Bundesgebiet zwischen 1991 und 2001 um zwei Prozentpunkte zunahm (siehe auch Tabelle A5 im Anhang zu Kapitel 2). Dieser gestiegene Anteil der Rentner an allen Mitgliedern der GKV geht offensichtlich auf das deutlich überproportionale Wachstum des entsprechenden Anteils in den neuen Bundesländern zurück. Die Entwicklung des Rentneranteils in den neuen Bundesländern spiegelt u. a. die dortige Situation auf dem Arbeitsmarkt mit ihren Tendenzen zu Frühverrentung wider. Unter den gegebenen gesetzlichen

Rahmenbedingungen dürfte die Entwicklung der demographischen Struktur, wenn auch zunächst noch moderat, künftig auf einen weiteren Anstieg des Rentneranteils hinwirken. Gegenläufige Effekte könnten neben einer Prolongation des Renteneintrittsalters von einer nachhaltigen Entspannung am Arbeitsmarkt ausgehen.

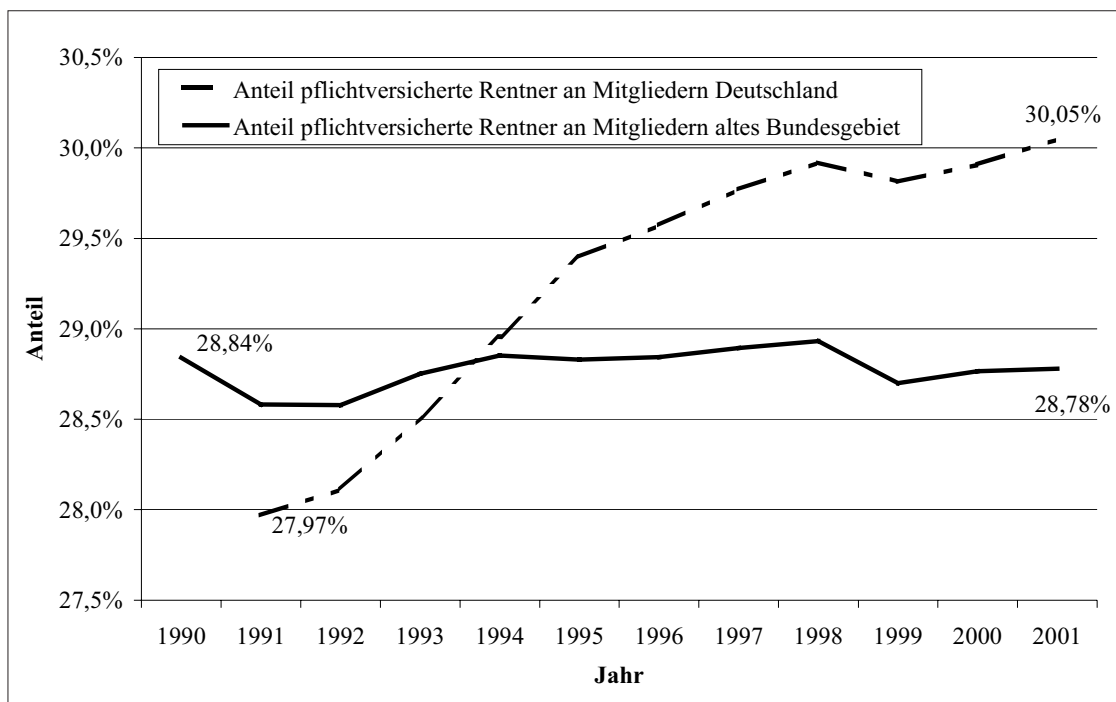
64. Bei Personen, die Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe beziehen, gelten nach § 232a SGB V als beitragspflichtige Einnahmen 80 % des Arbeitsentgelts, das der Bemessung des Arbeitslosengeldes oder der Arbeitslosenhilfe zugrunde liegt. Infolge dieser verminderten Beitragsbemessungsgrundlage führt ein steigender Anteil von Arbeitslosen zur einer sinkenden Einnahmenbasis und damit geringeren Einnahmen der GKV¹⁵. Dieser Rückgang der beitragspflichtigen Einnahmen setzt allerdings voraus, dass es sich bei den Arbeitslosen um zuvor erwerbstätige Personen handelt. Treten dagegen beitragsfrei mitversicherte Personen in die Gruppe der Erwerbspersonen ein und bewerben sich als Arbeitssuchende, so erweitern sie als neue Beitragszahler die Finanzierungsbasis der GKV (Boetius, J. u. Wiesemann, H.-O. 1998). Es kommt somit im Hinblick auf die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen darauf an, ob sich ein Arbeitsloser aus der Gruppe der Beschäftigten oder aus dem Kreis der beitragsfrei mitversicherten Personen rekrutiert.

65. Im Gegensatz zu den beitragsfrei mitversicherten Personen zählen Arbeitslose zum Kreis der Pflichtversicherten. Sofern eine wachsende Zahl von Arbeitslosen, die aus dem

¹⁵ Dabei steigt der Behandlungsbedarf dieser Gruppe sogar noch an.

Abbildung 10

Anteil der Rentner an allen Mitgliedern der GKV



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2000–2001), eigene Berechnungen

Kreis der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen stammen, die Gruppe der Beitragszahler erhöht, müsste mit einer steigenden Arbeitslosenquote bzw. -zahl auch der Anteil der Pflichtversicherten zunehmen. Abbildung 11 zeigt jedoch, dass die pflichtversicherten Mitglieder ohne Rentner in den alten Bundesländern von 1970 bis 2000 nicht stärker zunahm als die Mitglieder insgesamt (siehe auch Tabelle A6 im Anhang zu Kapitel 2).

Im gesamten Bundesgebiet ging die Zahl der pflichtversicherten Mitglieder ohne Rentner, wie Abbildung 12 veranschaulicht, sogar deutlich zurück, während alle anderen Versichertensegmente einen Zuwachs verzeichneten. Diese Entwicklung widerspricht zumindest für die neunziger Jahre der These, die steigende Arbeitslosigkeit habe zu einer Zunahme an Beitragszahlern und damit per saldo zu einem Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen geführt, indem sie vorher beitragsfrei mitversicherte Personen in Pflichtversicherte umwandelte.

66. Bei einem Blick auf die Entwicklung der Versichertenstruktur im gesamten Bundesgebiet ab 1991 fällt das starke Wachstum des Anteils der freiwillig versicherten Mitglieder auf, das auch im alten Bundesgebiet Anfang der neunziger Jahre einsetzte (siehe Abbildung 11 und Abbildung 12 [S. 39]). Freiwillig versicherte Mitglieder beziehen beitragspflichtige bzw. beitragsrelevante Einnahmen oberhalb der Höhe der Beitragsbemessungsgrenze und gehören zumindest von der Finanzierungsseite her zu den besseren Versicherungsrisiken, die per saldo einen positiven Solidarbeitrag

versprechen¹⁶. Da ihr Anteil an den GKV-Mitgliedern zwischen 1991 und 2001 im gesamten Bundesgebiet von 10,2 % auf 12,8 % anstieg (siehe auch Tabelle A7 im Anhang zu Kapitel 2), dürften von dieser Verschiebung der Versichertenstruktur ceteris paribus eher entlastende fiskalische Effekte ausgegangen sein.

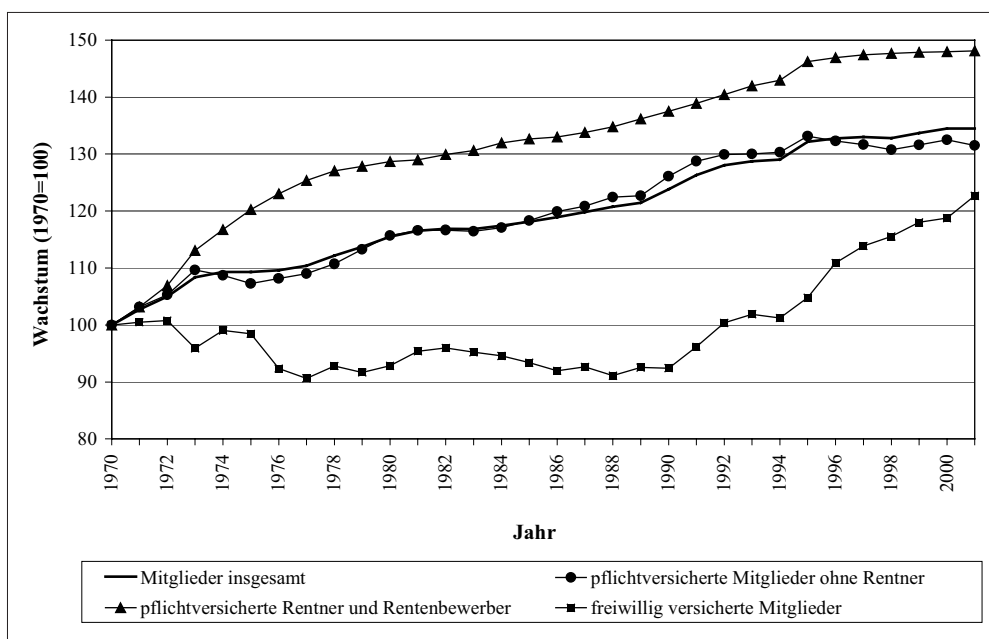
2.2.1.5 Die mittelfristig absehbare Entwicklung

67. Diese kursorische empirische Analyse der Einnahmentwicklung zeigt bereits, dass die seit Mitte der achtziger Jahre zu beobachtende Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in erster Linie auf die mäßige Steigerung der Arbeitsentgelte und die steigende Arbeitslosenzahl zurückgeht. Die entsprechenden Wachstumsdifferenzen zum BIP äußerten sich in der Gruppe der GKV-Versicherten sogar noch in besonders ausgeprägter Form. Daneben trugen ein zunehmender Anteil von Rentnern und diverse Verlagerungen von Defiziten zwischen den Teilen der sozialen Sicherung, die fiskalisch fast immer zu Lasten der GKV gingen, dazu bei, dass die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im Wachstum deutlich hinter dem BIP je Erwerbstätigem zurückblieben (Sauerbrey, G. 2002). Die Entwicklung der beitragsfrei mitversicherten, d. h. die je Beitragszahler zu finanzierenden Versicherten, zeichnete dagegen für die relative Wachstumsschwäche der Finanzie-

¹⁶ Zu freiwillig versicherten Mitgliedern gehören allerdings im Durchschnitt überproportional viele beitragsfrei mitversicherte.

Abbildung 11

Die Entwicklung der Versichertenstruktur in den alten Bundesländern^{a)} ab 1970^{b)}

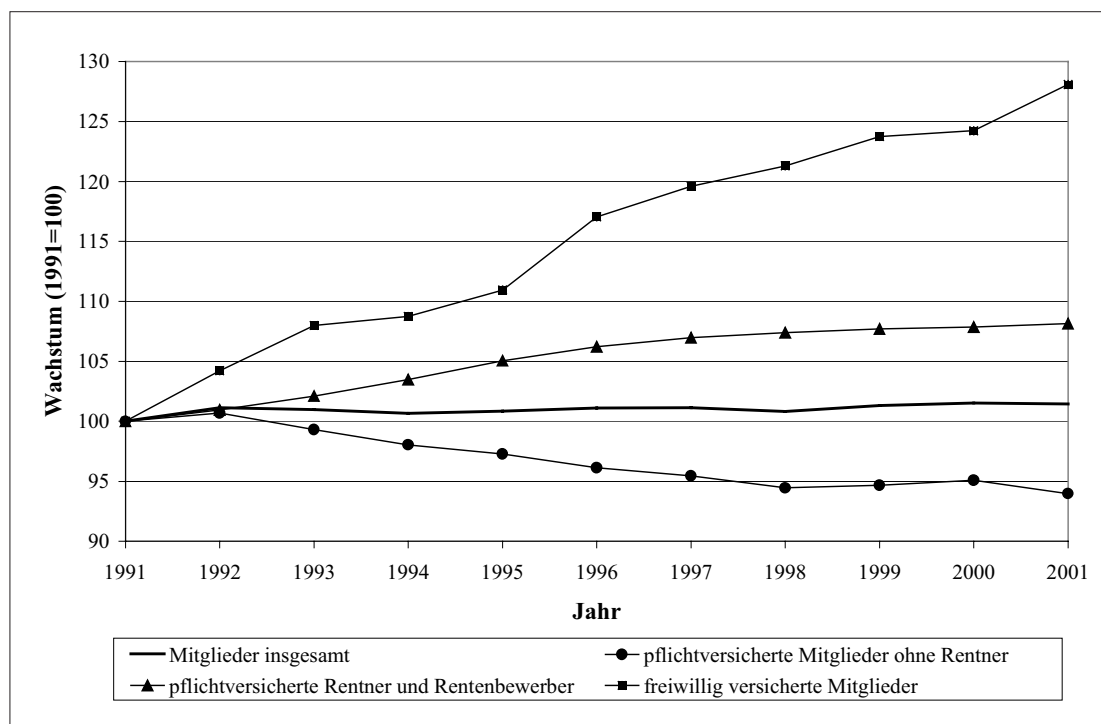


a) Ab 1995 alte Bundesländer einschließlich Berlin-Ost.

b) Die Werte für die Jahre 2000 und 2001 sind Stichtagswerte (1. Januar).

Quelle: Bundesdruckerei (1999), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000), Bundesministerium für Gesundheit (2000–2001), eigene Berechnungen

Abbildung 12

Die Entwicklung der Versichertenstruktur in Deutschland ab 1991^{a)}

a) Die Werte für die Jahre 2000 und 2001 sind Stichtagswerte (1. Januar).

Quelle: Bundesdruckerei (1999), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000), Bundesministerium für Gesundheit (2000–2001), eigene Berechnungen

rungsbasis in der GKV nicht verantwortlich und vom zunehmenden Anteil der freiwillig versicherten Mitglieder gingen eher leicht gegenläufige, d. h. fiskalisch stabilisierende, Effekte aus.

68. Auch unabhängig von einer Extrapolation der in Abbildung 6 und Abbildung 8 aufgezeigten Entwicklungstrends führt ein Blick auf die zentralen Determinanten, die auf die Einnahmenbasis der GKV einwirken, zu dem Ergebnis, dass das relativ bescheidene, d. h. zur Steigerung des BIP unterproportionale, Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied bei gegebener Beitragsgestaltung noch auf absehbare Zeit anhält. Zunächst tragen die politischen Entscheidungsträger weiterhin durch diskretionäre Eingriffe im Bereich der sozialen Sicherung zur relativen Wachstumsschwäche der Einnahmenbasis in der GKV bei¹⁷. Ferner übt die Globalisierung einen Druck auf die Arbeitsentgelte aus, der sich bei den mittleren und unteren Lohngruppen und damit wegen der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV fiskalisch in besonders starkem Maße auswirkt. Insbesondere die Öffnung der osteuropäischen Staaten, die über relativ wenig Kapital, aber reichlich Arbeitskräfte verfügen, und die Erweiterung der Europäischen Gemeinschaft verschiedene die Knappheitsverhältnisse zwischen den Produktions-

faktoren Arbeit und Kapital spürbar zuungunsten der Arbeitskraft. Dieser Trend lässt sich durch eine kurzfristige Behinderung der Mobilität von Arbeitskräften lediglich abbremsen, aber keineswegs aufhalten, denn die inländischen Löhne geraten auch durch den internationalen Handel mit arbeitsintensiv produzierten Gütern unter Druck. Die daraus resultierenden Preis-, Lohn- und Mengeneffekte tangieren umlagefinanzierte Versicherungssysteme, deren Beiträge sich primär auf Arbeitsentgelte stützen, weitaus stärker als kapitalgedeckte Versicherungen.

69. Die Verschiebung der demographischen Struktur dürfte in den nächsten Jahren zwar einerseits den Arbeitsmarkt entlasten und damit zu einem Rückgang der Arbeitslosen-zahl führen, aber andererseits den Anteil der Rentner an der Versichertenzahl – wenn auch zunächst noch moderat – ansteigen lassen. Schließlich zeichnen für das schwache Wachstum der Finanzierungsbasis bzw. der Beitragseinnahmen in der GKV noch folgende Einflussfaktoren verantwortlich, die auch künftig restriktiv auf die Steigerungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen bzw. Beiträge je Mitglied einwirken:

- schwaches Wachstum der Arbeitsentgelte, u. a. durch veränderte Arbeitsverhältnisse bzw. Berufskarrieren (z. B. unstete Beschäftigung, nicht versicherungspflichtige Werkverträge),
- Zunahme von nicht versicherungspflichtigen Teilen des Arbeitsentgeltes, vor allem durch Entgeltumwandlung

¹⁷ Eine Ausnahme bildeten hier die Beitragseinnahmen aus geringfügiger Beschäftigung, die aber zur Kompensation der Effekte aus gegenläufigen diskretionären Eingriffen nicht annähernd ausreichten.

- von Weihnachtsgeld im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge¹⁸,
- weitere Flucht in die illegale Schattenwirtschaft und Intensivierung der (legalen) Eigenwirtschaft bzw. Haushaltsproduktion,
- vorgezogene Verrentungen¹⁹ und längere Lebens- und Rentenbezugszeit sowie
- Wechsel von Versicherten in Krankenkassen mit hohen Beitragssätzen zu solchen mit niedrigen Beitragssätzen bei gleich bleibendem Behandlungsbedarf.

Trotz noch vorhandener beachtlicher Rationalisierungspotentiale dürften vor dem Hintergrund des obigen Entwicklungsszenarios die Beitragseinnahmen der GKV bei Wahrung der Beitragssatzstabilität ohne Reformmaßnahmen

¹⁸ Das Altersvermögensgesetz (AvmG) vom 26. Juni 2001, das den Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Altersvorsorge vorsieht, gewährt den Arbeitnehmern einen individuellen Anspruch auf betriebliche Altersvorsorge durch Entgeltumwandlung. Es stellt umgewandelte Entgeltbestandteile bis Ende 2008 bei einer entsprechenden Entgeltumwandlung bis zu 4 % der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV (altes Bundesgebiet) außerhalb des Arbeitsentgeltes und damit beitragsfrei.

¹⁹ Eine starke Entlastung des Arbeitsmarktes könnte die Anreize zur vorgezogenen Verrentung abschwächen.

kaum ausreichen, um künftig auch nur bescheidene ausgaben- und einnahmenseitige Herausforderungen zu bewältigen.

2.2.2 Die Ausgabenentwicklung und ihre Einflussgrößen

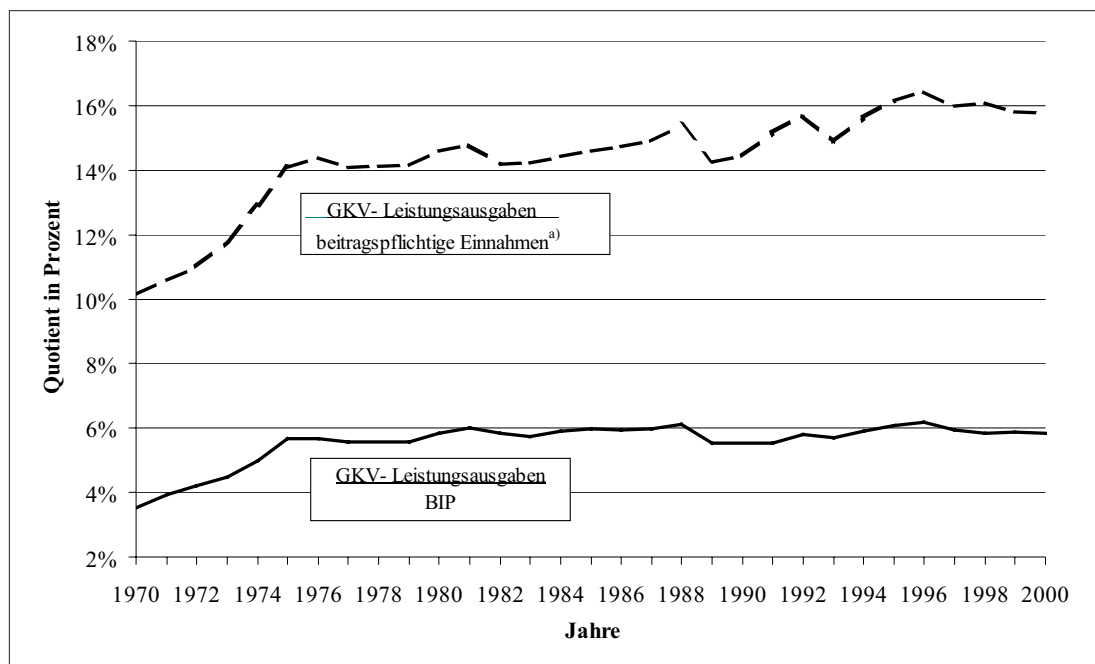
2.2.2.1 Die Steigerung der Ausgaben im Zuge staatlicher Kostendämpfung

70. Der plakative Begriff von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen trifft für die Leistungsausgaben der GKV bestenfalls für die erste Hälfte der siebziger Jahre zu. Wie Abbildung 13 veranschaulicht, blieb das Verhältnis zwischen den GKV-Leistungsausgaben und dem BIP in den alten Bundesländern von 1975 bis 2000 nahezu konstant, während die GKV-Leistungsausgaben bezogen auf die beitragspflichtigen Einnahmen in diesem Zeitraum um zwei Prozentpunkte, d. h. um ca. 14 % zunahm. Da das Wachstum der Einnahmenseite in diesem Zeitraum deutlich schwächer als die Steigerung des BIP ausfiel, vermochte es nicht einmal mit einer moderaten Ausgabenentwicklung Schritt zu halten. Die Steigerung der Beitragssätze in der GKV ging somit ab Mitte der siebziger Jahre primär auf die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis und nicht auf eine „Ausgabenexplosion“ zurück (ähnlich Breyer, F. et al. 2001).

71. Die aus Abbildung 13 ersichtliche Konstanz des Verhältnisses zwischen den GKV-Leistungsausgaben und dem

Abbildung 13

Verhältnis von GKV-Leistungsausgaben zu BIP und beitragspflichtigen Einnahmen^{a)} von 1970 bis 2000^{b)} (alte Bundesländer^{c)})



a) Die beitragspflichtigen Einnahmen beziehen sich auf Mitglieder ohne Rentner.

b) Ab 1978 geänderte Berechnungsmethode, schränkt die Vergleichbarkeit mit vorangehenden Jahren ein.

c) Ab 1995 wird Berlin-Ost den alten Bundesländern zugeordnet.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), Bundesministerium für Gesundheit (2000, 2001), Statistisches Bundesamt (1999), Arbeitskreis VGR der Länder (2002), eigene Berechnungen

BIP zwischen 1975 und 2000 stellte sich nicht automatisch im Zuge einer endogenen Entwicklung ein, sondern bildet das Resultat zahlreicher diskretionärer staatlicher Eingriffe. Mit Hilfe von sog. Kostendämpfungsmaßnahmen bzw. Gesundheitsreformen gelang es – wenn auch jeweils nur für eine kurze Frist –, die Wachstumsrate der GKV-Ausgaben unter die Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen zu drücken und so die Beitragssätze zeitweilig zu stabilisieren. Abbildung 14 verdeutlicht diesen Sachverhalt und deutet zugleich auf einige zentrale diskretionäre staatliche Eingriffe hin:

- das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27. Juni 1977,
- das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vom 22. Dezember 1981,
- das Gesundheitsreformgesetz vom 20. Dezember 1988 und
- das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992.

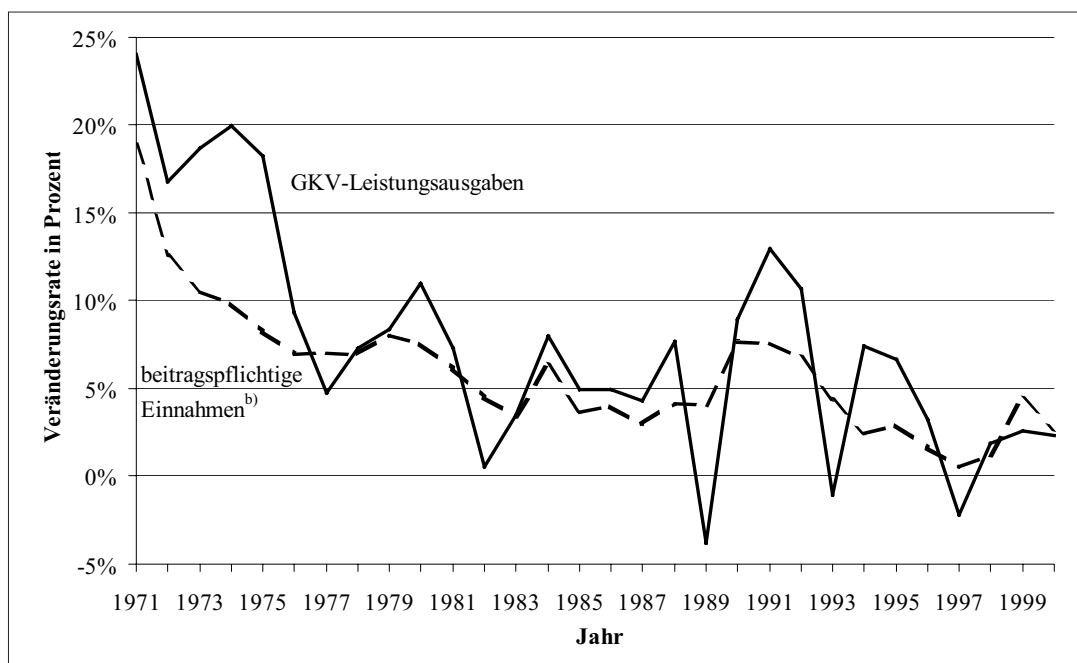
72. Diese und weitere sog. Kostendämpfungsmaßnahmen trugen wesentlich dazu bei, für einen Zeitraum von ca. 25 Jahren die Wachstumsrate der GKV-Leistungsausgaben weitgehend auf dem Niveau der Steigerungsrate des BIP zu halten bzw. zu stabilisieren. Diese Feststellung gilt unab-

hängig davon, dass die staatlichen Eingriffe die Wachstumsrate der Ausgaben immer nur für einen relativ kurzen Zeitraum unter die Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen zu drücken vermochten. Ohne die Kostendämpfungsmaßnahmen wäre der Anteil der GKV-Leistungsausgaben am BIP zweifellos deutlich angestiegen. Infolge der relativen Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis reichte selbst dieses – durch diskretionäre staatliche Eingriffe gedämpfte – vergleichsweise moderate Ausgabenwachstum aber nicht aus, um in diesem Zeitraum auch stabile Beitragssätze zu verwirklichen.

73. Setzt sich dieser Trend künftig fort, steht die GKV vor folgendem Dilemma: Entweder orientieren sich ihre Ausgaben am Wachstum des BIP, dann steigen zwangsläufig die Beitragssätze. Stabile Beitragssätze setzen andererseits voraus, dass die GKV-Ausgaben schwächer zunehmen als das BIP. Die erste Alternative führt offensichtlich bei den Arbeitgebern zu einer Erhöhung der Lohnnebenkosten und bei den Arbeitnehmern zu einer Verminderung ihres verfügbaren Einkommens. Die zweite Alternative engt vor allem bei einer wenig prosperierenden Wirtschaftsentwicklung, die schon mit einem bescheidenen Wachstum des realen BIP einhergeht, den Finanzierungsspielraum der GKV stark ein.

Abbildung 14

Jährliche Veränderungsrate^{a)} der GKV-Leistungsausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen^{b)} (alte Bundesländer^{c)})



a) Ab 1978 geänderte Berechnungsmethode, schränkt die Vergleichbarkeit mit vorangehenden Jahren ein.

b) Die beitragspflichtigen Einnahmen beziehen sich auf Mitglieder ohne Rentner.

c) Ab 1995 wird Berlin-Ost den alten Bundesländern zugeordnet.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), Bundesministerium für Gesundheit (2000, 2001), Arbeitskreis VGR der Länder (2002), eigene Berechnungen

2.2.2.2 Grundlegende Determinanten der Gesundheitsausgaben

74. Der empirische Befund mittel- und langfristig weltweit steigender Gesundheitsquoten, die auch partiell und temporär nicht endogen, sondern nur infolge von Kostendämpfungsmaßnahmen vereinzelt einmal absinken, deutet neben Steuerungsdefiziten auf grundlegende Einflussfaktoren der Ausgabenentwicklung hin. Diese Determinanten, die auch ziemlich unabhängig von der Finanzierungsstruktur und den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen auf die Gesundheitsausgaben einwirken, lassen sich unbeschadet aller Wechselwirkungen in angebots- und nachfrageseitige Einflussgrößen einteilen (siehe ausführlicher Wille, E. und Ulrich, V. 1991 sowie SG 1995, Ziffer 26 ff.):

a) angebotsseitige Determinanten

- die angebotsinduzierte Nachfrage aufgrund asymmetrischer Information, insbesondere mangelnder Transparenz über Leistungsqualitäten,
- der technische Fortschritt, der im medizinischen Bereich nur selten ausgaben senkend, sondern zumeist ausgaben erhöhend wirkt,
- die Preissteigerungen, die im dienstleistungsintensiven Gesundheitswesen durchschnittlich die allgemeine Inflationsrate übertreffen (sog. negativer Preisstruktureffekt zuungunsten des Gesundheitswesens) und
- der zunehmende Hang zu einer sog. Defensivmedizin, um potentiellen Regressen vorzubeugen;

b) nachfrageseitige Determinanten

- die Verschiebung der Bevölkerungsstruktur mit einer Zunahme von älteren und multimorbiden Patienten,
- die Zunahme von Einzelhaushalten bzw. -personen, die bereits bei relativ geringfügiger Morbidität bzw. Pflegebedürftigkeit einer externen Hilfe bedürfen,
- die Veränderung des Krankheitsspektrums in Richtung langwieriger, chronisch-degenerativer Krankheitszustände (siehe auch Abschnitt 5.1),
- die gestiegene Anspruchshaltung gegenüber medizinischer Versorgung sowie
- der Anreiz bzw. die moralische Versuchung (*moral hazard*), wegen des nahezu umfassenden Versicherungsschutzes die persönliche Gesundheitsvorsorge zu vernachlässigen und im Schadensfälle die Gesundheitsgüter übermäßig in Anspruch zu nehmen (zum Einfluss der Selbstbeteiligung siehe unten unter 2.3.6.2).

Diese Determinanten der Gesundheitsausgaben besitzen für sich betrachtet ein unterschiedliches Gewicht und eine unterschiedliche Evidenz. Ihre jeweilige Relevanz kann auch, wie z. B. beim medizinisch-technischen Fortschritt oder der demographischen Komponente, im Zeitablauf erheblich variieren. Unsere Ausführungen konzentrieren sich im Folgenden auf einige ausgewählte, u. E. relevante Einflussgrößen. Die demographische Ausgabenkomponente und der medizinisch-technische Fortschritt finden derzeit im wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Bereich wohl die größte Beachtung.

75. Die These von der angebotsinduzierten Nachfrage wurzelt zunächst in asymmetrischen Informationsbeziehungen zwischen dem behandelnden Arzt auf der einen und dem Patienten bzw. der Versichertengemeinschaft auf der anderen Seite. Im Hinblick auf die angemessene medizinische Behandlung verfügt der Arzt gegenüber dem Patienten in der Regel über einen beträchtlichen Informationsvorsprung, der es ihm erlaubt, Umfang und Struktur seines Leistungsangebotes innerhalb eines diskretionären Handlungsspielraums autonom zu bestimmen (siehe ausführlich Breyer, F. u. Zweifel, P. 1997). Diesen ärztlichen Handlungsspielraum stützt in ökonomischer Hinsicht eine „Funktionspaltung“, die bei der Abgabe von Gesundheitsleistungen an vollversicherte Patienten grundsätzlich auftritt. Während bei den meisten am Markt erworbenen Gütern eine Person als Nachfrager, Ausgabenträger und Konsument fungiert, konsumiert im Gesundheitswesen der Patient – der häufig nur über den Erstkontakt mit dem Arzt selbst entscheidet – eine Leistung, die maßgeblich der Arzt bestimmt und letztlich die Krankenkasse bzw. die Versichertengemeinschaft finanziert. Da der Arzt theoretisch betrachtet sein eigenes Angebot nachfragt, vermag er sein Leistungsangebot innerhalb der jeweils gegebenen rechtlich-ökonomischen Rahmenordnung bis an die Grenze des medizinisch Vertretbaren auszuweiten (siehe auch unten unter 2.3.2).

76. Der medizinisch-technische Fortschritt erhöht insofern die Effizienz und die Effektivität im Gesundheitswesen, als er dazu beiträgt, ein bestimmtes Behandlungsergebnis mit geringerem Aufwand zu erzielen oder mit gegebenen Ressourcen den gesundheitlichen Zielerreichungsgrad zu verbessern. Daneben kann der medizinische Fortschritt vor allem über „Add-on“-Technologien, die nicht substitutiv, sondern zusätzlich zum Einsatz kommen, neue Diagnose- und Therapiemöglichkeiten eröffnen, die aber einen höheren Ressourcenaufwand erfordern. In diesem Falle geht die Verbesserung des Gesundheitszustandes mit einem Ausgabenanstieg einher. Obgleich im Gesundheitswesen in der Vergangenheit alle Varianten des medizinisch-technischen Fortschritts auftraten, dominieren in den letzten Jahrzehnten per saldo nicht die substitutiven Prozess-, sondern die ausgabensteigernden Produktinnovationen. Zu diesem Ergebnis trugen auch die ökonomischen Anreizwirkungen bei, die outcomeerhöhende Produktinnovationen weit stärker förderten als ressourcensparende Prozessinnovationen. Medizinisches Denken konzentriert sich – aus durchaus verständlichen Gründen – ohnehin weitaus stärker auf die Zielrealisierung als auf die Ressourcenminimierung.

77. Der negative Preisstruktureffekt im Gesundheitswesen bzw. der Preisstruktureffekt zuungunsten von Gesundheitsleistungen äußert sich darin, dass der Preisindex für Behandlungsleistungen der GKV und für Gesundheitsgüter tendenziell schneller wächst als das allgemeine Preisniveau. Der negative Preisstruktureffekt eines Sektors bzw. Güterbündels errechnet sich aus der Differenz zwischen der Wachstumsrate des Preisindex dieses Sektors und der Steigerungsrate des allgemeinen Preisniveaus bzw. der Inflationsrate, die üblicherweise am Preisindex des Brutto-sozialproduktes oder am Lebenshaltungskostenindex gemessen wird. Der negative Preisstruktureffekt im Gesundheitswesen resultiert im Wesentlichen daraus, dass in diesem Bereich bei in etwa gleicher Lohnentwicklung die Arbeitsproduktivität schwächer zunimmt als in Wirtschafts-

sektoren, in denen eine stärkere Substitution von Arbeit und Kapital stattfindet. Er bildet kein Spezifikum des Gesundheitswesens, sondern tritt üblicherweise in dienstleistungsintensiven Wirtschaftssektoren auf. In der Gesundheitsversorgung weisen vor allem die arbeitsintensiven Bereiche stationäre Behandlung, Rehabilitation und Pflege einen negativen Preisstruktureffekt auf. Spezifische Ineffizienzen können den negativen Preisstruktureffekt eines Wirtschaftssektors noch verstärken, bilden aber nicht seine zentrale Ursache.

78. Die in den USA schon heute weit verbreitete Praxis, bei ärztlichen „Kunstfehlern“ spezialisierte Rechtsanwälte aufzusuchen, die dann für die betroffenen Patienten weitreichende Schadenersatzforderungen einklagen, führt auch in der Bundesrepublik Deutschland zu einer leistungs- bzw. ausgabenintensiven Defensivmedizin. Insbesondere Ärzte, die bereits mit einem entsprechenden Rechtsverfahren konfrontiert wurden, neigen danach zu einer detaillierten Aufklärung des Patienten, zu einer fast lückenlosen Diagnostik mit dem Einsatz breiter Screeningmethoden und zu einer aufwendigen Dokumentation. In diesem Kontext mögen alle Beteiligten, d. h. subjektiv geschädigte Patienten und risikoscheue Ärzte, aus verständlichen individuellen Motiven handeln, die dadurch ausgelösten Maßnahmen besitzen jedoch bei globaler Betrachtung häufig ein ungünstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis (zum Umgang mit medizinischen Fehlern siehe ausführlich im 4. Kapitel dieses Gutachtens).

79. Im Rahmen des demographischen Wandels interessiert unter ökonomischen Aspekten vor allem die Veränderung von Bevölkerungsanteilen innerhalb bestimmter Altersgruppen, d. h. als zentrale demographische Indikatoren dienen das Kohortenalter und die Kohortengröße. Wie bereits oben unter 2.2.1.1 erwähnt, führt die relative Zunahme von Rentnern und die Schrumpfung des Anteils der erwerbstätigen Bevölkerung zu einem Rückgang der Beitragseinnahmen der GKV. Die in den nächsten drei Jahrzehnten anstehende Veränderung der demographischen Struktur, die bisher noch sehr moderat verlief, verursacht für die GKV nicht nur Mindereinnahmen, sondern insofern auch Mehrausgaben, als ältere Menschen häufiger als jüngere an einer oder mehreren Krankheit(en) leiden. Schätzungen jener Beitragssatzeffekte, die für die GKV aus der Veränderung der demographischen Struktur bis zum Jahre 2030 bzw. 2040 erwachsen, schwanken im Ergebnis zwischen 2 bis 3 und gut 16 Prozentpunkten (siehe Ulrich, V. 2000). Diese erhebliche Diskrepanz erklärt sich überwiegend dadurch, dass ein Teil dieser Schätzungen den rein demographischen Effekt veranschlagt und im Sinne einer Status-quo-Prognose eine Konstanz aller anderen Einflussgrößen der GKV-Ausgaben unterstellt. Jene Schätzungen, die erheblich höhere Beitragssatzsteigerungen ausweisen, beziehen dagegen die zu erwartenden Wechselwirkungen mit anderen Determinanten, insbesondere mit dem technischen Fortschritt, in die Beitragssatzprognose ein (Knappe, E. 2000).

80. Die Zunahme von Einzelhaushalten bzw. -personen ließe sich bei weiter Interpretation unter die demographische Ausgabenkomponente subsumieren, aber auch als eigenständiger Einflussfaktor interpretieren. Während sich Ehepartner bzw. zusammenlebende Menschen bei relativ geringfügiger Morbidität bzw. Pflegebedürftigkeit eines

Partners gegenseitig Hilfe gewähren können, bedürfen alleinstehende Personen in solchen Fällen bereits einer externen Hilfe. Letztere müssen Menschen, die zusammenleben, bei gleichem Gesundheitszustand erst in Anspruch nehmen, wenn beide Partner gleichzeitig erkranken. Insofern verursachen zwei alleinstehende Personen *ceteris paribus* mehr Gesundheitsausgaben als ein Ehepaar.

2.2.3 Beitragssatzstabilität im Kontext der Sozialabgabenbelastung

2.2.3.1 Die Beitragssatzstabilität als inputorientiertes Postulat der Gesundheitsversorgung

81. Der empirische Befund, dass der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV trotz vielfältiger sog. Kostendämpfungsmaßnahmen zwischen 1978 und 2001 von 11,4 % auf 14,0 %, d. h. um 22,8 %, anstieg, lässt erwarten, dass sich die Beitragssatzstabilität künftig nicht ohne fiskalisch wirksame Reformen auf der Einnahmen- und/oder Ausgaben-seite der GKV realisieren lässt. Diese Feststellung gilt unbeschadet des noch vorhandenen Rationalisierungspotentials, dessen Ausschöpfung der Rat vor allem in seinen jüngsten Gutachten angemahnt hat. Die bisherigen Kostendämpfungsmaßnahmen wie auch die aktuellen Reformdiskussionen setzten überwiegend an den fiskalischen Problemen der GKV an und zielten darauf ab, das Postulat der Beitragssatzstabilität zumindest temporär zu verwirklichen. Die Beiträge zur GKV bilden einen Teil der Sozialabgaben, die Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte entrichten. Diese Sozialbeiträge belasten über die Lohnnebenkosten die Investitionen der Unternehmen und verringern ähnlich wie die Einkommensteuer das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte und damit die Nachfrage nach Konsumgütern.

82. Im Kontext der Sozialabgabenbelastung gewinnt die Beitragssatzstabilität in der GKV noch insofern an Bedeutung, als die GRV und die soziale Pflegeversicherung künftig ebenfalls vor beachtlichen fiskalischen Herausforderungen stehen. Diese Teilsysteme der sozialen Sicherung leiden in finanzieller Hinsicht ebenfalls unter einer Wachstumschwäche ihrer Finanzierungsbasis und einige Ausgabeterminanten, wie z. B. der demographische Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt, wirken auch auf diese sozialen Sicherungssysteme ein²⁰. Die Sozialabgaben geraten somit künftig von mehreren Seiten unter Druck. Dabei können von einer hohen und steigenden öffentlichen Abgabenbelastung²¹ für Beschäftigung und Wachstum einer

²⁰ Dies gilt für den demographischen Wandel im Rahmen der GRV sogar in verstärktem Maße.

²¹ Dabei bilden zunächst die gesamten öffentlichen Abgaben, die Steuern und Sozialversicherungsbeiträge umfassen, den Ausgangspunkt der Überlegungen. Diese Vorgehensweise bietet sich nicht nur für internationale Vergleiche (siehe im Folgenden 2.2.3.2), sondern auch deshalb an, weil eine Erhöhung der Beitragssätze in der GKV und in der sozialen Pflegeversicherung bei gegebenem Einkommen wie eine Steuer auf den Produktionsfaktor Arbeit wirkt. Den höheren Beiträgen steht hier mit Ausnahme des Krankengeldes kein Anstieg auf der Leistungsseite, d. h. kein zusätzlicher Versicherungsschutz, gegenüber (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002, Ziffer 368 und 484).

Volkswirtschaft vor allem folgende Gefahren ausgehen (Wille, E. 1999a):

- Abwanderung der Produktion von Waren und Dienstleistungen in die illegale Schattenwirtschaft mit entsprechenden Beitragsverlusten für die Sozialversicherungsträger und die öffentlichen Haushalte,
- Intensivierung der Eigenwirtschaft bzw. Haushaltsproduktion,
- Minderung individueller Leistungsanreize infolge relativ geringer Zuwächse des Nettoeinkommens,
- Behinderung des Strukturwandels in Richtung des beschäftigungsintensiven Dienstleistungssektors durch die starke Belastung personalintensiver Unternehmen,
- Abnahme der Einstellungsbereitschaft von Unternehmen wegen hoher Belastung des Faktors Arbeit,
- Verstärkung der Anreize zu einer exzessiven Nutzung der Leistungen sowohl bei den Versicherten als auch bei Unternehmen, bei letzteren u. a. durch die Abwälzung von Lohnleistungen auf die Sozialversicherung und
- Beeinträchtigung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft.

Über die Effekte, die von höheren Beitragssätzen zur Sozialversicherung auf die Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung ausgehen, existiert allerdings keine gesicherte empirische Evidenz. Zunächst liegt die Annahme nahe, dass steigende Beitragssätze über eine Zunahme der Lohnnebenkosten die Produktionskosten erhöhen und damit die Wettbewerbsfähigkeit der inländischen Unternehmen schwächen und das Wirtschaftswachstum hemmen (OECD 1994). So führt nach einer Schätzung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung eine Reduktion der Beiträge zur Sozialversicherung um einen Prozentpunkt – bei Vernachlässigung von Rückkoppelungseffekten – zu fast 100 000 zusätzlichen Arbeitsplätzen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002, Ziffer 372). Andererseits bestätigen ökonomische Untersuchungen keinen engen Zusammenhang zwischen steigenden Beitragssätzen und schwachem Wirtschaftswachstum bzw. ungünstiger Beschäftigungsentwicklung (Breyer, F. et al. 2001). Ein Grund für die schwache Wirkung von steigenden Beitragssätzen auf die Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung könnte darin liegen, dass die Unternehmen die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung nicht als Lohn-„Nebenkosten“, sondern als integrale Lohnbestandteile ansehen, d. h. im Rahmen der Tarifverhandlungen steigende Arbeitgeberbeiträge mit in Ansatz bringen. Zudem gilt es im Hinblick auf die Auswirkungen hinsichtlich der internationalen Wettbewerbsfähigkeit auch die entsprechende Entwicklung der Lohnstückkosten in anderen relevanten Ländern zu berücksichtigen.

83. Zwischen der Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis und der Neigung, in die illegale Schattenwirtschaft zu flüchten und/oder die Haushaltsproduktion zu intensivieren und damit Nachfrage am Markt zu ersetzen, bestehen enge Wechselwirkungen im Sinne eines *circulus vitiosus*: Einerseits mindern diese Tätigkeiten die Finanzierungsbasis der Sozialsysteme und verursachen damit bei gegebenem Leistungsvolumen eine Erhöhung der Beitragssätze und andererseits fördern eine hohe Abgabenbelastung und hohe

Löhne die Anreize, am „Markt vorbei“ zu produzieren. Die Beitragssatzstabilität und die ihr zugrunde liegende fiskalische Ausgabenbetrachtung besitzt insofern schon wegen der Sozialabgabenbelastung ihre Berechtigung, aber sie erlaubt für sich betrachtet noch keine Aussagen über die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung im Rahmen der GKV. Effizienz- und Effektivitätskonzepte zielen nicht auf eine isolierte Kostenminimierung ab, sondern beinhalten immer, wenn auch häufig unterschiedlich definiert, eine Output- bzw. Outcome/Input-Relation. Dabei stehen im Rahmen des Zielspektrums die gesundheitlichen Outcomes, d. h. die Lebenserwartung und die Lebensqualität im Mittelpunkt des Interesses.

84. Um zu vermeiden, dass sich künftig Reformmaßnahmen, wie in den vergangenen 25 Jahren häufig der Fall, in einer primär fiskalisch orientierten Ausgabendämpfung erschöpfen, sollten entsprechende Optionen auf der Grundlage eines breiten Zielspektrums, das neben fiskalischen auch allokativen, distributiven sowie beschäftigungs- und wachstumspolitischen Kriterien beinhaltet, analysiert und bewertet werden. In beschäftigungspolitischer Hinsicht gilt es z. B. zu berücksichtigen, dass Ausgaben für Gesundheits- und Pflegeleistungen unmittelbare Nachfrage am Markt schaffen. Die im Gesundheitswesen Beschäftigten entrichten ebenfalls Steuern und Sozialabgaben. Nach einer Untersuchung der Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (Hoffmann, U. et al. 1998) betrug die Zahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten in Deutschland im Jahre 1996 4,05 Millionen Personen. Davon arbeiteten ca. 3,77 Millionen Personen in Einrichtungen, die in einem direkten Kontakt mit dem Endverbraucher standen, und 0,27 Millionen Personen in Vorleistungsindustrien, wie z. B. der pharmazeutischen oder der medizintechnischen Industrie. Bezieht man die Zahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten auf die Erwerbstätigen insgesamt, so erreichte der Anteil der im Gesundheitswesen Tätigen 11,2 %. Eine spezielle Untersuchung desselben Instituts für das Bundesland Rheinland-Pfalz zeigt ebenfalls die hohe arbeitsmarktpolitische Bedeutung des Gesundheitswesens (Schneider, M. et al. 1998). Unter Einbezug der Vorleistungsindustrien liegt der Anteil der im Gesundheitswesen Tätigen mit 12,5 % sogar noch über dem Bundesdurchschnitt, d. h. in Rheinland-Pfalz verdankt jeder achte Erwerbstätige dem Gesundheitswesen seinen Arbeitsplatz (ebenda).

85. Der Gesundheitssektor stellt insofern einen relevanten Wirtschafts- und Wachstumssektor dar, der angesichts seiner überdurchschnittlichen Dienstleistungs- bzw. Arbeitsintensität erhebliche Wirkungen auf dem Arbeitsmarkt entfaltet. Dabei eröffnet vor allem die begrenzte Möglichkeit, im Rahmen der Gesundheitsversorgung Arbeit durch Kapital zu substituieren, in einem wachsenden Gesundheitsmarkt Beschäftigungschancen. Daneben dienen die Gesundheitsaufwendungen dazu, einen hochwertigen Humankapitalstock aufzubauen bzw. zu erhalten und, wie andere Sozialabgaben auch, den sozialen Frieden zu sichern. Das Bemühen der Gesundheitspolitik um stabile Beitragssätze und in diesem Kontext um Ausgabenbegrenzung bildet insofern unter Zielaspekten immer eine Gratwanderung zwischen den Entzugseffekten, die steigende Beitragssätze vornehmlich außerhalb des Gesundheitssektors bei Konsumenten und Investoren verursachen, und den positiven Wirkungen, die Gesundheitsausgaben und die mit ihnen finan-

zierten Leistungen erzeugen. Dieser Blick über die enge fiskalische Perspektive hinaus soll keinesfalls als Alibi für ineffiziente Produktionen und/oder ineffektive Maßnahmen im Gesundheitswesen dienen und damit auch nicht über vorhandene Rationalisierungsreserven hinwegtäuschen. Die Ausschöpfung dieses Potentials geht zwangsläufig an bestimmten Stellen mit Einkommenseinbußen und häufig auch mit Beschäftigungsverlusten einher, aber dies steht in keinem Widerspruch zu dem Zielspektrum der Gesundheitsversorgung. Die dabei frei werdenden Ressourcen stiften bei zielgerichtetem Einsatz in einer anderen Verwendung gesamtwirtschaftlich betrachtet einen höheren Nutzen.

2.2.3.2 Die Sozialabgaben im internationalen Vergleich

86. Unabhängig von ihren oben aufgelisteten binnenwirtschaftlichen Nachteilen verschlechtert eine hohe und steigende Sozialabgabenbelastung nur dann die internationale Wettbewerbsfähigkeit eines Landes, wenn die entsprechende Entwicklung in ökonomisch konkurrierenden Ländern günstiger verläuft. Ein solcher Vergleich sollte aus folgenden Gründen zunächst an den gesamten öffentlichen Abgaben, die neben den Sozialabgaben auch die Steuern einschließen, ansetzen (SG 1996, Ziffer 10):

- Für die Reaktionen von Unternehmen und Haushalten auf öffentliche Abgaben spielt die jeweilige Grenzbelastung, die sich aus dem Zusammenwirken aus Sozialabgaben und Steuern ergibt, eine entscheidende Rolle.
- Die Mehrzahl der bisherigen Staaten in der Europäischen Union finanziert den sozialen Teil ihrer Gesund-

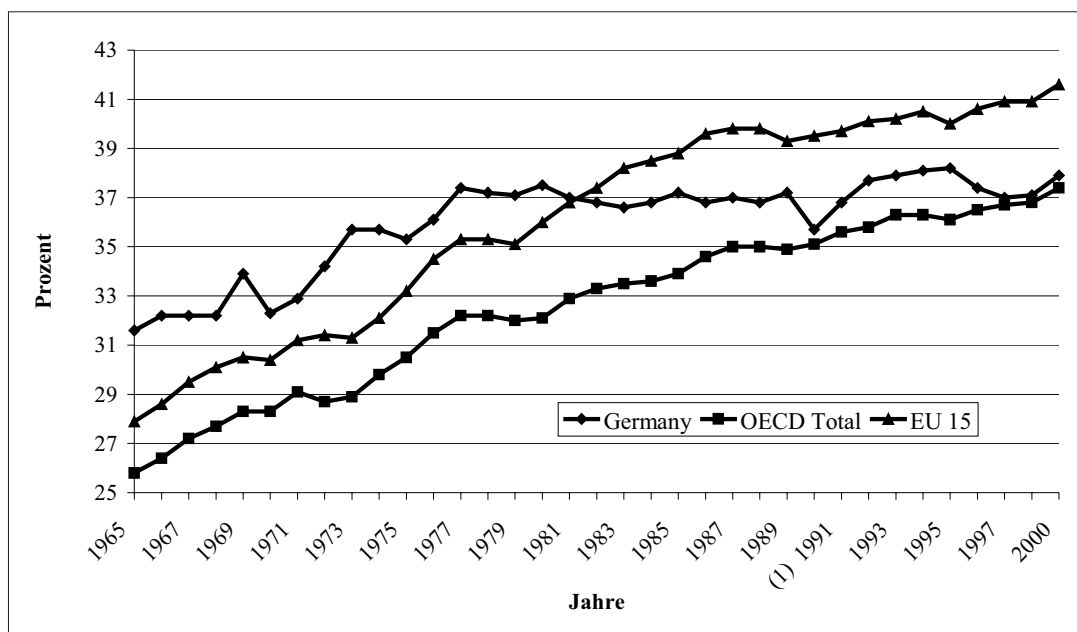
heitsausgaben im Unterschied zu Deutschland weniger durch Sozialabgaben als durch allgemeine oder spezifische Steuern. Ein isoliertes Benchmarking jener Sozialabgaben, die auf das Gesundheitswesen entfallen, würde insofern zu Fehlschlüssen über die jeweilige Belastung von Unternehmen und Haushalten sowie über die internationale Wettbewerbsfähigkeit führen.

- In Deutschland fanden, wie oben unter 2.2.1.1 erwähnt, zwischen den Teilsystemen der Sozialversicherung in der Vergangenheit zahlreiche vom Gesetzgeber diskretionär vorgenommene Belastungsverschiebungen statt, die fast immer zuungunsten der GKV erfolgten, d. h. ceteris paribus deren Beitragssatz erhöhten. Diese aus der Sicht der GKV oft beklagten „Verschiebeparkplätze“ innerhalb der Sozialversicherung veränderten jedoch nicht die Gesamtbelastung von Unternehmen und Haushalten und besitzen insofern im Hinblick auf den internationalen Wettbewerb keine Relevanz.

87. Abbildung 15 zeigt die Entwicklung der Abgabenquote, d. h. der Summe aus Steuern und Sozialabgaben in Relation zum BIP, in Deutschland sowie im Durchschnitt der EU und der OECD-Staaten. Danach stieg die deutsche Abgabenquote ähnlich wie der OECD- und der EU-Durchschnitt von 1965 bis Ende der siebziger Jahre an, fiel dann aber deutlich ab und stagnierte mit geringen Schwankungen bis zur deutschen Vereinigung im Jahre 1990. Da der OECD- und der EU-Durchschnitt auch von 1975 bis 1990 zunahm, vollzog sich in dieser Zeitspanne eine Annäherung bzw. Unterschreitung der deutschen Abgabenquote hinsichtlich dieser internationalen Durchschnittswerte. So unterschritt die deutsche

Abbildung 15

Die Entwicklung der Abgabenquoten in Deutschland¹⁾, der EU und den OECD-Staaten von 1965 bis 2000



1) Ab 1991 Werte für Gesamtdeutschland.

Quelle: OECD (2002)

Abgabenquote das EU-Niveau bereits 1981/1982 und näherte sich zwischen 1981 und 1990 dem OECD-Niveau. Nach einer überwiegend vereinigungsbedingten Zunahme von 1991 bis 1995 sank die deutsche Abgabenquote schon 1998 wieder auf den OECD-Durchschnitt.

88. Die deutsche Abgabenquote weist somit, wie Abbildung 16 veranschaulicht, infolge ihrer temporären Absenkung nach 1980 und 1995 nicht nur ein im europäischen Vergleich unterproportionales Niveau, sondern auch einen im Vergleich zum OECD-Durchschnitt niedrigeren Anstieg auf. Dieser empirische Befund berücksichtigt zwar nicht die Struktur der öffentlichen Abgaben und hier insbesondere der Steuern²², er deutet aber auf dieser aggregierten Ebene nicht auf internationale Standort- oder Wettbewerbsnachteile Deutschlands hin. Wettbewerbspolitische Nachteile könnten allerdings aus dem Umstand erwachsen, dass die USA und Japan eine um 8 bis 10 Prozentpunkte niedrigere Abgabenquote aufweisen.

89. Wie Tabelle 2 (S. 47) ausweist, ging die Steuerquote in Deutschland zwischen 1965 und 2000 von 23,1 % auf 21,7 % sogar leicht zurück, während die Sozialabgabenquote von 8,5 % auf 14,7 %, d. h. um 72,9 %, anstieg. Die im Vergleich zu den Steuern stärkere Zunahme der Sozialabgaben stellt allerdings keine deutsche Besonderheit dar, sondern zeigt sich im gesamten EU- und OECD-Bereich. Während die Steuerquote von 1965 bis 2000 innerhalb der EU um 44,0 % und im OECD-Bereich um 32,2 % zunahm, stiegen die jeweiligen Sozialabgabenquoten um 81,0 % und

102,1 % an. Obgleich Frankreich von 1990 bis 2000 Sozialabgaben durch Steuern ersetzte, besitzt es noch immer die höchste Sozialabgabenquote.

Für das im Vergleich zu den Steuern insgesamt stärkere Wachstum der Sozialabgaben lassen sich vor allem folgende Gründe anführen:

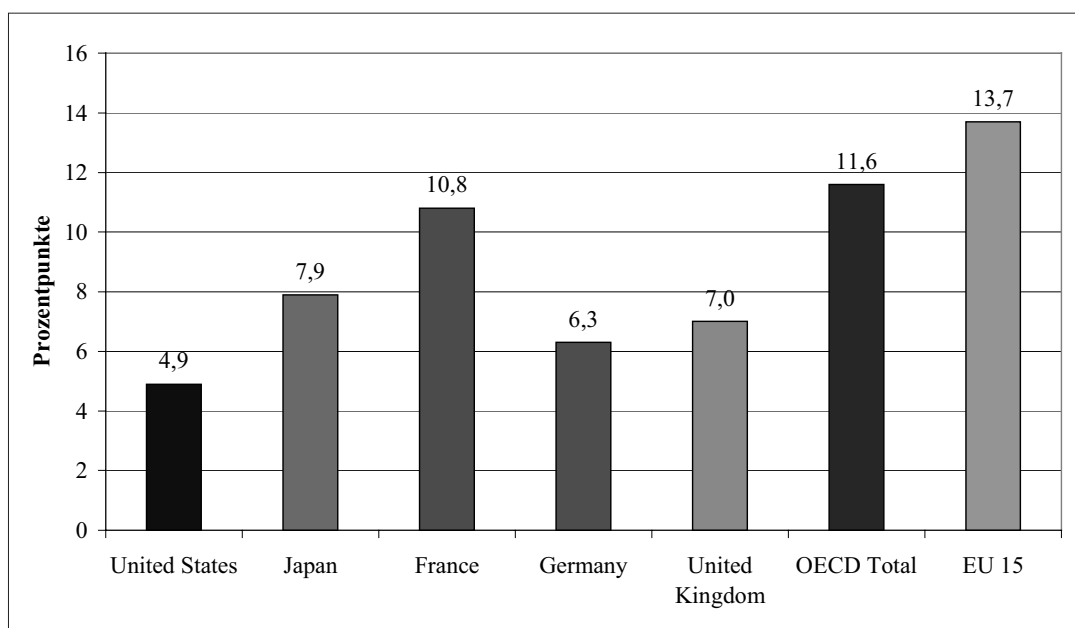
- eine stärkere Finanzierung der sozialen Sicherung über Sozialabgaben und weniger über Steuern,
- die Gewährung zusätzlicher sozialer Leistungen und/oder die Einführung neuer Zweige in die Sozialversicherung, wie z. B. die Pflegeversicherung,
- die Erweiterung des Versichertenkreises um fiskalisch schlechte Risiken, wie z. B. selbständige Landwirte und deren mitarbeitende Familienangehörige sowie Schwerbehinderte,
- die zunehmende Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen über Sozialabgaben statt über Steuern sowie die Möglichkeit und Nutzung der Kreditfinanzierung zur Deckung der Staatsausgaben.

90. Ein Blick auf die Sozialabgaben nach Beitragszahlern im internationalen Vergleich in Tabelle 3 (S. 48) zeigt, dass der deutsche Arbeitgeberanteil im Jahre 2000 mit 49,3 % sowohl hinter dem EU-Durchschnitt mit 57,0 % als auch hinter dem OECD-Durchschnitt mit 60 % deutlich zurückbleibt. Bei diesem Überblick fällt vor allem der hohe Arbeitgeberanteil in Frankreich mit 68,9 % auf. Gegenüber den siebziger und achtziger Jahren weist der Arbeitgeberanteil in Deutschland zudem eine sinkende Tendenz auf. Während die Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile in Tabelle 3 zwangsläufig vom relativen Niveau der jeweiligen nationa-

²² Nach Berechnungen des ZEW (2002) zahlen z. B. französische Unternehmen trotz der neuen Steuerreform derzeit immer noch höhere Steuern als deutsche.

Abbildung 16

Das Wachstum der Abgabenquoten von 1965 bis 2000 im internationalen Vergleich



Quelle: Erstellt nach OECD (2002)

Tabelle 2

Steuern und Sozialabgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt im internationalen Vergleich

Jahr	Land										EU 15 ^{b)}		OECD ^{b)}	
	FRA		GER		JAP		UK		USA		ST ^{c)}	SO ^{d)}	ST ^{c)}	SO ^{d)}
	ST ^{c)}	SO ^{d)}	ST ^{c)}	SO ^{d)}	ST ^{c)}	SO ^{d)}	ST ^{c)}	SO ^{d)}	ST ^{c)}	SO ^{d)}				
1965	22,7	14,8	23,1	8,5	14,3	4,0	25,7	4,7	21,4	3,3	21,6	6,3	21,1	4,7
1970	21,7	12,4	22,5	9,8	15,5	4,5	31,9	5,2	23,2	4,5	23,3	7,1	22,8	5,5
1975	21,3	14,6	23,3	12,0	15,1	6,2	29,1	6,2	21,4	5,5	24,2	9,0	23,7	6,8
1980	23,3	17,4	24,6	12,9	17,8	7,3	29,3	5,9	21,1	5,9	25,8	10,2	24,7	7,4
1985	24,8	19,0	23,6	13,6	18,9	8,2	31,0	6,7	19,5	6,6	27,9	10,9	25,9	8,0
1990	24,0	18,9	22,3	13,4	21,4	8,7	30,7	6,1	19,8	6,9	28,5	11,0	26,8	8,2
1995	25,2	18,7	23,3	14,9	17,7	10,0	28,7	6,1	20,7	6,9	28,4	11,6	26,7	9,4
1998	28,8	16,3	22,1	15,0	17,0	9,9	30,5	6,4	22,0	6,8	29,7	11,3	27,3	9,5
1999	29,3	16,5	23,0	14,9	16,4	9,7	30,1	6,3	22,0	6,9	30,2	11,3	27,7	9,4
2000	29,0	16,4	23,1	14,8	17,2	9,9	31,2	6,1	22,7	6,9	31,1	11,4	27,9	9,5
2001 ^{a)}	28,9	16,5	21,7	14,7	–	–	31,0	6,4	–	–	–	–	–	–

a) Schätzungen.

b) Ungewichtetes Mittel.

c) Steuereinnahmen in Relation zum Bruttoinlandsprodukt (in Prozent).

d) Sozialabgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt (in Prozent).

Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus OECD (2002)

len Sozialabgaben, d. h. ihrem Anteil am Bruttoinlandsprodukt, abstrahieren, bezieht Tabelle 4 (S. 49) die ausgewiesenen Werte auf den entsprechenden EU-Durchschnitt. Danach liegt der deutsche Arbeitgeberanteil im Jahre 2000 mit 112 : 100 leicht über, der entsprechende Arbeitnehmeranteil mit 167 : 100 deutlich über dem EU-Durchschnitt, der jeweils das entsprechende OECD-Niveau durchgehend übersteigt. In Frankreich verhält es sich fast umgekehrt, d. h. hier übertrifft der Arbeitgeberanteil mit 174 : 100 spürbar das OECD-Niveau, während der Arbeitnehmeranteil mit 103 : 100 in etwa diesem Niveau entspricht. Insgesamt gesehen spricht ein internationaler Vergleich der gesamten Abgaben- sowie der Sozialabgabenquoten zumindest nicht für Wettbewerbsnachteile deutscher Unternehmen gegenüber europäischen Konkurrenten.

2.3 Handlungsmöglichkeiten bei drohenden Budgetdefiziten in der GKV

2.3.1 Alternative Gesundheitssysteme und adaptive Reformoptionen im Überblick

91. Unabhängig von vorhandenen Interdependenzen und allfälligen Abgrenzungsproblemen lassen sich die Handlungsmöglichkeiten, die bei drohenden Budgetdefiziten in der GKV offenstehen, in einen Wechsel zu alternativen Gesundheitssystemen und in adaptive Reformoptionen im Sinne von Anpassungsschritten des geltenden Systems unterscheiden. Entsprechend dieser Trennung gehören zu den alternativen Gesundheitssystemen vor allem

- die rein steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung,
- der Übergang zu einer Kapitaldeckung und
- die Finanzierung mit Hilfe von fixen Pro-Kopf-Beiträgen.

Während eine überwiegend steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung in den meisten Ländern der heutigen Europäischen Union vorherrscht, finanziert sich die soziale Krankenversicherung in der Schweiz über fixe Pro-Kopf-Beiträge (zu einem Überblick siehe Danner, G. 1999). Auf einer nahezu vollständigen Kapitaldeckung baut die Absicherung des Krankheitsrisikos bei den privaten Versicherungen auf.

92. Die folgende Auflistung von adaptiven Reformoptionen geht zunächst davon aus, dass der GKV das Finanzierungsinstrument der Kreditaufnahme grundsätzlich nicht zur Deckung von Haushaltsdefiziten zur Verfügung steht. Ferner gilt es bei drohenden Budgetdefiziten, eine implizite Rationierung von Gesundheitsleistungen aus normativ-ethischen Gründen und nach Möglichkeit auch weiterhin steigende Beitragssätze im Sinne der Beitragssatzstabilität²³ zu ver-

²³ Beitragssatzsteigerungen bildeten in der Vergangenheit das dominante Finanzierungsinstrument zur Deckung von Budgetdefiziten; so nahm der durchschnittliche Beitragssatz zwischen 1970 und heute (September 2002) von 8,2 % auf 14,0 % zu. Gleichwohl stellt die Beitragssatzstabilität unter normativen Aspekten kein hochrangiges, sondern nur ein abgeleitetes ökonomisches Ziel dar (siehe auch oben unter 2.1.1).

Tabelle 3

**Anteil der Zahlung von Sozialabgaben der jeweiligen Beitragszahler
im internationalen Vergleich (in %)**

		FRA	GER	JAP	UK	USA	EU	OECD
1965	AG	73,7	54,1	42,5	48,9	57,6	55,6	57,4
	AN	19,5	43,5	32,5	44,7	36,4	34,9	31,9
	SB	6,8	2,4	25,0	6,4	6,1	9,5	10,6
1970	AG	73,4	53,1	51,1	50,0	51,1	56,3	56,4
	AN	19,4	44,9	37,8	44,2	42,2	33,8	32,7
	SB	7,3	2,0	11,1	5,8	6,7	9,9	10,9
1975	AG	71,9	54,2	51,6	61,3	52,7	64,4	63,2
	AN	21,2	43,3	37,1	38,7	43,6	31,1	30,9
	SB	6,8	2,5	11,3	0,0	3,6	4,4	5,9
1980	AG	66,1	53,5	50,7	61,0	54,2	64,7	62,2
	AN	25,9	44,2	35,6	39,0	42,4	29,4	29,7
	SB	8,0	2,3	13,7	0,0	3,4	5,9	8,1
1985	AG	64,7	51,5	51,2	50,7	54,5	60,6	58,8
	AN	27,4	43,4	35,4	47,8	40,9	31,2	31,3
	SB	7,9	5,1	13,4	1,5	4,5	8,3	10,0
1990	AG	61,9	50,7	51,7	59,0	52,2	60,0	58,5
	AN	30,2	43,3	37,9	39,3	42,0	31,8	32,9
	SB	7,9	6,0	10,3	1,6	5,8	8,2	8,5
1995	AG	61,5	49,7	51,0	55,7	52,2	56,0	58,5
	AN	31,0	43,6	39,0	42,6	43,5	35,3	30,9
	SB	7,5	6,7	10,0	1,6	4,3	8,6	10,6
1998	AG	69,3	49,3	51,5	53,1	51,5	58,4	60,0
	AN	24,5	44,0	38,4	42,2	42,6	33,6	29,5
	SB	6,1	6,7	10,1	4,7	5,9	8,0	10,5
1999	AG	69,1	49,0	51,5	55,6	50,7	57,5	60,6
	AN	24,2	43,6	39,2	41,3	43,5	34,5	31,9
	SB	6,7	7,4	9,3	3,2	5,8	8,0	7,4
2000	AG	68,9	49,3	50,5	57,4	50,7	57,0	60,0
	AN	24,4	43,9	38,4	41,0	43,5	34,2	31,6
	SB	6,7	6,8	11,1	1,6	5,8	8,8	8,4

Aufgrund von Rundungen ergänzen sich die Anteile nicht immer zu hundert.
AN = Arbeitnehmeranteil in Prozent der jeweiligen Sozialabgaben insgesamt.
AG = Arbeitgeberanteil in Prozent der jeweiligen Sozialabgaben insgesamt.
SB = Selbständig Beschäftigte und Unbeschäftigte in Prozent der jeweiligen Sozialabgaben insgesamt.

Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus OECD (2002)

Tabelle 4

Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge zur sozialen Sicherung in Prozent des EU-Durchschnittes (in %)

		FRA	GER	JAP	UK	USA	EU	OECD
1965	AG	249	131	49	66	54	100	77
	AN	105	168	59	95	55	100	68
1970	AG	228	130	58	65	58	100	78
	AN	100	183	71	96	79	100	75
1975	AG	181	112	55	66	50	100	74
	AN	111	186	82	86	86	100	75
1980	AG	174	105	56	55	48	100	70
	AN	150	190	87	77	83	100	73
1985	AG	186	106	64	52	55	100	71
	AN	153	174	85	94	79	100	74
1990	AG	177	103	68	55	55	100	73
	AN	163	166	94	69	83	100	77
1995	AG	177	114	78	52	55	100	85
	AN	141	159	95	63	73	100	71
1998	AG	171	112	77	52	53	100	86
	AN	105	174	100	71	76	100	74
1999	AG	175	112	77	54	54	100	88
	AN	103	167	97	67	77	100	77
2000	AG	174	112	77	54	54	100	88
	AN	103	167	97	64	77	100	77

AN = Arbeitnehmeranteil.

AG = Arbeitgeberanteil.

Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus OECD (2002)

meiden. Vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen kommen bei sich abzeichnenden Budgetdefiziten der GKV, aber auch teilweise aus allokativen und distributiven Gründen vor allem die folgenden adaptiven Reformoptionen in Frage:

- Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch strukturelle Reformen,
- Reorganisation der Finanzierung innerhalb der Teilsysteme der Sozialversicherung („Verschiebebahnhöfe“),
- Verlagerung von krankensicherungsfremden Leistungen auf andere Ausgabenträger,
- Einengung des Leistungskataloges,
- Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Krankenversicherung im Rahmen der GKV entweder verpflichtend oder als staatlich geförderte private (Zusatz-)Versicherung,

- teilweise Steuerfinanzierung, z. B. durch Heranziehung von gesundheitsbezogenen Verbrauchsteuern, z. B. auf Tabak und Alkohol,
- Ausweitung der Selbstbeteiligung der Patienten sowie
- Änderung der Beitragsgestaltung.

93. Die folgenden Ausführungen vermögen nicht die genannten alternativen Gesundheitssysteme und die aufgelisteten adaptiven Reformoptionen mit all ihren speziellen Vor- und Nachteilen im Detail zu analysieren und kritisch zu würdigen. Es geht dem Rat hier eher bzw. lediglich darum, einen theoretisch sinnvollen und politisch gangbaren Handlungskorridor aufzuzeigen. Dies beinhaltet auch und vornehmlich, bestimmte Handlungsalternativen als weniger geeignet auszuscheiden. So steht z. B. der Wechsel zu einer rein steuerfinanzierten sozialen Gesundheitsversorgung aus Sicht des Rates weder aus ökonomisch-normativen Aspekten noch politisch ernsthaft zur Diskussion. Steuerfinanzierte soziale Gesundheitssysteme besitzen gegenüber

beitragsfinanzierten bei isolierter Betrachtung der Lohnnebenkosten zwar Vorteile im Hinblick auf die unmittelbare Belastung des Faktors Arbeit. Sofern die Steuerfinanzierung aber über die Kompensation krankensicherungs-fremder Leistungen hinausgeht, verlieren die Gesundheitsleistungen ihren Versicherungscharakter, d. h. die Eigenschaft der gruppenmäßigen Äquivalenz (Wille, E. 1999b).

Mit dem Wechsel von beitrags- zu steuerfinanzierten sozialen Gesundheitssystemen gehen die Versicherten bzw. Bürger ihrer Versicherungsrechte bzw. -ansprüche verlustig, denn das Wesen einer allgemeinen Steuer besteht darin, dass kein Steuerpflichtiger mit seiner Abgabe einen Anspruch auf irgendeine staatliche Leistung erwirbt. Die beitragsfinanzierte Gesundheitsversorgung stellt dagegen keine staatliche Transferleistung, wie z. B. die Sozialhilfe, sondern eine mit spezifischen Abgaben bezahlte Versicherungsleistung dar. Ein Wechsel von der beitrags- zur steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung mindert zumindest im Prinzip²⁴ die Gestaltungs- und Souveränitätsrechte der Bürger, die Gesundheitsleistungen dann nicht mehr als anspruchsberechtigte Versicherte, sondern wie staatliche Transferempfänger erhalten. Nach repräsentativen Studien über die Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung bzw. der GKV-Versicherten (Wasem, J. 1999; Zok, K. 1999; siehe auch oben unter 2.1.3) findet eine Einheitskasse, auf die eine steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung praktisch hinausläuft, eine klare Ablehnung und das Kassenwahlrecht eine überwiegende Zustimmung.

94. Die folgenden Ausführungen diskutieren deshalb von den alternativen Gesundheitssystemen nur den Übergang zu einer vollständigen oder partiellen Kapitaldeckung (siehe unten unter 2.3.3) sowie die Finanzierung mit Hilfe von fixen Pro-Kopf-Beiträgen (siehe unten unter 2.3.4) etwas eingehender und konzentrieren sich ansonsten auf die adaptiven Reformoptionen. Gleichwohl erscheint dem Rat Handlungsbedarf grundsätzlich angezeigt. Wenn die politischen Entscheidungsträger nicht auf sich abzeichnende Budgetdefizite reagieren und die Leistungseinschränkungen auf die behandelnden Ärzte abwälzen, besteht die Gefahr einer impliziten Rationierung. Dies stellt unter normativen Aspekten die schlechteste Handlungsalternative dar. Den Patienten bleiben in diesem Falle Leistungen vorenthalten, die ihnen bei geltendem Leistungskatalog eigentlich zustehen und deren adäquater indikationsspezifischer Einsatz ihre gesundheitlichen Outcomes erhöhen würde. Implizite Rationierung verstößt insofern gegen ethische Kriterien, als sie sich nicht auf eine „klare Entscheidung auf der Grundlage ethischer Kriterien“ (Ausschuss „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“ der EKD 2000) stützt, sondern mehr oder weniger zufällig bzw. willkürlich erfolgt und infolgedessen schmerzlich solche Patienten trifft, die über ein niedrigeres Informationsniveau und/oder ein geringeres Durchsetzungsvermögen verfügen. Leistungsausschlüsse im Sinne einer veränderten Abgrenzung des objektiven Bedarfs sollten auf Makroebene

der Gesetzgeber oder auf Mesoebene die gemeinsame Selbstverwaltung bzw. die Bundesausschüsse, aber nicht der behandelnde Arzt verantworten. Dies belastet nämlich das Arzt-Patienten-Verhältnis und kann auch die Compliance beeinträchtigen. Die implizite Rationierung zeugt häufig von einer fehlenden Schwerpunkt- und Prioritätenbildung, die als Grundlage für zielorientierte, explizite Bedarfsbestimmung dienen kann (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 1 ff.). Die Schwerpunkt- und Prioritätenbildung steht somit in einem engen Zusammenhang mit der Bestimmung des objektiven Bedarfs, der sie aber nicht inhaltlich entspricht, sondern im Rahmen eines rationalen Planungs- und Entscheidungsprozesses vorausgeht. In diesem Sinne zielt die Schwerpunkt- und Prioritätenbildung darauf ab, eine implizite Rationierung zu vermeiden, da diese „verborgenen oder unklaren Prioritäten“ folgt (Zentrale Ethikkommission 2000).

Bei der impliziten Rationierung handelt es sich sowohl um eine Unter- als auch um eine Fehlversorgung, wenn durch sie Gesundheitsleistungen unterbleiben, die für die Patienten einen mehr als marginalen positiven gesundheitlichen (Netto-)Nutzen stiften und eine akzeptable Nutzen-Kosten-Relation aufweisen (Wille, E. 2000). Die Vorenthaltung dieser Leistungen vermeidet zwar im Moment einen Ressourceneinsatz, kann aber neben den Wohlfahrtsverlusten der Patienten künftig erhebliche Folgekosten verursachen. Obgleich in der GKV auch noch zahlreiche Fälle von Überversorgung und damit Einsparungsmöglichkeiten existieren, lassen sich zunehmende implizite Rationierungen kaum mehr ernsthaft bestreiten (Ausschuss „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“ der EKD 2000; Böcken, J. et al. 2002). Dabei kann offen bleiben, ob und inwieweit diese Rationierungen auf Befürchtungen der Ärzte zurückgehen, ihre Budgets zu überschreiten. Allein die Existenz und Relevanz impliziter, d. h. weitgehend willkürlicher, Rationierungen legt bereits die Beschäftigung mit normativ überlegenen Handlungsalternativen nahe.

2.3.2 Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven als Daueraufgabe

95. Von den adaptiven Reformoptionen kommt der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven in normativer Hinsicht erste Priorität zu. Unter diesem Aspekt lässt sich die Forderung „Rationalisierung statt Rationierung“ um den Grundsatz „Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven vor Inanspruchnahme neuer Finanzierungsquellen“ ergänzen. Wie der Rat bereits in seinem Gutachten 2000/2001 zur „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ ausführte, deuten auch internationale Vergleiche zur Leistungsfähigkeit der nationalen Gesundheitssysteme sowie indikationsspezifische Studien trotz aller methodischen Unvollkommenheiten darauf hin, dass im deutschen Gesundheitswesen noch ein beachtliches Rationalisierungspotential existiert.

96. Das deutsche Gesundheitswesen weist vor allem folgende alloкатive und distributive Schwachstellen auf:

- Die medizinisch wie ökonomisch fragmentierten medizinischen Behandlungsarten setzen keine bzw. zu geringe Anreize für eine effektive und effiziente sektorenübergreifende Versorgung.

²⁴ Da der Gesetzgeber im SGB V keine konkreten Leistungsversprechen abgibt, sondern nur ohne weitere Spezifikation bestimmte Behandlungsarten zusichert, bleibt der Leistungskatalog allerdings auch im Rahmen einer beitragsfinanzierten Gesundheitsversorgung innerhalb bestimmter Grenzen variabel (siehe auch oben unter 2.1.1 und unten unter 2.3.4).

- Die Versicherten und Patienten verfügen über eine zu geringe Transparenz über die Behandlungsabläufe, allfällige Leistungsqualitäten und die Leistungserbringer. Diese Defizite gehen einher mit einem Mangel an Patientenautonomie und unzureichenden Voraussetzungen und Anreizen für die Wahrnehmung von Eigenverantwortung.
- Gesundheitsförderung und Prävention fristen ebenso wie eine effektive Qualitätssicherung, eine Zertifizierung von Gesundheitseinrichtungen und evidenzbasierte Behandlungsleitlinien noch ein Schattendasein.
- Die Vergütungssysteme orientieren sich kaum an gesundheitlichen Outcomes im Sinne einer ergebnisorientierten Vergütung und fördern teilweise von ihren Anreizen her Unter-, Über- und Fehlversorgung. Die Leistungserbringer können sich gegenüber Versicherten und Patienten zu wenig mit ihren speziellen Qualifikationen und Fertigkeiten profilieren.
- Die Beitragsgestaltung verletzt mehrfach das Verteilungspostulat in seiner horizontalen und vertikalen Ausprägung. In einigen Fällen widerspricht die geltende Beitragsgestaltung sowohl dem Leistungsfähigkeits- als auch dem Äquivalenzprinzip.
- Die im Gesundheitsstrukturgesetz angelegte Intensivierung des Wettbewerbs der Krankenkassen führte bisher nicht in erwünschtem Maße zu einem Leistungs- und Qualitätswettbewerb, der die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung spürbar verbessert. Statt dessen gibt es starke Anreize für die Krankenkassen, sich um die Verbesserung ihrer Risikostruktur zu bemühen²⁵. Zudem verfügen die Krankenkassen auf der Leistungsseite kaum über Wettbewerbsparameter, was zu einer extrem hohen Gewichtung von Beitragssatzunterschieden führt und den Übergang von der allgemeinen parafiskalischen Leistungsverwaltung zum kassenspezifischen zielorientierten Gesundheitsmanagement behindert. Neben unter Wettbewerbsaspekten ungeklärten Fragen auf der Nachfrageseite stehen einem zielorientierten Wettbewerb auf Anbieterseite derzeit auch noch die Trägerstrukturen, wie z. B. die unter Wettbewerbsaspekten ungeklärte Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen und der kommunalisierten stationären Einrichtungen, entgegen.
- Die Arzneimitteldistribution erfolgt immer noch in nahezu anachronistischen Vertriebsstrukturen und bedarf einer wettbewerblichen Liberalisierung (Addendum zum Gutachten 2000/2001, Ziffer 63 ff.).
- Die soziale Sicherung in Deutschland lässt auch zwischen ihren Teilsystemen eine übergreifende Orientierung vermissen, was in der Vergangenheit häufig zu sozial und fiskalisch fragwürdigen finanziellen Verschiebungen führte. Diese erwachsen eher aus momentanen fiskalischen Schieflagen einzelner Sicherungswege als aus adäquaten funktionalen Analysen.

²⁵ Bei diesem kritischen (Zwischen-)Fazit gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass die Krankenkassen schon vor dem Gesundheitsstrukturgesetz in wettbewerblichen Beziehungen standen, denen nahezu jegliche ordnungspolitische Fundierung fehlte und die mit erheblichen verteilungspolitischen Verwerfungen in Form von nicht effizienzbedingten Beitragssatzunterschieden einhergingen.

97. Darüber hinaus sieht sich die Gesundheitsversorgung mit speziellen ordnungspolitischen Koordinationsproblemen konfrontiert. Verglichen mit anderen Wirtschaftsbereichen besteht eine ordnungspolitische Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens neben der Bedeutung des in diesem Sektor produzierten Gutes darin, dass auf seinen einzelnen Teilmärkten unterschiedliche Koordinations- bzw. Allokationsmechanismen vorherrschen. Während im Rahmen der ambulanten Behandlung die korporative Koordination und im stationären Sektor die staatliche Administration bzw. öffentliche Planung als zentrales Allokationsinstrument dient, koordiniert bei den Arznei- und den meisten Hilfsmitteln im Wesentlichen der Marktmechanismus die knappen Ressourcen. Dabei erfüllen auch bei den Arznei- und Hilfsmitteln nur die Angebotsstrukturen bzw. -bedingungen, nicht aber die Verhältnisse auf der Nachfrageseite die Voraussetzungen einer funktionsfähigen, marktwirtschaftlichen Koordination. Da bei weitgehender Vollversicherung des Krankheitsrisikos die Patienten als Konsumenten nicht den Preis für die von der Krankenkasse finanzierten Güter und Dienste entrichten – bzw. auch im Falle einer Kostenerstattung nicht ökonomisch tragen –, sehen sie sich nicht gezwungen, ihre Zahlungsbereitschaft zu offenbaren. Auf der Nachfrageseite entfällt daher die Notwendigkeit, über die eigene Zahlungsbereitschaft den Nutzen der jeweiligen Gesundheitsgüter zu bewerten, so dass hier ein zentrales Element eines funktionsfähigen Wettbewerbs im Rahmen einer marktwirtschaftlichen Koordination fehlt. Die fehlende Preissensibilität auf der Nachfrageseite und die Vielschichtigkeit der Koordinationsinstrumente, die auf den einzelnen Teilmärkten des Gesundheitswesens die Allokation im Detail bestimmen, lassen insbesondere an den Schnittstellen dieser Teilmärkte aus ordnungspolitischer Perspektive schon a priori erhebliche Ineffizienzen sowie Ineffektivitäten vermuten. Insoweit die Marktmechanismen aus konstitutiven Gründen die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung nicht zu realisieren vermögen, liegt hier eine staatliche und/oder korporative Steuerungsaufgabe vor²⁶.

Das Wissen um die Existenz eines immer noch beachtlichen Rationalisierungspotentials hilft aber nicht bei der notwendigen Finanzierung aktueller Budgetdefizite. Dieses Rationalisierungspotential fällt nicht bei akutem finanziellem Bedarf wie „Manna vom Himmel“, seine Realisierung setzt in vielen Fällen strukturelle Reformen voraus, die zumeist erst mit einer zeitlichen Verzögerung zu Ressourceneinsparungen und/oder zu Verbesserungen der gesundheitlichen Outcomes führen.

98. Die Effekte von Reformansätzen können auch hinter den Erwartungen zurückbleiben, weil die Beteiligten Einkommenseinbußen befürchten und zu Ausweich- bzw. Gegenreaktionen greifen. Sodann gilt es in diesem Kontext zu berücksichtigen, dass es sich bei den meisten Gesundheitsgütern um Dienstleistungen handelt, die infolge begrenzter Möglichkeiten zur Kapitalintensivierung ein relativ geringes Rationalisierungspotential aufweisen. Schließlich setzen auch die methodischen Probleme, bei dienstleistungsintensiven Tätigkeiten die Outputs bzw. die gesundheitlichen Out-

²⁶ Dies schließt dann im Ergebnis, wie z. B. bei der „vierten Hürde“ im Arzneimittelbereich, die Intensivierung von Wettbewerbsprozessen wiederum nicht aus.

comes zu messen und verursachungsgerecht zuzurechnen, Planungsverfahren und kontrollorientierten Methoden gewisse Grenzen. Trotz aller Bemühungen um eine Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven verbleibt daher im Dienstleistungsbereich beinahe zwangsläufig im Verhältnis zur industriellen Produktion ein Bodensatz an Ineffizienzen und Ineffektivitäten. Mit dieser Feststellung möchte der Rat die Notwendigkeit und engagierten Bemühungen um eine Ausschöpfung des Rationalisierungspotentials keineswegs relativieren, sondern lediglich auf systemimmanente Grenzen aufmerksam machen.

99. Ferner können erfolgreiche Maßnahmen zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung, die z. B. auf Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Leitlinien zurückgehen, nicht nur Ausgabensenkungen, sondern auch Erhöhungen der gesundheitlichen Outcomes bewirken. Letztere besitzen unter normativen Aspekten keineswegs einen geringeren Wert als Kosteneinsparungen, vermögen aber eben nicht in Form von Minderausgaben einen Beitrag zur Finanzierung von Budgetdefiziten zu leisten. Schließlich existieren im deutschen Gesundheitswesen unter Qualitätsaspekten nicht nur Ineffizienzen und Ineffektivitäten, die auf unwirksame Maßnahmen bzw. eine Überversorgung zurückgehen, sondern auch Versorgungslücken bzw. Unterversorgung.

100. Die Bundesregierung versuchte in der abgelaufenen Legislaturperiode, die Effektivität und Effizienz des bestehenden Systems vornehmlich über eine Förderung von Prävention und Rehabilitation, eine Stärkung der Qualitätssicherung, einen Ausbau der integrierten Versorgung und eine Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleiches zu verbessern. Die möglichen Outcomeeffekte dieser Reformmaßnahmen entziehen sich derzeit zwangsläufig noch einer empirischen Evaluation. Die fiskalische Zielsetzung vermochten diese Maßnahmen, wie die steigenden Beitragssätze belegen, jedoch zumindest bisher nicht zu realisieren. Dabei dürften auch die beginnenden Disease-Management-Programme, die zunächst einer Anschubfinanzierung bedürfen, unabhängig von den mit ihnen anvisierten gesundheitlichen Outcomeeffekten auf kurze Frist kaum zu Ausgabensenkungen beitragen. Insgesamt gesehen bildet die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zweifellos eine wichtige (Dauer-)Aufgabe der Gesundheitspolitik, sie vermag aber schon mittelfristig andere Handlungsmöglichkeiten nicht zu ersetzen.

2.3.3 Der Übergang zu einer kapitalgedeckten Finanzierung

101. Die in jüngster Zeit zunehmenden Vorschläge, Elemente der Kapitaldeckung in Form von Altersrückstellungen als zusätzliche Vorsorge in die GKV einzubauen (Ludwig-Erhard-Stiftung e. V. 2001; Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2001) oder mittelfristig zu einer vollständigen Kapitaldeckung überzugehen (Henke, K.-D. et al. 2002; Vereinte Krankenversicherung AG 2002) zielen vornehmlich darauf ab, den als Folge der demographischen Entwicklung zu erwartenden Ausgabensteigerungen zu begegnen. So sehen Henke et al. ihren Reformvorschlag, der bei einer Versicherungspflicht für alle die heutige Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung aufhebt, als „Antwort auf die demographische Herausforderung und die Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen“

(Henke, K.-D. et al. 2002). Die Befürworter eines solchen Vorschlags verweisen in diesem Kontext auch auf die im Rahmen der Rentenversicherung im Jahre 2001 neu eingeführte, staatlich geförderte, private Altersvorsorge (Vereinte Krankenversicherung AG 2002). Diese ergänzt, wenn auch bisher nur zu einem kleinen Teil, das Umlageverfahren, das nicht auf Kapitaldeckung, sondern auf dem sog. Generationenvertrag basiert.

102. Im Hinblick auf die Unterschiede zwischen Kapitaldeckungs- und Umlageverfahren stammen die Begrifflichkeiten, die theoretischen Modelle und die aus ihnen abgeleiteten Tendenzaussagen aus der Beschäftigung mit Problemen der Alterssicherung. Bei der kapitalgedeckten Alterssicherung erfolgt in der jüngeren und mittleren Lebensphase, d. h. im Wesentlichen während der Erwerbstätigkeit, die Ansparung eines Kapitalstocks, der im Alter zur Finanzierung der Rente bzw. des Lebensunterhaltes dient. Beim Umlageverfahren benötigt die Rentenversicherung die Beiträge der erwerbstätigen Mitglieder, um die Renten in derselben Periode zu finanzieren. Im Rahmen des Umlageverfahrens erbringt eine junge Generation bzw. eine entsprechende Alterskohorte insofern intertemporale Vorleistungen, als ihre Beiträge vollständig in die Renten der älteren Versicherten fließen²⁷ und damit für die eigene Alterssicherung nicht mehr zur Verfügung stehen. Diese junge Generation erwirbt mit ihren Beitragszahlungen jedoch einen eigentumsähnlichen Anspruch auf eine entsprechende Finanzierung ihrer Renten durch die dann junge bzw. erwerbstätige Generation. Infolge dieser – nicht kapitalgedeckten – Forderungsrechte der heutigen Beitragszahler besitzt die GRV den Charakter einer impliziten „öffentlichen Schuld“.

Die Rendite des Kapitaldeckungsverfahrens entspricht dem Zinssatz (r), jene des Umlageverfahrens der Wachstumsrate der beitragspflichtigen Einnahmen, die von der Steigerungsrate der Löhne (w) sowie der Wachstumsrate der Bevölkerung (n) abhängt. Keines dieser beiden Verfahren stellt per se das bessere dar, sie erweisen sich für die Versicherten gleich vorteilhaft, wenn $r = (1 + w)(1 + n) - 1$. Sofern aber die Wachstumsrate der Löhne nicht überwiegend über dem Zinssatz liegt, übersteigt bei schrumpfender Bevölkerung die Rendite des Kapitaldeckungsverfahrens die des Generationenvertrages, d. h. $r > (1 + w)(1 + n) - 1$.

103. Die GRV steht hinsichtlich ihrer künftigen Finanzierung vor dem Problem, dass wohl noch auf absehbare Zeit die Wachstumsrate der beitragspflichtigen Löhne hinter dem Zinssatz zurückbleibt und die Bevölkerung absolut sinkt. Diese Entwicklung führt, sofern keine Mittel von außen zufließen, künftig zwangsläufig zu höheren Beitragssätzen und/oder relativ niedrigeren Renten. Eine zusätzliche private Altersvorsorge verfolgt den Zweck, die Bürger vor den ökonomischen Effekten des zu erwartenden demographischen Wandels, d. h. zukünftige Beitragszahler vor zu hohen Abgaben und/oder zukünftige Rentner vor einem zu niedrigen Lebensstandard zu schützen.

104. Diese Aussagen zu den unterschiedlichen Effekten, die vom Kapitaldeckungs- und Umlageverfahren im demographischen Wandel auf die Alterssicherung ausgehen, lassen sich qualitativ und quantitativ nur sehr eingeschränkt auf die künftige Absicherung des Krankheitsrisikos übertra-

²⁷ Eine Ausnahme bilden junge erwerbsunfähige Rentner.

gen. Dies veranschaulicht bereits prima vista ein einfacher Vergleich zwischen GRV und GKV am Beispiel der Verrentung eines Mitgliedes: Die GRV leistet ab diesem Zeitpunkt erstmalig Auszahlungen und erhält keine Einnahmen mehr, so dass die Verrentung die GRV auf der Einnahmen- und Ausgabenseite erheblich belastet. In der GKV dagegen nehmen die Ausgaben mit dem Zeitpunkt der Verrentung kaum bzw. nicht zwangsläufig zu und Beiträge, die nun die GRV hälftig übernimmt, fließen ihr – wenn auch auf einem niedrigeren und nicht gruppenäquivalenten Niveau – weiterhin zu. Die Verrentung bildet somit für die GRV eine erheblich schärfere fiskalische Zäsur als für die GKV.

105. Im Unterschied zur Alterssicherung kommt dem Konzept der Kapitaldeckung bei der Absicherung des Krankheitsrisikos eine andere, d. h. deutlich geringere Bedeutung zu. Bei näherer theoretischer Betrachtung handelt es sich auch bei der privaten Krankenversicherung (PKV) nicht um eine reine Kapitaldeckung im oben skizzierten Sinne, sondern teilweise ebenfalls um ein „Umlageverfahren“. Die Prämien der jungen Generation bzw. einer solchen Alterskohorte stehen nicht in vollem Umfange zur Kapitalanlage zur Verfügung, sondern dienen zunächst der Finanzierung des momentanen Krankheitsrisikos dieser Alterskohorte. Für die Kapitalbildung und die mit ihr einhergehende Verzinsung verbleibt nur die sog. Überdeckung, d. h. die Differenz zwischen den Prämienzahlungen und den aktuell benötigten Gesundheitsausgaben. Aus der Perspektive rentenspezifischer Paradigmen stellt die PKV eine Kombination aus einem Umlageverfahren, das jeweils aktuell innerhalb einer Alterskohorte erfolgt, und einer Kapitaldeckung dar, die sich aus dem Überschuss speist, der bei einer Alterskohorte zwischen Prämienzahlungen und Gesundheitsausgaben anfällt.

106. Die beiden Umlagesysteme GRV und GKV weichen im Hinblick auf ihre intergenerativen Transfers ebenfalls deutlich voneinander ab. Während die junge Generation in der GRV nahezu ausschließlich Beiträge zum Unterhalt der Rentner leistet, finanziert sie in der GKV im Sinne einer intragenerativen Umlage auch ihr eigenes Krankheitsrisiko bzw. die entsprechenden Gesundheitsausgaben. Ihre intergenerative Umlage besteht lediglich zwischen ihren tatsächlichen und ihren altersgruppenspezifisch äquivalenten Beiträgen²⁸. Im Unterschied zur GRV entrichten in der GKV auch die Rentner bzw. die höheren Alterskohorten Beiträge, so dass sie nur insoweit intergenerative Transfers erhalten, als ihre tatsächlichen Beiträge ihre altersgruppenspezifisch äquivalenten unterschreiten. Verglichen mit der GRV fallen somit in der GKV die intergenerativen Transfers und damit auch die implizite Schuld, d. h. Forderungen, die junge Beitragszahler erwerben, deutlich niedriger aus. Im Hinblick auf die Ausgaben- und Einnahmeterminante demographischer Wandel besitzt bei negativer Wachstumsrate der Bevölkerung die partielle Kapitaldeckung der PKV gegenüber der umlagefinanzierten GKV vor allem unter dem Aspekt der intergenerativen Verteilungsgerechtigkeit zweifellos Vorzüge, aber diese erreichen bei weitem nicht die qualitative und quantitative Relevanz wie die entsprechen-

den Unterschiede zwischen GRV und kapitalgedeckter Altersvorsorge.

107. Ein weiterer prinzipieller Unterschied zwischen der PKV und der privaten, kapitalgedeckten Altersvorsorge besteht in der Wahrscheinlichkeit, mit den heute gezahlten Prämien die im Alter benötigten bzw. angestrebten Leistungen zu erhalten. Bei der kapitalgedeckten Altersvorsorge verzinst sich die angesammelte Ersparnis mit dem Kapitalmarktzins und die daraus resultierende Rente bzw. Altersversorgung unterliegt – neben dem von Kursverlusten – nur dem Risiko eines im Zeitablauf steigenden Preisniveaus der Lebenshaltung. Da die Inflationsrate aber auch in den nominalen Kapitalmarktzins eingeht, unterliegt das Güterbündel, das dem Rentenniveau entspricht, nur den im langfristigen Trend vergleichsweise geringen Veränderungen des realen Kapitalmarktzinses. Im Vergleich dazu stellen der medizinisch-technische Fortschritt und seine Effekte auf die Gesundheitsausgaben und die Sterbewahrscheinlichkeiten aus heutiger Sicht weitaus größere Unsicherheitsfaktoren dar. Mit dem heute gegebenen Prämienniveau vermag die PKV künftige, ausgabenintensive medizinische Neuerungen nicht zu finanzieren, so dass sie ihren Versicherten im Zeitablauf nur über Prämien erhöhungen eine moderne, an den medizinischen Möglichkeiten orientierte Gesundheitsversorgung bieten kann. Mit Ausnahme des demographischen Wandels wirken alle Ausgabeterminanten der GKV und mit ihnen die entsprechenden fiskalischen Störgrößen auch auf die PKV ein.

108. Angesichts dieser Überlegungen stellt sich die Frage, ob die im Vergleich zur Alterssicherung geringfügigen partiellen Vorzüge einer Kapitaldeckung die Friktionskosten eines Übergangs im Bereich der Krankenversicherung rechtfertigen. Das zentrale Problem einer Kapitaldeckung besteht darin, dass ältere Menschen und hier insbesondere die Rentner keine bzw. keine hinreichenden Altersrückstellungen mehr bilden können. Da die heutigen Rentner, die in ihrer Jugend die damals alten Versicherten über intergenerative Transfers alimentierten, einen entsprechenden Anspruch auf umlagefinanzierte Leistungen besitzen, tritt während einer relativ langen Übergangsphase ein erhebliches Finanzierungsproblem auf. Dieses erstreckt sich sowohl auf die Finanzierung der bisher durch die GKV aufgebrauchten gesundheitsunabhängigen Verteilungseffekte als auch auf die Nachfinanzierung der dann erforderlichen Altersrückstellungen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002, Ziffer 526) schätzt das dafür notwendige Finanzierungsvolumen auf jährlich 40 Mrd. Euro. Die Aufbringung einer solchen Summe dürfte derzeit weder ökonomisch leicht fallen, noch politisch realistisch erscheinen (Bundeskanzleramt 2001).

109. Ein weiteres Problem beim Übergang zu einer kapitalgedeckten Finanzierung der Gesundheitsversorgung stellt unter Wettbewerbs- und Effizienzaspekten die bisher im Rahmen der PKV fehlende Portabilität der Altersrückstellungen dar. Dies führt praktisch dazu, dass sich der Wettbewerb in der PKV im Wesentlichen auf Neuzugänge beschränkt und innerhalb des Versichertenbestandes kaum stattfindet. Während ein älterer Versicherter im Rahmen der GKV – auch dank des Risikostrukturausgleichs – im Prinzip problemlos die Krankenkasse wechseln kann, bleibt ihm dies in der PKV mangels Portabilität der Altersrückstellun-

²⁸ Die Analyse abstrahiert hier von den übrigen Umverteilungsprozessen innerhalb der GKV, die – wie z. B. die beitragsfreie Mitversicherung – in intertemporaler Hinsicht ebenfalls erhebliche Bedeutung gewinnen können.

gen faktisch, d. h. infolge prohibitiver finanzieller Nachteile verwehrt. Solange die PKV ihren Versicherten im Falle eines beabsichtigten Wechsels keine individualisierten Altersrückstellungen mitzugeben vermag, stellt eine kapitalgedeckte Finanzierung des Krankheitsrisikos unter Wettbewerbsaspekten keine attraktive Alternative dar (ähnlich Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002, Ziffer 527 ff.).

110. Dem Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Krankenversicherung, die zur Stützung der Finanzierung von demographischen Effekten analog zur privaten Altersvorsorge das Umlageverfahren innerhalb der GKV auf freiwilliger Basis ergänzt, steht das Finanzierungs- und Leistungsprinzip der GKV entgegen. Im Unterschied zur GRV weist die GKV mit Ausnahme des Krankengeldes und der Beitragsbemessungsgrenze keine Elemente der individuellen Äquivalenz mehr auf. Während bei der GRV und der Arbeitslosenversicherung der Leistungsumfang von der Höhe der gezahlten Beiträge abhängt, besitzt im Rahmen der GKV und der Pflegeversicherung jeder Versicherte unabhängig von seinen Beitragszahlungen den gleichen Leistungsanspruch. Zur Bildung freiwilliger Altersrückstellungen fehlt innerhalb der GKV wegen des einheitlichen Leistungsanspruchs der entsprechende Anreiz. Die Versicherten können Leistungen, die der Katalog der GKV nicht beinhaltet, über eine private, kapitalgedeckte Krankenversicherung absichern, aber diese Möglichkeit existiert bereits derzeit und entlastet nicht das bestehende Umlageverfahren in demographischer Hinsicht. Das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2001) plädierte gleichwohl anstelle einer verpflichtenden Altersrückstellung als Finanzierungselement im Rahmen der GKV für eine zusätzliche kapitalgedeckte, private Krankenversicherung. Finanzielle Mittel, die aus einer Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages stammen, sollen in den Aufbau dieser privaten Vorsorge fließen. Dieser Finanzierungsvorschlag übersieht, dass die notwendige Aufrechterhaltung des Umlageverfahrens *ceteris paribus* den vollen Arbeitgeberbeitrag unabhängig von seiner Auszahlung – über die sich trefflich streiten lässt – bindet. Der Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Krankenversicherung benötigt, gleichgültig ob im Rahmen der GKV verpflichtend eingeführt oder als private Versicherung konzipiert, zusätzliche Ressourcen, die über die heutigen Beiträge hinausgehen. Völlig unabhängig von der Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages steht es, wie oben erwähnt, künftig jedem Versicherten der GKV frei, z. B. im Falle einer Eingrenzung des Leistungskataloges der GKV durch Positivlisten, zusätzliche Leistungen im Rahmen einer kapitalgedeckten privaten Vorsorge abzusichern.

111. Im Unterschied zu einer zusätzlichen kapitalgedeckten Krankenversicherung auf freiwilliger Basis verfolgt die temporäre Bildung eines Kapitalstocks im Rahmen der GKV lediglich das Ziel, den künftig demographisch bedingten Beitragssatzanstieg in seiner kritischsten Phase abzuschwächen. Zu diesem Zwecke müssten in den nächsten Jahren Mehreinnahmen bzw. Budgetüberschüsse verzinslich angelegt werden, um sie dann später zur Abschwächung demographisch bedingter Beitragssatzsteigerungen wieder aufzulösen. Dies setzt allerdings für die nächsten Jahre in obligatorischer Form höhere als ausgaben- bzw. budgetdeckende Beitragssätze voraus, was derzeit und vermutlich auch auf mittlere Frist nicht mit der konjunktur- und/oder

arbeitsmarktpolitischen Lage harmoniert. Beitragssatzsteigerungen lassen sich bei der temporären Bildung einer solchen „demographischen Kapitalreserve“ aber nur vermeiden, wenn sie in Verbindung mit Beitragssatzsenkenden Reformmaßnahmen erfolgt. Sofern es gelingt, mit Hilfe von Reformen ein quantitativ hinreichendes Beitragssatzsenkungspotential zu erschließen, könnte ein Teil davon auch im Sinne einer intergenerativen Gerechtigkeit in einen solchen Demografiefonds fließen. Die temporäre Bildung eines solchen Kapitalstocks erfüllt allerdings nur dann ihren Zweck, wenn der demographisch bedingte Beitragssatzanstieg künftig nur temporär bzw. in einem bestimmten Zeitraum und nicht fortwährend auftritt, was vor allem den Wiederanstieg der Geburtenrate impliziert.

2.3.4 Die Finanzierung mit Hilfe von fixen Pro-Kopf-Beiträgen

112. Die Finanzierung der sozialen Gesundheitsversorgung mit Hilfe von fixen Pro-Kopf-Beiträgen stellt wie die GKV ein Umlageverfahren dar, dessen Pauschalen den durchschnittlichen Gesundheitskosten bzw. -ausgaben im geltenden deutschen System entsprechen. Eine solche Finanzierung entspricht dem geltenden System der GKV mehr als die steuerfinanzierte oder die rein kapitalgedeckte Gesundheitsversorgung. Eine Pflichtversicherung mit einem einheitlichen Kopfbeitrag beschränkt die Solidarfunktion der Krankenversicherung auf einen Ausgleich zwischen geringen und hohen Gesundheitsrisiken sowie jungen und alten Versicherten. Sie beinhaltet im Unterschied zur GKV keine beitragsfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern – zumindest nicht von Ehepartnern – und keine Beiträge, die – mit Ausnahme von sozialpolitisch motivierten, steuerfinanzierten Zuschüssen zur Beitragsreduktion²⁹ – von der Höhe des Arbeitsentgeltes bzw. der Rente abhängen. Die Finanzierung mit Hilfe fixer Pro-Kopf-Beiträge kann für alle Versicherten gleich hohe gesundheitskostenorientierte Pauschalen vorsehen, aber auch mit reduzierten Beiträgen für Kinder und Jugendliche oder mit beitragsfreier Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen erfolgen. Sofern im geltenden deutschen System die beitragsfreie Mitversicherung als krankensicherungsferme Leistung auf die Gebietskörperschaften übergeht oder diese an die GKV entsprechende Erstattungen leisten (siehe unter 2.3.5.1), reduziert sich der Unterschied zwischen einer Pflichtversicherung mit einem einheitlichen Kopfbeitrag und der GKV auf die Abhängigkeit der Beiträge vom Arbeitsentgelt bzw. von der Rente³⁰. Dabei lässt sich in theoretischer Hinsicht der gleiche Kopfbeitrag als eine Beitragsbemessungsgrenze interpretieren³¹. Für Personen, die ein sehr niedriges Einkommen beziehen und diesen Beitrag nicht aufbringen können, übernimmt die öffentliche Hand die Beitragszahlung.

113. Für eine Finanzierung mit festen Kopfbeiträgen plädieren grundsätzlich sowohl Breyer et al. (2001) als auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirt-

²⁹ Je nach Ausgestaltung dieser Beitragsreduktion können die Beiträge dann, wie z. B. in der Schweiz, in einem relativ weiten Tarifbereich ebenfalls vom (Haushalts-)Einkommen abhängen.

³⁰ Siehe jedoch die Einschränkung in Fußnote 29.

³¹ Übertragen auf das System der GKV bedeutet dies, dass Versicherte mit einem niedrigen (hohen) Arbeitsentgelt einen hohen (niedrigen) Beitragssatz aufweisen.

schaftlichen Entwicklung (2002, Ziffer 33 und 520 ff.). Diese Finanzierungsform führt im Sinne der Theorie der Wirtschaftspolitik zu einer klaren instrumentalen Trennung zwischen der allokativen Aufgabe, das Krankheitsrisiko abzusichern, und den verteilungspolitischen Funktionen, die dann zielgenauer erfüllt werden können. Die soziale Krankenversicherung dient dann ausschließlich dem Ziel, für alle Bürger unabhängig von deren Einkommen eine adäquate Gesundheitsversorgung sicherzustellen, während alle (übrigen) verteilungspolitischen Aufgaben der Steuer- und Transferpolitik obliegen. Eine solche Aufgabentrennung bewahrt eine soziale Krankenversicherung vor einigen Zielkonflikten zwischen allokativen und distributiven Effekten, mit denen sich die GKV konfrontiert sieht.

Zudem besitzt eine Finanzierung über fixe Kopfbeiträge den Vorzug, die Gesundheitsversorgung bzw. die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung von den Arbeitskosten abzukoppeln. Sie entlastet damit den Produktionsfaktor Arbeit und trägt gleichzeitig zur Überwindung der Wachstumschwäche der Finanzierungsbasis des geltenden Systems bei. Das arbeitsintensive Gesundheitswesen kann dann sein Wachstums- und Beschäftigungspotential besser ausschöpfen. Schließlich vereinfacht eine Finanzierung über fixe Kopfbeiträge den Risikostrukturausgleich um zwei Komponenten (die Einkommensumverteilung und den Familienlastenausgleich), wengleich diese im Vergleich zu einer Morbiditätsorientierung methodisch geringere Probleme bereiten.

114. Theoretisch betrachtet lassen sich mit dem geltenden System und einer Finanzierung über fixe Kopfbeiträge ergänzt um distributive Maßnahmen die gleichen verteilungspolitischen Effekte erzielen. Eine Versicherung mit einheitlichen Kopfbeiträgen besitzt aber für sich betrachtet im Hinblick auf die personelle Einkommensverteilung tendenziell³² geringere distributive Wirkungen als die der GKV. Um deren solidarische Funktion zu erhalten, wofür auch ihre politische Akzeptanz spricht, müssten im Falle eines Wechsels zu einer Versicherung mit einheitlichen Kopfbeiträgen die entsprechenden distributiven Effekte von der GKV auf das staatliche Steuer- und Transfersystem übergehen. Die hierzu erforderliche Transfersumme beträgt nach Schätzungen (Breyer et al. 2001) bei einem einheitlichen Kopfbeitrag für alle GKV-Versicherten jährlich ca. 28 Mrd. Euro und bei einer beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen ca. 26 Mrd. Euro³³. Solange unklar bleibt, wie die Finanzierung dieser Mittel erfolgt, lassen sich aber keine verlässlichen Aussagen über die verteilungs- sowie wachstums- und beschäftigungspolitischen Effekte eines solchen Systemwechsels treffen.

115. Für eine Finanzierung der sozialen Krankenversicherung mit Hilfe fixer Pro-Kopf-Beiträge spricht im Sinne der Theorie der Wirtschaftspolitik der überzeugende konzeptionelle Ansatz, während das geltende System auch in verteilungspolitischer Hinsicht neben seiner Intransparenz zahlreiche Inkonsistenzen aufweist (siehe auch unten unter

2.3.6.3). Problematisch erscheint bei einem solchen Wechsel, vor allem in politischer Hinsicht, die Aufbringung des erheblichen Transferbedarfs und die damit verbundenen Friktionen. Vor dem Hintergrund der derzeitigen und absehbaren Haushaltslage der Gebietskörperschaften bestehen zumindest Zweifel hinsichtlich eines vollen Ausgleichs der distributiven Effekte. Diese Zweifel dürften bei den potentiell Betroffenen auch beträchtliche Verunsicherungen auslösen. Da die öffentliche Hand bei einer Versicherung mit einem einheitlichen Kopfbeitrag für Personen mit einem sehr niedrigen Einkommen die Beiträge übernehmen muss, besteht auch die Gefahr, dass die staatlichen Institutionen in Abhängigkeit von ihrer Haushaltslage stärker als im geltenden System in restriktiver Weise auf den Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung Einfluss nehmen. Dies könnte zwar zur Stabilisierung des Generationenvertrages beitragen, erzeugt aber möglicherweise intragenerativ regressive Verteilungseffekte.

2.3.5 Leistungskatalog der GKV und öffentliche Aufgabenverteilung

2.3.5.1 Zum Aufgabenbereich der GKV

116. Bei den Diskussionen um eine Neuabgrenzung des Leistungskataloges der GKV gilt es zunächst sowohl unter fiskalischen Aspekten als auch im Interesse der Patienten bzw. der betroffenen Empfänger zu unterscheiden, ob die betreffenden Leistungen dann nicht mehr zur öffentlichen Versorgung gehören oder ob lediglich ihre Finanzierung auf einen anderen öffentlichen Ausgabenträger übergeht. Im ersten Fall geht es um die Neubestimmung des objektiven Bedarfs im Rahmen einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung, im zweiten um eine funktionsgerechte Trennung des Aufgaben- und Finanzierungsbereichs von GKV, anderen Teilsystemen der sozialen Sicherung und Gebietskörperschaften. Dieses Problem stellt sich vor allem bei den krankenversicherungsfremden Leistungen, die derzeit die GKV fiskalisch belasten. Dabei geht es nicht um die grundsätzliche Berechtigung bzw. Notwendigkeit oder spezielle Qualität dieser Leistungen, sondern um den unter gesamtwirtschaftlichen Aspekten jeweils adäquaten Ausgaben-träger. Sofern andere Ausgaben-träger Teile des geltenden Leistungskataloges der GKV übernehmen, handelt es sich prima vista zwar „nur“ um eine Ausgabenverlagerung innerhalb des öffentlichen Sektors und nicht um eine Reduktion der Gesamtabgaben, diese Verschiebung erzeugt aber im Vergleich zur derzeitigen Regelung u. a. abweichende personelle und regionale Belastungswirkungen und auch andere arbeitsmarktpolitische Effekte.

117. Krankenversicherungsfremde Leistungen weisen keinen Bezug zur Morbidität auf und können sowohl auf der Ausgaben- als auch auf der Einnahmenseite der GKV auftreten. Die krankenversicherungsfremden Leistungen auf der Ausgabenseite umfassen vor allem (NAV-Virchow-Bund 2000a und 2000b; Beske, F. 2001)³⁴:

³² Im konkreten Fall hängt dies von dem einkommensabhängigen Tarifbereich der Beitragsgestaltung im System der Kopfbeiträge sowie der Finanzierungsform der Beitragszuschüsse ab.

³³ Entsprechend erhöht sich der Kopfbeitrag bei einer beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen.

³⁴ Die Autoren rechnen auch noch die künstlichen Befruchtungstechniken zu den krankenversicherungsfremden Leistungen, was im Hinblick auf deren Morbiditätsbezug jedoch zumindest strittig erscheint.

- Sterbegeld,
- Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen gemäß den §§ 195 ff. RVO,
- Empfängnisverhütung,
- Sterilisation,
- Schwangerschaftsabbruch,
- Haushaltshilfe nach § 38 SGB V³⁵,
- Krankengeld bei Erkrankung des Kindes³⁶ sowie
- Finanzierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung nach Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG).

Diese krankenversicherungsfremden Leistungen auf der Ausgabenseite der GKV belaufen sich auf knapp 2,5 Mrd. Euro, was lediglich 0,25 Beitragssatzpunkten entspricht. Unter die krankenversicherungsfremden Leistungen lassen sich bei weiter Interpretation auch die Aufwendungen subsumieren, die aus privaten gefahrengeneigten Aktivitäten oder generell aus privaten Unfällen resultieren. Ihre Verlagerung auf eine obligatorische private bzw. spezielle Unfallversicherung als Pendant zur gesetzlichen Unfallversicherung würde die GKV nach Schätzungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002, Ziffer 492) um 10,4 Mrd. Euro jährlich und damit um etwa einen Beitragssatzpunkt entlasten. Die Finanzierung dieser Privatunfallversicherung könnte kapitalgedeckt und risikoäquivalent, oder im Rahmen eines Umlageverfahrens über Pro-Kopf-Prämien erfolgen. Im letzteren Fall würde die Pro-Kopf-Prämie bei Beitragsfreiheit von Kindern und Jugendlichen schätzungsweise 15,50 Euro im Monat betragen (ebenda). Eine weitere Möglichkeit bestünde darin, bestimmte abgrenzbare Unfallrisiken, wie z. B. solche aus Verkehrsunfällen, risikoäquivalent sowie kapitalgedeckt und den allgemeinen Rest im Rahmen eines Umlageverfahrens zu finanzieren.

118. Für eine Verlagerung der Aufwendungen, die aus privaten Unfällen erwachsen, sprechen nach Ansicht der Ratsmehrheit vor allem folgende Aspekte:

- Die separate Finanzierung privater Unfallfolgen durch die Versicherten stellt ein ordnungspolitisches Pendant zur gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) dar, die ausschließlich von den Arbeitgebern finanziert wird.
- Der Rat hat bereits in seinem Sondergutachten 1995 (Ziffer 113 ff.) eine Ausgliederung von Risiken empfohlen, die bei Motorrad- und Autounfällen den Verursacher treffen. Von einer risikoorientierten Prämienkalkulation dieser Unfallfolgen im Rahmen einer privaten Zusatzversicherung könnten Steuerungswirkungen ausgehen, die der Sicherheit des Straßenverkehrs dienen. Der entsprechende Versicherungsnachweis, der bei der Anmeldung eines Fahrzeugs vorzulegen ist, bereitet keinen nennenswerten Verwaltungsaufwand.
- Unter Solidaritätsaspekten ist nicht einzusehen, dass Versicherte, die kein Kraftfahrzeug führen, die entspre-

chenden Risiken über einkommensabhängige Beiträge tragen.

- Um soziale Härten zu vermeiden, bietet sich für die Finanzierung des größten Teils dieser privaten Unfallfolgen das Umlageverfahren an. Die Leistungsgewährung bleibt dann bei der GKV bzw. der jeweiligen Krankenkasse des Versicherten, so dass im Vergleich zum Status quo nur der Arbeitgeberbeitrag und die entgelt- bzw. einkommensabhängige Finanzierung dieser Risiken entfällt. In diesem Rahmen behält das Finalprinzip ebenfalls seine Gültigkeit. Die prinzipiell mögliche Einbeziehung dieser Unfallfolgen in den Risikostrukturausgleich kann – soweit hier überhaupt relevant – der Gefahr einer Risikoselektion vorbeugen.
- Die Trennung der Risiken bzw. Aufwendungen aus privaten Unfallfolgen bereitet keine Abgrenzungsprobleme, die über die im Versicherungsbereich üblichen, wie z. B. zwischen der GKV auf der einen und der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung auf der anderen Seite, hinausgehen. Versicherte mit einer relevanten Morbidität unterliegen im privaten Bereich und auch am Arbeitsplatz einem erhöhten Unfallrisiko.
- Die in diesem Fall nicht unerhebliche Senkung des allgemeinen Beitragssatzes sowie des Arbeitgeberbeitrages darf unter arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitischen Aspekten nicht isoliert, sondern sollte im Zusammenhang mit den übrigen Vorschlägen des Rates als Paket gesehen und gewertet werden. Die isolierte Betrachtung von Pro und Contra einer Reformoption ohne Rekurs auf ihre Alternativen besitzt ein negatives Bewertungsbias.

119. Gegen die Ausgrenzung von privaten Unfällen aus der GKV sprechen nach Meinung einer Ratsminderheit allerdings auch gewichtige systematische und verteilungspolitische sowie Gründe der Praktikabilität:

- Die GKV beruht auf dem bewährten Finalprinzip, das unbürokratische Inanspruchnahme ermöglicht und keine Abgrenzungsprobleme kennt. Im Hinblick auf die relevanten Fallgruppen der krankheitsbedingten Unfälle und unfallbedingten Erkrankungen würde die Ausgliederung der Nicht-Arbeitsunfälle aus der GKV dagegen sehr beträchtliche Abgrenzungsprobleme schaffen, die zu einer Fülle von langwierigen und aufwändigen juristischen Auseinandersetzungen führen können. Zudem: Wenn das Finalprinzip geöffnet wird, gibt es auch keinen systematischen Grund mehr gegen je nach Risiko differenzierte Prämien in der GKV, was in der Konsequenz mit dem Solidarprinzip unvereinbar ist.
- Eine Sonderversicherung für Unfälle außerhalb der Arbeitswelt wäre systematisch auch kein Pendant zu der von den Berufsgenossenschaften getragenen GUV. Die GUV bezieht sich im Gegensatz zur GKV (und auch im Gegensatz zu einer Privatunfallversicherung) auf einen klar abgegrenzten Interventionsbereich: die Arbeitswelt. Für Gesundheitsschäden aus diesem Bereich ist die GUV nicht nur für Krankenbehandlung, sondern – mit entsprechenden Ressourcen und Vollmachten – auch für Prävention, Finanzierung und Steuerung von Krankenbehandlung und Rehabilitation sowie für finanzielle Entschädigungen (Renten) zuständig. Die finanzielle Verantwortung für die GUV liegt funktionsgerecht beim Arbeitgeber, der in diesem Bereich durch seine Entschei-

³⁵ Hier erfolgt die Leistungsgewährung letztlich nicht aufgrund eines Morbiditätsbezuges.

³⁶ Ebenso.

dungen und Anweisungen die Größe der Gesundheitsrisiken für abhängige Dritte hauptsächlich und wesentlich bestimmt.

- Das Unfallrisiko variiert sehr erheblich nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht. Im Falle fixer Pro-Kopf-Prämien einer ausgegliederten Privatunfallversicherung ergäbe sich ein neues Feld für die „Jagd auf gute Risiken“. Im Falle risikoäquivalenter Prämien würde sich ein erheblicher Subventionsbedarf daraus ergeben, dass z. B. allein lebende Altersrentnerinnen und Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen ein relativ hohes Unfallrisiko tragen.
- Die rechtlich, bürokratisch und finanziell aufwändige Einrichtung einer Privatunfallversicherung stellt keinen Schritt in Richtung auf Einsparungen oder Qualitätsverbesserungen in Prävention und Versorgung dar. Zu einer steuernden Wirkung (z. B. Verbesserung der Unfallprävention) durch die ebenfalls vorgeschlagene Selbstbeteiligung liegen keine Erkenntnisse vor, sie sind auch nicht plausibel.
- Die vorgeschlagene Privatunfallversicherung senkt im Rahmen eines Nullsummenspiels lediglich optisch die GKV-Beitragsätze, indem sie die ausgegrenzten Kosten zu 100 % den Versicherten auflastet. Damit werden die Lohnnebenkosten gesenkt, zugleich aber auch die Massenkaufkraft. Ob eine solche Umverteilung die allseits gewünschte Vermehrung der Arbeitsplatzangebote bewirkt oder das Gegenteil, ist auch unter Ökonomen höchst strittig.

120. Fiskalisch noch stärker ins Gewicht fallen die krankenversicherungsfremden Leistungen auf der Einnahmenseite, d. h. die „Fremdleistungen“ im weiteren Sinne. Sie bestehen darin, dass bestimmte Versichertengruppen aus sozial- oder familienpolitischen Gründen keine oder nur ermäßigte Beiträge entrichten. Ihre Abgrenzung bereitet insofern – teilweise unlösbare – Probleme, als sie die Kenntnis des „normalen“ Beitragstarifes der GKV voraussetzt. Dieser beinhaltet aber bereits bestimmte soziale bzw. distributive Elemente, die sich mangels theoretischer Fundierung der geltenden Beitragsgestaltung nicht exakt von „Fremdleistungen“ abgrenzen lassen³⁷. In weiter Abgrenzung zählen zu diesen einnahmeseitigen Fremdleistungen die Beitragsausfälle bei (Beske, F. 2001):

- Personen während des Erziehungsurlaubs,
- Studierenden und Praktikanten,
- Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe und im Strafvollzug,
- Teilnehmern an berufsfördernden Maßnahmen,
- Leistungsbeziehern nach dem Arbeitsförderungsgesetz,
- Härtefällen sowie
- beitragsfrei mitversicherten Familienmitgliedern.

Zu diesen Fremdleistungen, bei denen ein Bezug zur Morbidität fehlt, gehören insofern auch die entgangenen Zuzah-

³⁷ So lässt sich darüber streiten, ob die beitragsfreie Mitversicherung des nicht berufstätigen Ehepartners eines Mitglieds, dessen Entgelt unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt, dem „Normaltarif“ entspricht oder eine familienpolitische Fremdleistung darstellt.

lungen bei sog. Härtefall-Patienten, als der Einnahmefall der GKV hier nicht auf die Krankheit des Patienten, sondern auf seine soziale Situation zurückgeht, so dass es sich letztlich um eine sozialpolitische Maßnahme handelt (ähnlich Jacobs, K. 2000). Da sich die Härtefall-Patienten nicht gleichmäßig bzw. proportional auf die Krankenkassen verteilen und der Risikostrukturausgleich die jeweiligen Einnahmefälle nicht ausgleicht, liegt auch hier eine Wettbewerbsverzerrung vor.

121. Die Beitragsausfälle bei den Leistungsbeziehern nach dem Arbeitsförderungsgesetz resultieren aus einer ab dem 1. Januar 1995 gültigen Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlage auf 80 % des ehemaligen Niveaus. Diese Maßnahme gehört damit zu den zahlreichen Manövern auf den „Verschiebebahnhöfen“, die in den vergangenen zehn Jahren innerhalb der Teilsysteme der Sozialversicherung zu Lasten der GKV stattfanden. Die Schätzungen der jährlichen Beitragsausfälle, mit denen die GKV zur Entlastung der anderen Sozialversicherungszweige beitrug, liegen in zwischen je nach Abgrenzung bei 4 bis 6 Mrd. Euro und damit bei 0,4 bis 0,6 Beitragssatzpunkten (Beske, F. et al. 2002; Beske, F. 2002). Die stärksten Einnahmefälle verursacht die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen mit schätzungsweise fast 21 Mrd. Euro im Jahr, was 2,1 Beitragssatzpunkten entspricht³⁸. Dabei erreichen die jährlichen Beitragsausfälle durch die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahren immer noch fast 11 Mrd. Euro und damit 1,1 Beitragssatzpunkte (ähnlich Busch, S. et al. 1996).

122. Die horizontale Umverteilung von jungen zu alten Versicherten bzw. Mitgliedern im Rahmen des „Generationenausgleichs“ bildet dagegen keine krankenversicherungsfremde Leistung. Die finanzielle Unterstützung, die ältere Versicherte von der jungen Generation erhalten, beruht – wie oben unter 2.3.3 ausgeführt – im Prinzip auf einem Versicherungsanspruch, der eine Gegenleistung widerspiegelt, und nicht auf einer distributiven Alimentierung. Aus intertemporaler Sicht liegt beim „Generationenausgleich“ im Rahmen des Umlageverfahrens nur insoweit eine Alimentierung der heute älteren Versicherten bzw. Mitglieder vor, als sie gegenüber der vorangegangenen und der nachfolgenden Generation von der steigenden Lebenserwartung und/oder dem Wandel der demographischen Struktur profitieren.

123. Um eine krankenversicherungsfremde Leistung handelt es sich offensichtlich auch nicht beim Krankengeld, das zu den „Ursprungsleistungen“ der GKV zählt. Für seine Ausgrenzung aus dem Leistungskatalog spricht prima vista, dass die Gewährung von Krankengeld im Unterschied zu den übrigen Gesundheitsleistungen noch tendenziell dem Prinzip der individuellen Äquivalenz folgt, denn seine Höhe hängt von den geleisteten Beitragszahlungen ab. Das Krankengeld steht risikoäquivalenten Prämien insofern näher als

³⁸ Eigene Berechnung auf der Basis von RSA-Leistungsprofilen (ohne anteilige Verwaltungsausgaben). Die bisherigen Schätzungen schwanken zwischen 24,5 Mrd. Euro (Bernöster, T. 2000) und 30 Mrd. Euro (Beske, F. 2001); zu einem Überblick siehe Rosenschon, A. 2001. Der deutlich niedrigere Wert in unserer Schätzung erklärt sich daraus, dass der überwiegende Teil der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen den Altersgruppen 0 bis 14 und 15 bis 19 Jahren angehört, die vergleichsweise niedrige Gesundheitsausgaben verursachen.

die Gesundheitsleistungen, auf die jeder Versicherte den gleichen Anspruch besitzt. Der Übergang zu risikoäquivalenten Prämien wirft insofern beim Krankengeld geringere distributive Probleme als bei den übrigen Leistungen der GKV auf. Gleichwohl bestehen zum Teil noch erhebliche Unterschiede zwischen einer individuellen Äquivalenz und einer risikoorientierten Finanzierung. Aufgrund der intertemporalen Zusammenhänge, auf denen das Umlageverfahren der GKV aufbaut, bestehen deshalb Bedenken gegen diesen Vorschlag, das Krankengeld aus dem Leistungskatalog der GKV auszugliedern und einer privaten Versicherungsform zu übertragen. Die Versicherten bzw. Mitglieder haben durch langjährige Beitragszahlungen einen gesetzlichen Anspruch auf diese Geldleistung erworben und vor allem ältere Versicherte, die ein höheres Krankheitsrisiko aufweisen, können diesen Anspruch nicht zum gleichen Entgelt durch eine private Absicherung substituieren. Unabhängig von sonstigen Verteilungseffekten bedeutet dies, dass bei einer Ausgliederung des Krankengeldes über die Berücksichtigung von Härtefällen im Rahmen von Sozialklauseln hinaus – ähnlich wie beim Aufbau einer kapitalgedeckten Versorgung – noch für eine beträchtliche Übergangszeit Ausgleichszahlungen anfallen würden.

124. Dieser kursorische und teilweise fragmentarische Überblick macht bereits deutlich, dass sich durch Umfinanzierung von krankenversicherungsfremden Leistungen grundsätzlich eine beachtliche Beitragssatzsenkung erreichen ließe. So summieren sich allein

- die Revision der Politik der „Verschiebebahnhöfe“,
- die krankenversicherungsfremden Leistungen auf der Ausgabenseite,
- die Entlastungen durch eine Privatunfallversicherung,
- die Mindereinnahmen durch Personen im Erziehungsurlaub sowie
- die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen

auf über 31 Mrd. Euro und damit 3,1 Beitragssatzpunkte. Da die Streichung der meisten krankenversicherungsfremden Leistungen nicht zur Diskussion steht, bietet sich zum einen ihre steuerfinanzierte Übernahme durch die Gebietskörperschaften an. Zudem besteht noch die Option, dass die Krankenkassen diese Leistungen im Rahmen einer Auftragsverwaltung weiterhin erbringen und die entsprechenden Kosten erstattet erhalten. Eine solche Delegation nutzt die bestehenden Verwaltungs- und Organisationsstrukturen der Krankenkassen und erübrigt ihren Neuaufbau bei den Gebietskörperschaften. Unter politischen Aspekten erscheint freilich die Annahme illusionär, dass die Gebietskörperschaften, die überwiegend schon bei der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen ihre Aufgaben nur unzureichend wahrnehmen, eine Bereitschaft zur kompensationslosen Übernahme der Finanzierung dieser Leistungen besitzen. Die Chance zu einem zumindest partiellen „Kompensationsgeschäft“ könnte neben steuerlichen Maßnahmen der Übergang zu einer monistischen Finanzierung im stationären Sektor bieten.

125. Eine Überführung der krankenversicherungsfremden Leistungen von der Beitrags- in die Steuerfinanzierung legen auch arbeitsmarktpolitische Gründe nahe. Bei gleichem Leistungsvolumen erfordert die Beitragsentlastung der

GKV zwar eine Erhöhung von Steuern und/oder öffentlicher Schuld in gleicher Höhe, dabei können aber die arbeitsmarktpolitischen Effekte erheblich differieren. Die Beitragsentlastung reduziert die Lohnnebenkosten und fördert damit den Einsatz des Produktionsfaktors Arbeit, während sich z. B. die Steuererhöhungen auf den Konsum beschränken bzw. konzentrieren können. Eine Substitution von Beiträgen der GKV durch eine Erhöhung der Mehrwertsteuer verbessert auch die internationale Wettbewerbsfähigkeit der inländischen Unternehmen, indem sie deren Arbeitskosten senkt, ohne wegen des geltenden Bestimmungslandprinzips beim grenzüberschreitenden gewerblichen Handel die Exporte zu verteuern und die Importe zu begünstigen.

2.3.5.2 Zum Leistungskatalog der GKV

126. Es gibt in der GKV im Hinblick auf die Gesundheits- bzw. Behandlungsleistungen keinen eindeutig festgelegten Katalog, der den objektiven Bedarf der Versicherten in Form von abgegrenzten Leistungszusagen im Sinne einer Positivliste bestimmt (ähnlich Schwartz, F. W. u. Jung, K. 2000). Das Sozialgesetz gewährt den Versicherten vielmehr einen sehr weitgehenden Leistungsanspruch, den es nur mit Hilfe sehr allgemeiner Kriterien und in abstrakter Form einschränkt. Diese Kriterien erlauben, wie die kontroversen Diskussionen in Fachgremien und in entscheidungsbefugten Ausschüssen zeigen, im Sinne einer logisch zwingenden Deduktion noch keine konkreten Einstufungen von bestimmten umstrittenen Gesundheitsleistungen. Der Leistungskatalog der GKV, der den objektiven Bedarf als solidarisch finanzierte Versicherungsleistung von subjektiven Behandlungswünschen abgrenzt, hängt im Zeitablauf vom medizinisch-technischen Fortschritt und von neuen Erkenntnissen über bestehende Behandlungsmethoden, aber auch vom Zeitgeist bzw. von politischen Wertungen und den verfügbaren Ressourcen ab. Verglichen mit den sozialen Sicherungssystemen von ökonomisch vergleichbaren Ländern bietet die GKV ein sehr umfangreiches Leistungsspektrum.

127. Die normative Abgrenzung des Leistungskataloges im Sinne einer Überprüfung bzw. Neubestimmung des objektiven Bedarfs sollte sich sowohl an den Zielen der GKV (siehe oben unter 2.1.1) als auch am Versicherungscharakter dieser Leistungen orientieren. Zum Leistungskatalog der GKV gehört, wie der Rat in seinem Gutachten 2000/2001 zu Über-, Unter- und Fehlversorgung ausführte, unstrittig jene Versorgung, die evidenzbasiert einen positiven gesundheitlichen Netto-Nutzen und eine günstige Nutzen-Kosten-Relation aufweist. Zwischen dem tatsächlichen Leistungspaket und dem vergleichsweise bescheidenen Umfang dieser qualitativ abgesicherten Leistungen besteht aber noch ein weites Spektrum an faktischen Behandlungsmethoden. Diese können, nur weil bisher keine entsprechenden Studien vorliegen, nicht a priori als weniger oder gar unwirksam gelten. Im Sinne medizinisch-ethischer Kriterien besitzen die Versicherten zunächst einen Anspruch auf alle Gesundheitsleistungen, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ihre Lebenserwartung erhöhen und/oder ihre Lebensqualität spürbar positiv beeinflussen. Da die heute älteren Versicherten früher der damals alten Generation über eine horizontale (Teil-)Alimentierung im Zuge des Umlageverfahrens ein bestimmtes Versorgungsniveau ermöglichten, ziehen darüber hinaus intertemporale Versicherungs- und intergenerative Gerechtigkeitsaspekte einer Eingrenzung des Leistungsni-

veaus gewisse Grenzen³⁹. Dies bedeutet, dass der Leistungskatalog der GKV über eine Basisversorgung, die eine Gesellschaft Unterversicherten aus humanen Gründen nicht verweigern kann, in jedem Fall hinausgehen muss. Zudem gehen von einem hohen Leistungsniveau, das wie in Deutschland alle Bürger nahezu ohne soziale und ökonomische Barrieren in Anspruch nehmen können, positive distributive und friedensstiftende Effekte aus (siehe auch oben unter 2.1.3).

128. Der Leistungskatalog der GKV unterliegt, wie z. B. die Soziotherapie auf der einen und die Positivliste bzw. die Wirkungen der Nachzulassungsfrist bei Arzneimitteln auf der anderen Seite veranschaulichen, im Zeitablauf ständig Veränderungen in Form von Zu- und Abgängen. In normativer Hinsicht liefern medizinisch-ethische und ökonomische Kriterien (SG 1994; Schwartz, F. W. u. Jung, K. 2000; Wambach, A. 2002) zwar in konkreten Einzelfällen zumeist noch keine Entscheidungen im deterministischen Sinne, vermögen aber tendenziell Orientierungshilfe zu leisten. Mit diesen Einschränkungen bieten sich aus medizinisch-ethischer Sicht für eine Eingrenzung des Leistungskataloges der GKV tendenziell Leistungen an,

- die mit unsicherem gesundheitlichem Netto-Nutzen bei Abwägung von Chancen und Risiken einhergehen,
- die keinen Einfluss auf die Lebenserwartung besitzen und die Lebensqualität nicht spürbar erhöhen,
- deren Wirkungen eine geringe Evidenzbasierung aufweisen (z. B. Alternativmedizin),
- die sich auf Behandlungen von eher trivialen Erkrankungen beziehen, bei denen eine ärztliche Behandlung gegenüber dem üblichen Spontanverlauf, d. h. hier auch der Selbstbehandlung mit *over the counter*-Präparaten, keinen gesicherten medizinischen Zusatznutzen erzeugt,
- die ohne die Funktionalität zu tangieren ausschließlich einer Verbesserung des ästhetischen Niveaus dienen (z. B. kosmetische Operationen, bestimmte Formen des Zahnersatzes) sowie
- die ohne Vorliegen einer Krankheit das Lebensgefühl betreffen oder den natürlichen Alterungsprozess beeinflussen sollen.

129. Im Sinne einer solidarisch finanzierten Krankenversorgung kommen für eine Eingrenzung des Leistungskataloges der GKV unter ökonomischen Aspekten vor allem Leistungen in Frage,

- mit hoher Bedarfswahrscheinlichkeit bzw. guter Vorhersehbarkeit und Planbarkeit (z. B. Lesebrille, Zahnersatz),
- mit hoher Preiselastizität der Nachfrage⁴⁰ (z. B. Kuren, Massagen),

³⁹ Diese „Niveaugarantie“ kann allerdings nicht für Leistungsempfänger gelten, die niemals Beiträge zur GKV entrichteten. Auch aus dieser Perspektive handelt es sich um gravierende Verwerfungen, wenn infolge inadäquater Zuzahlungs- und Härtefallregelungen, wie z. B. beim Zahnersatz und bei Arzneimitteln, Versicherte, die u. U. über Jahrzehnte (hohe) Beiträge leisteten, faktisch eine schlechtere Versorgung erhalten als Leistungsempfänger, die kaum oder nur geringe Beiträge leisteten.

⁴⁰ Dies gilt jeweils unter der Voraussetzung, dass medizinisch-ethische Aspekte dem nicht entgegenstehen.

- bei denen die Zahlungsbereitschaft der Patienten bzw. Betroffenen unter den Behandlungskosten liegt⁴¹ (z. B. Kuren, Krankentransporte),
- bei denen die Versicherten sehr unterschiedliche Zahlungsbereitschaften besitzen (homöopathische Arzneimittel, Akupunktur),
- mit einer im Sinne einer objektiven Bedarfsermittlung vergleichsweise ungünstigen Nutzen-Kosten-Relation⁴² und
- die vom finanziellen Umfang her Bagatelleleistungen darstellen.

130. Eine Ratsminderheit hält eine Ausgliederung des Zahnersatzes aus sozialen und gesundheitlichen Gründen generell für nicht angezeigt. Nach ihrer Ansicht beziehen sich Vorschläge zur Ausgliederung von Zahnersatz regelmäßig auf zwei Beobachtungen: (1) In reichen Ländern verbessert sich Zahngesundheit im Bevölkerungsdurchschnitt kontinuierlich. (2) Bei guter Zahnpflege verschiebt und/oder vermindert sich in der Regel die Notwendigkeit von Zahnersatz. Der Bedarf nach Zahnersatz hängt damit zu einem erheblichen (aber individuell nicht sicher zu bestimmenden) Teil vom persönlichen Zahnpflegeverhalten ab und ist überdies in gewissem Umfang planbar, dafür kann also ggf. angespart werden. Der Rat hat zuletzt im Jahre 2001 (Band I, Ziffer 159 ff.) auf den nach wie vor bestehenden großen Schichtgradienten bei der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen und diesbezüglich erhebliche Präventionsdefizite hingewiesen. Daraus folgt auch für die mittlere und fernere Zukunft ein überproportionaler Bedarf nach Prävention und Zahnersatz gerade in jenen Bevölkerungsgruppen, für die die hohen Preise für Zahnersatz eine erhebliche und häufig nicht zu überwindende Hürde der Inanspruchnahme darstellen und von denen auch ein entsprechendes Ansparverhalten zur Bewältigung zeitlich entfernter Ausgaben erfahrungsgemäß nicht erwartet werden kann: Menschen im untersten Einkommensfünftel in Deutschland haben im Durchschnitt keine Ersparnisse, sondern Schulden (Armut- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2001).

131. Die Notwendigkeit, den Leistungskatalog der GKV, auch auf der Grundlage von Evaluationsergebnissen der Versorgungsforschung, ständig auf den Prüfstand zu stellen, ergibt sich schon aus dem Erfordernis, über den normalen Beitragsanstieg hinaus finanzielle Freiräume für neue, effektivere Behandlungsmethoden zu gewinnen. Im Sinne des Rationalisierungspotentials besteht das Kernproblem der deutschen Gesundheitsversorgung aber weniger in dem zu umfangreichen Leistungsspektrum als vielmehr in seinem intensiven, d. h. nicht indikations- und situationsbezogenen, Gebrauch. Dabei lässt sich eine Indikationsbeschränkung bestimmter Behandlungsmethoden allerdings auch als eine Eingrenzung des Leistungskataloges im Sinne des objektiven Bedarfs interpretieren. Bestimmte Leistungen, wie z. B. Fahrkosten (ohne solche für Rettungsdienste), könnten auch statt nach „Gießkannenprinzip“ situationsbezogen, d. h. in Abhängigkeit von der Ver-

⁴¹ Ebenso.

⁴² Ebenso. Dies bedeutet, dass es sich hier um Leistungen handelt, die nur ein vergleichsweise niedriges Nutzenniveau erzeugen.

kehrsanbindung bzw. der öffentlichen Infrastruktur sowie der Behandlungsdauer und -intensität nicht zum „objektiven Bedarf“ zählen. Im Sinne einer Eingrenzung des Leistungskataloges könnten z. B. folgende Leistungen zumindest partiell zur Diskussion stehen:

- ambulante Vorsorgeleistungen in Kur- und Badeorten,
- Zahnersatz,
- kieferorthopädische Leistungen für Erwachsene und auch für Jugendliche, insoweit die Behandlungsbedürftigkeit nicht bestimmten validen Indizes genügt,
- künstliche Befruchtungstechniken,
- in Abhängigkeit von ihrer Evidenzbasierung Indikationen und Formen der ambulanten Psychotherapie bei Erwachsenen,
- ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (ohne Maßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V),
- Soziotherapie,
- nicht wirksame Verfahren der sog. Alternativmedizin und entsprechende Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen sowie
- indikationsabhängig Heil- und Hilfsmittel, wie z. B. Massagen und Sehhilfen.

132. Von allen Handlungsoptionen, die bei drohenden Budgetdefiziten in Frage kommen, stellt die Eingrenzung des Leistungskataloges der GKV, d. h. die restriktivere Definition des objektiven Bedarfs, wohl die in politischer Hinsicht mit am wenigsten attraktive Alternative dar. Dabei kann hier offen bleiben, ob die Krankenkassen diese Leistungen anschließend als prämiendifinanzierte Wahlleistungen (SG 1994; Schwartz, F. W. u. Jung, K. 2000) oder als kassenspezifische Satzungsleistungen (Wille, E. 2001) anbieten können, oder ob sie von derartigen Angeboten grundsätzlich ausgeschlossen bleiben sollen (Rosenbrock, R. 2002). Wie mehrere repräsentative Umfragen ermittelten (siehe u. a. Wasem, J. 1999; Zok, K. 1999; Janssen-Cilag 2002), räumen die Bürger bzw. Versicherten dem medizinischen Leistungsniveau einen deutlich höheren Rang ein als der Beitragsstabilität. Im Falle von Budgetdefiziten der GKV ziehen sie höhere Beiträge Leistungskürzungen eindeutig vor. Bei den Eigenschaften einer „idealen Krankenkasse“ steht eine großzügige Leistungsgewährung an erster Stelle.

2.3.6 Finanzierung und Beitragsgestaltung in der GKV

2.3.6.1 Finanzierungsformen im Überblick

133. Im Rahmen der Finanzierung kann drohenden Budgetdefiziten neben einer Intensivierung der Selbstmedikation grundsätzlich durch

- die Heranziehung von Steuereinnahmen,
- eine Ausweitung der Selbstbeteiligung und
- eine einnahmenwirksame Änderung der Beitragsgestaltung begegnet werden.

134. Im Unterschied zu den Ausführungen unter 2.3.5.1 geht es hier nicht um die Steuerfinanzierung von krankensicherungs-fremden Leistungen, sondern um eine entspre-

chende Finanzierung von genuinen Gesundheitsleistungen. Im Gegensatz zu den krankensicherungs-fremden Leistungen, bei denen finanzwissenschaftliche Kriterien eine steuerfinanzierte Übernahme dieser Leistungen durch andere Ausgabenträger oder eine entsprechende Erstattung an die GKV nahelegen, besteht bei einer teilweisen Steuerfinanzierung von genuinen Gesundheitsleistungen die Gefahr, dass die gruppenmäßige Äquivalenz der GKV und damit ihr Versicherungscharakter weiter abnimmt⁴³. Die Befürworter einer solchen Steuerfinanzierung verweisen deshalb wohl auch mit den Steuern auf Tabak und Alkohol auf spezifische öffentliche Abgaben, deren Bemessungsgrundlage mit Gesundheitsleistungen zumindest tendenziell in einem kausalen und damit in weiterem Sinne äquivalenten Zusammenhang bzw. Verhältnis stehen.

135. Unabhängig von dem kausalen Verhältnis, das zwischen dem Tabak- und Alkoholkonsum und den Gesundheitsausgaben der GKV besteht, verletzt eine solche Finanzierung den Budgetgrundsatz der Non-Affektation öffentlicher Einnahmen. In fiskalischer Hinsicht besitzt eine Finanzierung von Gesundheitsleistungen mit Hilfe von speziellen Verbrauchsteuern den Nachteil, die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis der GKV nicht zu beseitigen oder abzumildern, sondern zu verfestigen. Die Aufkommenselastizität dieser Verbrauchsteuern, d. h. ihre relative Veränderung bezogen auf die relative Veränderung des Sozialproduktes bei gegebenem Steuerrecht liegt eindeutig unter eins. Dies bedeutet, dass die Heranziehung dieser Steuern die Einnahmen der GKV zwar absolut erhöht und die Steuererhöhung auch zu Mehreinnahmen führt, ihre Bemessungsgrundlage und damit auch die entsprechenden Einnahmen aber bei gegebenem Steuertarif in der Folgezeit im Wachstum spürbar hinter dem Sozialprodukt zurückbleiben⁴⁴. Schließlich beinhaltet die Finanzierung von Gesundheitsleistungen mit Hilfe von Steuern auf Tabak und Alkohol einen inneren Widerspruch zwischen dem anvisierten allokativen Steuerungsziel und ihrer fiskalischen Funktion. Sofern die Abgabenerhöhung über Verhaltensänderungen der Verbraucher gesundheitspolitisch in gewünschter Weise wirkt, verringern sich die Mehreinnahmen, die zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen, wieder. Diese Feststellung spricht in keiner Weise gegen eine Erhöhung der Tabaksteuer als integraler Bestandteil einer Präventionskampagne, sondern lediglich gegen ihre fiskalische Funktion zur Deckung von Budgetdefiziten der GKV.

136. Von allen budgetwirksamen Handlungsoptionen steht die Selbstbeteiligung der Patienten am stärksten im Mittelpunkt kontroverser, nicht selten ideologischer Debatten. Die entsprechenden Missverständnisse setzen häufig schon beim Begriff an, denn bei der unmittelbaren Teilzahlung für eine Versicherungsleistung, d. h. der Selbstbeteiligung im

⁴³ Der Rat (JG 1987 u. SG 1997) sprach sich auch aus diesem Grunde in früheren Gutachten gegen einen „Maschinenbeitrag“, der die Bemessung der Arbeitgeberbeiträge auf die maschinelle Ausstattung bzw. den Produktionsfaktor Kapital oder die gesamte Wertschöpfung des Unternehmens ausdehnt, zur Finanzierung der GKV aus.

⁴⁴ Die oben befürwortete Steuerfinanzierung krankensicherungs-fremder Leistungen sollte deshalb nicht zweckgebunden über wachstumsschwache Verbrauchsteuern, sondern entsprechend dem jeweiligen Ausgabenbedarf für diese Leistungen aus allgemeinen Steuermitteln erfolgen.

engeren Sinne, handelt es sich keineswegs um die einzige finanzielle Beteiligung des Patienten an den Gesundheitsausgaben der GKV oder gar an seiner eigenen Gesundheitsversorgung. Der Patient entrichtet darüber hinaus als Versicherter auch Beiträge zur Finanzierung der GKV und beteiligt sich auch im Zuge der Selbstmedikation, z. B. bei aus der GKV ausgegrenzten Leistungen, an seiner eigenen Gesundheitsversorgung. Fasst man „Selbstbeteiligung“ nicht nur monetär, lassen sich auch die Bemühungen um ein gesundheitsbewusstes Verhalten und die damit einhergehende Aneignung von gesundheitsrelevanten Informationen als Selbstbeteiligung interpretieren. Die dadurch ausgelösten Effekte können die Gesundheitsaufwendungen der GKV möglicherweise weit stärker entlasten als unmittelbare Direktzahlungen. Im Sinne der Inzidenz der Beiträge zur GKV tragen die Patienten und Versicherten als Konsumenten schließlich auch überwiegend die Arbeitgeberanteile, denn diese erlauben, wie Kostensteuern bei normalen Angebots- und Nachfrageelastizitäten, eine weitgehende Überwälzung auf die Konsumgüterpreise⁴⁵.

2.3.6.2 Die Selbstbeteiligung als Direktzahlung

137. Vor dem Hintergrund dieses weiten inhaltlichen Spektrums beziehen sich die folgenden Ausführungen auf die Selbstbeteiligung als unmittelbare und direkte Teilzahlung für eine Versicherungsleistung. Eine Beurteilung dieser Selbstbeteiligung (im engeren Sinne) „als solcher“ führt beinahe zwangsläufig zu ideologischen Aussagen bzw. Folgerungen. Eine adäquate Beurteilung dieser Selbstbeteiligung bzw. ihrer möglichen Effekte sollte mindestens folgende Aspekte bzw. Differenzierungen berücksichtigen:

- die mit ihr verfolgten Ziele,
- die zur Diskussion stehenden fiskalischen Alternativen,
- ihre Form und die vorgesehenen Quantitäten,
- die jeweiligen Indikationen und Behandlungsarten sowie
- die betroffenen Personen bzw. sozialen Schichten und die beabsichtigten sozialen Klauseln.

138. Die Selbstbeteiligung besitzt eine fiskalische Finanzierungs- und eine – in ihrer Wirkung teilweise allerdings umstrittene – allokativen Steuerungsfunktion. Letztere zielt auf eine Sensibilisierung der Nachfrage und damit auf eine Einschränkung von *moral hazard*. Im Falle einer weitgehenden bzw. vollständigen Schadensabdeckung, wie sie die GKV bietet, unterliegt der Versicherte dem „moralischen Risiko“, zur Vermeidung eines Schadens, d. h. zur Senkung des Risikos, weniger zu unternehmen (*ex ante moral hazard*) und im Schadensfälle die Leistungen übermäßig in Anspruch zu nehmen (*ex post moral hazard*)⁴⁶. Die Selbstbeteiligung intendiert insofern bei den in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen eine Mengenreduktion und/oder die Substitution durch eine preiswertere Behandlung, was dann auch den Wettbewerb der Leistungsanbieter fördert. Sofern diese angestrebten allokativen Effekte eintreten,

besitzen sie ihrerseits fiskalische bzw. ausgabensenkende Effekte. Die Realisierung dieser allokativen Funktion setzt allerdings voraus, dass durch die Selbstbeteiligung keine negativen Effekte auf den Gesundheitszustand der Patienten infolge unterlassener Behandlungen auftreten. Die angestrebten allokativen Effekte stellen sich auch nicht ein, wenn die Versicherten, wie z. B. in Frankreich, die Selbstbeteiligung mit Hilfe einer privaten Zusatzversicherung abdecken bzw. kompensieren⁴⁷. Die Selbstbeteiligung führt dann zwar zu einer fiskalischen Entlastung der sozialen Krankenversicherung, nicht aber zu gesamtwirtschaftlichen Allokationseffekten.

139. Die Effekte einer Selbstbeteiligung hängen auch von ihren Formen und ihrer technischen Ausgestaltung ab. Die Formen der Selbstbeteiligung unterscheiden sich vornehmlich im Hinblick auf die Ansatzpunkte, den jeweiligen Zeitbezug und die vorgesehenen sozialen Klauseln. Die Selbstbeteiligung kann ansetzen an:

- der Menge: bei Arzneimitteln z. B. fixe und packungsgrößenabhängige Zuzahlungen, Verordnungsgebühren;
- dem Preis: z. B. an Differenzen zu Festbeträgen;
- dem Umsatz einer Gesundheitsleistung: prozentuale Selbstbeteiligungen, spezifische Abzugsfranchisen;
- Indikationen: indikations- oder produktabhängige Zuzahlungen;
- den gesamten Aufwendungen: allgemeine Abzugsfranchise.

Im Hinblick auf den Zeitbezug kann ein Haushaltsjahr („statische Selbstbeteiligung“) oder ein längerer Zeitraum als Referenzperiode der Zuzahlungen bzw. der Inanspruchnahme dienen. Im letzteren Fall der „dynamischen Selbstbeteiligung“ erfolgt eine prozentuale Anrechnung der im Vorjahr geleisteten Selbstbeteiligung auf die Zuzahlungen des laufenden Jahres. Die sozialen Klauseln können neben Befreiungen für „Härfälle“ eine allgemeine fixe Obergrenze, einkommensabhängige Obergrenzen oder einkommensabhängige Zuzahlungen vorsehen.

140. Die Selbstbeteiligung kann ihre angestrebte allokativen Steuerungsfunktion nur wahrnehmen, wenn die Patienten nicht auf substitutive selbstbeteiligungsfreie Gesundheitsleistungen bzw. Behandlungsarten ausweichen und eine zumindest in Grenzen preiselastische Nachfrage vorliegt. Die Abzugsfranchise stellt sowohl im Hinblick auf eine bestimmte Gesundheitsleistung als auch bezogen auf die gesamten Aufwendungen bis zu ihrer Grenze eine hundertprozentige Selbstbeteiligung dar, d. h. sie wirkt hier wie ein Leistungsausschluss. Oberhalb dieser Grenze entfaltet sie keinerlei Steuerungswirkung⁴⁸. Insofern gehen von Festbeträgen und prozentualen Selbstbeteiligungen in der Regel stärkere Effekte auf die Nachfrage aus als von Abzugsfranchisen oder fixen Gebühren, die an der Menge anknüpfen. Sofern der Festbetrag auf der Höhe der preiswertesten (äquivalenten) Leistung liegt, erzeugt er kaum Mengen-

⁴⁵ Insofern tragen auch Bürger, die der GKV nicht angehören, teilweise deren Gesundheitsaufwendungen.

⁴⁶ Bezugs- bzw. Vergleichsbasis bildet jeweils die Situation ohne Versicherung. Zur Relevanz bzw. zum Umfang von *moral hazard* im deutschen GKV-System liegen bisher keine aussagefähigen empirischen Studien vor.

⁴⁷ Dies erklärt auch, weshalb Frankreich trotz einer im Rahmen der sozialen Krankenversicherung beachtlich hohen, indikationsbezogenen Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln einen extrem hohen Medikamentenverbrauch aufweist.

⁴⁸ Insofern steuert die spezifische Abzugsfranchise am stärksten bei niedrigen Preisen der Gesundheitsleistungen und hoher Franchise.

aber u. U. starke Preiseffekte. Innerhalb von bestimmten Obergrenzen im Rahmen von sozialen Klauseln vermag nur die prozentuale Selbstbeteiligung bei jedem Preis die Menge zu beeinflussen.

141. Das Verteilungspostulat gehört zwar nicht zu den primären Zielen von Selbstbeteiligungsregelungen, distributive Effekte stellen aber Nebenbedingungen einer zielorientierten Selbstbeteiligung dar. Wie bereits angedeutet, kann eine adäquate Beurteilung der gesamten Effekte und damit auch der Verteilungswirkungen von Selbstbeteiligungsregelungen nur vor dem Hintergrund bzw. in Würdigung ihrer Alternativen erfolgen (siehe dazu auch unten unter 2.3.7). Die folgende, kursorische Betrachtung unterstellt, dass die Einnahmen aus der Selbstbeteiligung einer Senkung der Beitragssätze bzw. einer Verhinderung ihrer Erhöhung dienen. Bei dieser partialanalytischen Betrachtung verursacht die feste Zuzahlung Umverteilungseffekte von kranken zu gesunden Versicherten, da letztere zuzahlungsfrei bleiben und zudem auch von den Beitragssatzsenkungen profitieren. Diese horizontalen Umverteilungseffekte schwächen sich allerdings bei intertemporaler Betrachtung deutlich ab. Da Beitragssatzsenkungen höhere Arbeitsentgelte absolut stärker entlasten, tritt auch bei relativ gleich verteilter Inanspruchnahme bzw. Selbstbeteiligung eine Umverteilung von Beziehern niedriger zu solchen höherer Arbeitsentgelte ein. Diese Umverteilungseffekte fester Zuzahlungen stellen sich im Prinzip auch bei prozentualen Selbstbeteiligungen ein. Anders verhält es sich hier jedoch bei einkommensabhängigen, prozentualen Zuzahlungen, die regressive und redistributive Verteilungseffekte quasi in Kombination aufweisen. Die nach Indikationen gestaffelte, prozentuale Selbstbeteiligung, die bei Arzneimitteln in den meisten europäischen Ländern vorherrscht, belastet Patienten mit leichteren, nicht chronischen Krankheiten relativ stärker. Dem steht allerdings entgegen, dass die Preise der Gesundheitsgüter in diesen Indikationsbereichen häufig niedriger liegen. Die tatsächlichen Belastungen hängen letztlich von der Intensität und den Preisen der jeweiligen Behandlungen und den entsprechenden Prozentsätzen der Selbstbeteiligung ab.

142. Im Sinne dieser grundsätzlichen Überlegungen zu den zielbezogenen Effekten von Selbstbeteiligungen stellt sich die Frage, ob und inwieweit die in der GKV derzeit geltenden Selbstbeteiligungsregelungen hinsichtlich ihrer Struktur und ihres Umfangs einer Reform bedürfen. Unabhängig von ihrem fiskalischen Umfang besitzt z. B. die prozentuale Selbstbeteiligung beim Zahnersatz den distributiven Nachteil, dass Patienten mit höherem Einkommen, die sich eine aufwändigere Versorgung leisten können, von ihrer Krankenkasse eine absolut höhere Erstattung erhalten. Dies gilt auch für Patienten, die als „Härtefälle“ zuzahlungsfrei bleiben. Gegenüber dieser Regelung bieten diagnose- oder indikationsbezogene Festzuschüsse distributive und wohl auch allokativen Vorteile. Von der packungsabhängigen Zuzahlung bei Arzneimitteln gehen für Arzt und Patienten keinerlei Anreize aus, ein preiswertes Medikament auszuwählen oder ein bestimmtes Präparat, z. B. im Ausland, preiswerter zu beschaffen. Der geringe Unterschied von nur einem Euro zwischen einer kleinen und einer großen Packung kann eine Mengenausweitung geradezu stimulieren. Eine prozentuale Selbstbeteiligung würde hier auch bei gegebenem Umfang und denselben sozialen Klauseln anreizkompatibler wirken. Unter allokativen und verteilungspolitischen Aspekten frag-

würdig erscheint auch die Befreiungsregelung des § 62 Abs. 1 SGB V für Versicherte, die sich wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung befinden und ein Jahr lang Zuzahlungen in Höhe von mindestens 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt geleistet haben. Diese Befreiungsregelung setzt offensichtlich stärker an dem medizinischen Kriterium „chronische Krankheit“ statt an dem ökonomisch und verteilungspolitisch relevanten Indikator „persönliches Einkommen“ an. Diese fragmentarischen Anmerkungen zu Verwerfungen der geltenden Selbstbeteiligungsregelungen legen unabhängig von ihrem fiskalischen Umfang eine eingehende Überprüfung nahe. In diesem Zusammenhang steht auch die Erhebung einer sog. Praxisgebühr bei der nicht präventiven Nutzung ambulanter ärztlicher Praxen zur Diskussion (Schwartz, F. W. u. Jung, K. 2000; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002, Ziffer 489). Angesichts der im internationalen Vergleich ungewöhnlich hohen Zahl an nicht präventiven Arztkontakten in Deutschland besitzt eine finanzielle Schwelle gegenüber „Bagatel-Inanspruchnahmen“ auch den Vorzug, dass sich die Ärzte dann den übrigen Patienten intensiver widmen können.

2.3.6.3 Reformoptionen im Rahmen der Beitragsgestaltung

Allgemeine Ansatzpunkte

143. Im Rahmen der Beitragsgestaltung können konkrete Reformoptionen grundsätzlich an

- der GKV-Versicherungspflicht bzw. dem Pflichtversicherungskreis,
- der Beitragsbemessungsgrenze,
- der Beitragsbemessungsgrundlage,
- der beitragsfreien Mitversicherung,
- der Änderung der Beitragssatzanteile und/oder
- dem Arbeitgeberbeitrag

ansetzen. Die folgenden kursorischen Anmerkungen zu Schwachstellen des geltenden Systems machen bereits deutlich, dass eine Reform der Beitragsgestaltung nicht nur mit fiskalischer Zielsetzung, d. h. zum Zwecke einer Beitragssatzsenkung, sondern auch unter allokativen und/oder distributiven Aspekten zur Diskussion steht.

144. Die Versicherungspflicht in der GKV orientiert sich nach § 6 SGB V an einer dynamisierten Grenze des Arbeitsentgeltes⁴⁹, die bei 75 % der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV liegt. Diese Pflichtversicherungsgrenze in Höhe von derzeit 3 825 Euro (2003) im Monat definiert damit für Angestellte und Arbeiter die (obligatorische) Zugehörigkeit zum Kreis der Pflichtversicherten. Für die abhängig Beschäftigten, die einer Versicherungspflicht unterliegen,

⁴⁹ Die Versicherungspflichtgrenze in der GKV unterliegt infolge ihrer Abhängigkeit von der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV einer jährlichen Anpassung bzw. Fortschreibung. Nach § 159 SGB VI wird diese Grenze zum 1. Januar eines jeden Jahres entsprechend der Relation von Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigtem Arbeitnehmer des vergangenen Jahres und des vorvergangenen Jahres verändert. Aus Gründen der einfacheren Handhabung erfolgt anschließend eine Aufrundung auf den nächsten durch 600 teilbaren Betrag.

besteht erst ab dem Überschreiten dieser (Arbeitsentgelt-) Grenze die Möglichkeit, aus der GKV auszuschneiden und in der PKV eine Vollversicherung abzuschließen. Die Versicherungspflichtgrenze stellte bis Ende 2002⁵⁰ in der GKV auch die Beitragsbemessungsgrenze dar, d. h. die Beitragsenthebung erfolgte nur bis zu dieser Grenze des Arbeitsentgeltes.

Die geltende Versicherungspflichtgrenze lässt sich weder aus gesamtwirtschaftlichen Zielen ableiten, noch kann sie sich auf eine andere erkennbare sachlogische Begründung stützen. Sie erscheint im Sinne des Solidarprinzips zu niedrig und unter Subsidiaritätsaspekten zu hoch. Außer in den Niederlanden, die eine spürbar niedrigere Versicherungspflichtgrenze aufweisen, existiert in den übrigen europäischen Ländern keine Versicherungspflichtgrenze und damit auch keine substitutive private Vollversicherung für Arbeiter und Angestellte. Insofern überrascht es nicht, dass die Versicherungspflichtgrenze – weniger die Beitragsbemessungsgrenze – von Zeit zu Zeit im Mittelpunkt kontroverser Reformdiskussionen steht.

145. Während bei Pflichtmitgliedern die Beitragsbemessungsgrundlage in der Regel nur aus dem Arbeitsentgelt und dem Zahlbetrag der Rente besteht, setzt die Beitragsbemessung bei freiwilligen Mitgliedern an der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit an, d. h. die Referenzgröße bilden hier alle Einkunftsarten. Diese zum einen eingegrenzt und zum anderen unterschiedliche Fassung der Beitragsbemessungsgrundlage kann, wie die folgenden Beispiele zeigen, zu vielfältigen Verstößen sowohl gegen das Äquivalenz- als auch gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip führen. Eine Familie A mit einem Beitragszahler erziele ein Arbeitseinkommen in Höhe von 50 % der Beitragsbemessungsgrenze der GKV. Aus Mieteinnahmen, die aus einer Erbschaft stammen, erhält sie weitere Einkommen in Höhe von 30 % der Beitragsbemessungsgrenze. Familie B verfügt ebenfalls über Einkünfte in derselben Höhe. Diese setzen sich aber aus zwei Arbeitseinkommen in Höhe von 40 % der Beitragsbemessungsgrenze zusammen. Während beide Familien über das gleiche Bruttoeinkommen verfügen, unterscheiden sich die beitragspflichtigen Einnahmen deutlich. Bei gleichen Bruttoeinkünften liegen sie bei Familie B um 60 % höher als bei Familie A. Nimmt man in diesen Kreis noch eine dritte Familie C auf, die eine Einkommensstruktur wie Familie A besitzt, aber infolge ihrer Selbständigkeit als freiwillig versichert eingestuft wird, so erweitert sich das aufgezeigte Szenario noch um eine verzerrende Komponente. Im Unterschied zu Familie A erfährt Familie C eine Beitragsbelastung mit ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, d. h. sie weist beitragspflichtige Einnahmen wie Familie B auf.

146. Neben der Fassung der Beitragsbemessungsgrundlage kann auch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen zu distributiven Verwerfungen führen, die sowohl dem Äquivalenz- als auch dem Leistungsfähigkeitsprinzip zuwiderlaufen. Eine Familie D, in der beide Partner ein monatliches Arbeitsentgelt in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von 3 450 Euro (2003) erzielen, entrichtet doppelt so hohe Beiträge wie eine Familie E, in der ein Partner

6 900 Euro – oder sogar z. B. 12 000 Euro – verdient und der andere Partner versicherungsfrei bleibt. Verzerrungen können daneben selbst dann auftreten, wenn in Familien mit gleichem Gesamtentgelt beide Partner einer beruflichen Tätigkeit nachgehen. Liegt z. B. bei Familie F das Arbeitsentgelt des einen Partners mit 5 000 Euro deutlich über und das des anderen Partners mit 1 900 Euro spürbar unter der Beitragsbemessungsgrenze, so erfährt diese Familie trotz gleichem Gesamtentgelt eine niedrigere Beitragsbelastung als Familie D. Da beide Familien bezogen auf die Arbeitsentgelte die gleiche finanzielle Leistungsfähigkeit und mit Ausnahme des Krankengeldes auch den gleichen Anspruch auf medizinische Leistungen besitzen, liegt hier ebenfalls ein Verstoß gegen das Leistungsfähigkeits- und das Äquivalenzprinzip vor.

147. Wie bereits oben unter 2.2.1 erwähnt, dürfte ein zentraler Grund für die – ansonsten unter ökonomischen Aspekten durchaus fragwürdige – gesetzliche Verankerung der Beitragssatzstabilität in der GKV darin liegen, dass steigende Beitragssätze zu einer zunehmenden Belastung der Lohnnebenkosten führen und damit die Beschäftigungschancen mindern. Da die Arbeitslosigkeit bei geringer qualifizierten und weniger verdienenden Berufsgruppen überproportional hoch ausfällt, schlug der Rat bereits in einem seiner früheren Gutachten vor, den Beitragssatz in diesem Lohnsegment, d. h. im Eingangsbereich des Tarifes, abzusenken, um die Attraktivität dieses Arbeitspotentials zu erhöhen (SG 1997). Dabei kann hier offen bleiben, ob die Finanzierung wie seinerzeit simuliert aufkommensneutral innerhalb der GKV über eine Beitragssatzerhöhung der übrigen Entgeltgruppen oder als krankensicherungs-fremde Leistung aus öffentlichen Budgets erfolgt.

148. In diesem Kontext zielt ein deutlich weitergehender Vorschlag, den Beitragssatzanteil des Arbeitgebers zu fixieren⁵¹ oder steuer- und sozialversicherungsfrei an den Arbeitnehmer auszuzahlen, darauf ab, die Effekte künftig steigender Beitragssätze völlig von den Lohnnebenkosten abzukoppeln (vgl. SG 1997). Im Falle künftiger Beitragssatzsteigerungen finanzieren Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Beiträge zur GKV dann nicht mehr je zur Hälfte, sondern der Arbeitnehmer zahlt einen höheren Anteil. Bei der verteilungspolitischen Würdigung dieses Vorschlages gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass der Arbeitgeber seinen Anteil am Beitrag zur GKV zwar (vor-)finanziert, im Sinne der ökonomischen Inzidenz diese Beitragslast jedoch in Abhängigkeit von den Angebots- und Nachfrageelastizitäten nur zum Teil trägt. Der Unternehmer versucht, seinen Beitragsanteil zur GKV wie andere Produktionskosten und Kostensteuern über die Verkaufspreise auf die Konsumenten zu überwälzen. Da Unternehmen konkurrierende Produkte zumeist in gleicher, zumindest ähnlicher Arbeitsintensität erzeugen, dürfte diese Überwälzung des Beitragsanteils zur GKV – mit Ausnahme des Vorliegens einer sehr elastischen Nachfrage – weitgehend gelingen. Letztlich tragen die Versicherten in der GKV wie

⁵⁰ Da das Beitragssatzsicherungsgesetz nur die Versicherungspflichtgrenze diskretionär an hob, liegt diese nun (2003) mit monatlich 3 825 Euro über der Beitragsbemessungsgrenze mit 3 450 Euro.

⁵¹ Im Unterschied zur Fixierung handelt es sich bei der Normierung um einen für alle Krankenkassen gleichen Beitragssatzanteil des Arbeitgebers. Der normierte Beitragssatzanteil des Arbeitgebers nimmt mit steigenden Beitragssätzen entsprechend zu. Die Normierung des Beitragssatzanteils besitzt keine primär beschäftigungspolitische, sondern eine wettbewerbspolitische Funktion, indem sie die Beitragssatzanteile der Mitglieder spreizt und diese damit stärker für einen Kassenwechsel sensibilisiert.

auch andere Konsumenten über den Kauf dienstleistungsin-
tensiver Güter den Arbeitgeberanteil in einem hohen Maße.
Die Vorstellung, dass der Arbeitgeber solidarisch die Hälfte
der Beiträge zur GKV trägt, beruht auf einer fiskalischen Illu-
sion. Aus der Perspektive des Arbeitnehmers handelt es sich
um einen vorenthaltenen Lohnanteil.

**Zur Erhöhung von Versicherungspflicht- und
Beitragsbemessungsgrenze**

149. Eine Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze zielt –
je nach Ausgestaltung – darauf ab, den Wechsel aus der
GKV in die PKV und damit die Flucht aus der solidarischen
Finanzierung einzudämmen oder gänzlich zu verhindern.
Wie Tabelle 5 zusammenfasst, kann eine solche Reform von
einer Anhebung der Versicherungspflichtgrenze in der GKV
auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV,
d. h. von derzeit monatlich 3 825 Euro auf 5 100 Euro
(2003)⁵², bis hin zu einer völligen Aufhebung dieser Grenze
reichen. Die Variante einer Pflichtversicherung für die ge-
samte Bevölkerung, d. h. unter Einschluss von Selbständi-
gen und Beamten, lässt dann für eine substitutive, private
Krankenversicherung keinen Raum mehr.

Die An- oder Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze
kann im Prinzip

- bei gegebener Beitragsbemessungsgrenze,
- bei einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf
das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV
oder
- bei Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze

⁵² Infolge der diskretionären Erhöhung durch das Beitragssatzsiche-
rungsgesetz liegt diese Grenze im Jahre 2003 dann bei monatlich
5 100 Euro.

erfolgen⁵³. Jene Kombinationen, in denen die Beitragsbemes-
sungs- die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, bilden
insofern wenig sinnvolle Reformalternativen, als in diesen
Fällen eine starke Abwanderung überwiegend guter Risiken
aus der GKV in die PKV nahe liegt bzw. droht. Eine gene-
relle Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde die
Beiträge zur GKV in eine Lohnsteuer mit proportionalem
Tarif transformieren.

150. Von diesen vielfältigen Kombinationen stehen derzeit
als Reformalternativen vor allem die Anhebung der Versi-
cherungspflichtgrenze in der GKV auf das Niveau der Bei-
tragsbemessungsgrenze in der GRV

- bei Beibehaltung der geltenden Beitragsbemessungs-
grenze oder
- bei gleichzeitiger Erhöhung der Beitragsbemessungs-
grenze in der GKV auf die Beitragsbemessungsgrenze in
der GRV

im Mittelpunkt gesundheitspolitischer Diskussionen (Wille, E.
2002). Die folgenden Aspekte zu Pro und Contra einer Er-
höhung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungs-
grenze beziehen sich deshalb auf diese beiden Reformoptio-
nen. Die jeweiligen Argumente gelten dann für die
weitergehenden Kombinationen entsprechend bzw. ver-
stärkt. Dabei abstrahieren die Ausführungen von der rechtli-
chen Problematik, ob und inwieweit eine Erhöhung der Ver-
sicherungspflichtgrenze mit europäischem Recht konform
geht oder konfligiert⁵⁴.

⁵³ Eine Absenkung der Beitragsbemessungsgrenze scheidet angesichts
der finanziellen Situation der GKV aus fiskalischen Gründen als ge-
sundheitspolitisch relevante Alternative aus.

⁵⁴ Diese Problematik stellt sich hier insofern, als eine Erhöhung der
Versicherungspflichtgrenze in der GKV das potentielle Marktseg-
ment ausländischer Anbieter von substitutivem, privatem Kranken-
versicherungsschutz, d. h. hier insbesondere niederländischer, priva-
ter Versicherungsunternehmen, einschränkt.

Tabelle 5

Kombinationen einer Veränderung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze in der GKV

Beitragsbemessungsgrenze	75 % der Beitrags- bemessungsgrenze in der GRV (geltende Regelung)	Anhebung auf 100 % der Beitragsbemes- sungsgrenze in der GRV	Aufhebung
Versicherungspflichtgrenze			
75 % der Beitragsbemessungs- grenze in der GRV (geltende Regelung)	Status quo	×	×
Anhebung auf 100 % der Beitrags- bemessungsgrenze in der GRV			×
Aufhebung, aber ohne Selbständige und Beamte			
Einbeziehung der gesamten Bevölkerung			

× Keine sinnvolle Kombination.

Quelle: Eigene Darstellung

151. Für diese beiden Varianten sprechen vor allem folgende Aspekte (Wille, E. 1998 und 2002; Klose, J. u. Schellschmidt, H. 2001):

- Eine aufkommensneutrale Erhöhung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV erlaubt im fiskalisch günstigen Fall⁵⁵ eine Beitragsatzsenkung von ca. 0,7 Prozentpunkten (Wille, E. u. Igel, C. 2002; ähnlich Breyer, F. et al. 2001). Infolge dieser Beitragsentlastung bei den mittleren und niedrigeren Arbeitsentgelten sinken die Lohnneben- und Arbeitskosten bei den weniger qualifizierten Arbeitskräften, die einen überdurchschnittlichen Anteil an den Arbeitslosen einnehmen und beschäftigungspolitische Anreize besonders benötigen. Die alleinige Anhebung der Versicherungspflichtgrenze führt allerdings zu keiner spürbaren fiskalischen Entlastung und damit auch zu keinen allokativen und/oder beschäftigungspolitischen Effekten (Wille, E. u. Igel, C. 2002).
- Da Personen mit einem Arbeitsentgelt über der geltenden Versicherungspflichtgrenze und der Neigung zum Wechsel in eine Versicherung mit risikoäquivalenten Beiträgen sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite der GKV überwiegend einer Gruppe von überdurchschnittlich guten Risiken angehören, kann die Begrenzung des Wechsels eine für die GKV ungünstige Risikoselektion einschränken. Allerdings erhalten die gesetzlichen Krankenkassen mit den Jugendlichen, die ins Erwerbsleben eintreten, auch gute Risiken von der PKV, die diese zuvor risikoäquivalent versicherte.
- Eine Risikoselektion erfolgt an dieser Grenze nicht nur dadurch, dass Versicherte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze im Durchschnitt gute Risiken darstellen, sondern auch durch die Möglichkeit einer Wahl zwischen GKV und PKV, die es z. B. in den Niederlanden nicht gibt.
- Die Gefahr einer Abwanderung von vergleichsweise guten Risiken zur PKV kann auch die Bemühungen um eine sinnvolle Einengung des Leistungskataloges in der GKV beeinträchtigen. Dies gilt vor allem dann, wenn die zur Diskussion stehenden Leistungen, wie z. B. alternative Medizin, in diesem Versichertensegment eine hohe Wertschätzung genießen.

152. Diesen positiven Aspekten stehen aber auch mehrere negative gegenüber:

- Die erhöhte Grenze zwingt zwar Versicherte mit höherem Arbeitsentgelt in die GKV, belässt aber Personen mit einem deutlich höheren Einkommen weiterhin ein Wahlrecht. Bezogen auf diese beiden Gruppen handelt es sich um eine verteilungspolitisch fragwürdige Lösung.
- Sofern die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze mit einem Wahlrecht für die bereits bei Einführung PKV-Versicherten einhergeht, erhalten Personen, die z. B. aufgrund der Familiengröße inzwischen schlechte Risiken darstellen, wieder Zutritt zur GKV und ziehen dadurch

aus intertemporaler Sicht ungerechtfertigte Vorteile. Zudem führt ihre (Wieder-)Eingliederung in die GKV für diese zu einer fiskalischen Belastung.

- Erhalten PKV-Versicherte ein Wahlrecht, profitiert die PKV bei diesen Wechslern zunächst von der mangelnden Portabilität der Altersrückstellungen, welche ihr dann quasi als Umstellungsgewinne zufallen.
- Eine Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze engt mittel- und langfristig betrachtet die Möglichkeit der PKV zur Gewinnung junger Versicherter ein und schwächt damit ihre finanzielle Grundlage. In Anbetracht der dadurch zu erwartenden Prämiensteigerungen meldete der Leiter der Versicherungsaufsicht bereits Bedenken gegen diese Maßnahme an (Financial Times vom 14. Juni 2002).
- Die Einbeziehung neuer Mitglieder, deren steigende Gesundheitsausgaben im Alter dann die Solidargemeinschaft im Zuge des Umlageverfahrens trägt, erhöht aufgrund der rückläufigen Geburtenzahlen mittel- und langfristig das demographische Risiko für die GKV (ähnlich Pimpertz, J. 2002).
- Privatversicherte und damit die PKV zahlen bei vielen Behandlungsarten für gleiche Leistungen höhere Preise bzw. Gebühren als die GKV. Eine Reduktion der PKV-Mitglieder geht daher mit Einnahmensenkungen auf Seiten der Leistungserbringer einher. Der Versuch einer Kompensation dieser Mindereinnahmen im Rahmen von erhöhten Forderungen bei Vergütungsverhandlungen liegt insofern nahe und erscheint zur Aufrechterhaltung einer qualifizierten Infrastruktur teilweise sogar erforderlich.
- Die Gefahr einer Abwanderung von freiwilligen Mitgliedern zur PKV erschwert zwar einerseits Neufassungen bzw. Einengungen des Leistungskataloges der GKV, schützt aber andererseits die Versicherten vor empfindlichen bzw. rationierenden Leistungseinschränkungen.
- Die Anhebung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze erhöht die Beitragsbelastung für die betroffene Gruppe im Grenzfall um fast 33,3 %. Diese Beitragserhöhung wirkt wie eine zusätzliche Steuerbelastung, denn ihr stehen mit Ausnahme des Krankengeldes keine Mehrleistungen seitens der Versicherung gegenüber. Zudem trifft die zusätzliche Beitragsbelastung jene Versicherten, die infolge des progressiven Einkommensteuertarifes bereits einen sehr hohen Grenzabgabensatz aufweisen.
- Da die Versicherungspflichtgrenze in den beiden letzten Jahrzehnten deutlich stärker anstieg als Löhne und Gehälter und sowohl Zahl als auch Anteil der freiwilligen Mitglieder in der GKV seit Beginn der neunziger Jahre spürbar zunahm (siehe oben unter 2.2.1.4), bietet die empirische Entwicklung keinen Anlass zur Erhöhung dieser Grenze.

Die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage

153. Wie bereits erwähnt setzt sich die Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV bei Pflichtversicherten im Wesentlichen aus Arbeitsentgelten und den Zahlbeträgen der Renten zusammen und umfasst nur bei freiwilligen Mitgliedern im Sinne der gesamten Leistungsfähigkeit alle Einkunftsarten. Während das Gesamteinkommen der Pflicht-

⁵⁵ Diese fiskalisch optimistische Variante unterstellt, dass die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze keine Abwanderung von freiwilligen Mitgliedern in die PKV auslöst. Andernfalls kann je nach Wechslerquote der fiskalische Saldo auch negativ werden.

mitglieder nach dem Zweiten Weltkrieg nahezu nur aus Arbeitsentgelt bestand, nahm in der Folgezeit mit steigendem Sozialprodukt pro Kopf auch die Sparfähigkeit breiter Bevölkerungsschichten zu. Da auch Erbschaften das Wachstum von Zins- und Mieteinkommen förderten, verfügen heute nicht nur freiwillige, sondern auch Pflichtversicherte teilweise über nennenswerte Nicht-Arbeitseinkommen. Insofern liegt es nahe, die eingeschränkte Beitragsbemessungsgrundlage bei Pflichtmitgliedern kritisch zu hinterfragen.

154. Für eine generelle Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage lassen sich folgende Argumente anführen:

- Die Gleichbehandlung von freiwilligen und Pflichtmitgliedern hinsichtlich der Finanzierungsbasis der GKV führt auch zu einer stärkeren Orientierung an der individuellen Leistungsfähigkeit, die die Richtschnur für Verteilungswirkungen bildet.
- Die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage belastet Mitglieder mit geringem Arbeitsentgelt aber erheblichen sonstigen Einkünften auch im Sinne einer zumutbaren Äquivalenz stärker. Bei diesen Mitgliedern, die derzeit eine sozial ungerechtfertigte Alimentierung erhalten, fehlt nämlich die soziale Schutzbedürftigkeit.
- Eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage kann verfassungsrechtlich problematische Ungleichbehandlungen von freiwillig und pflichtversicherten Mitgliedern abbauen und damit verfassungskonform finanzielle Mittel zur Deckung der Gesundheitsausgaben schöpfen.
- Die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage ermöglicht bei vollem (hälftigem) Beitragssatz auf die Nicht-Arbeitsentgelte unter den derzeitigen Gegebenheiten⁵⁶ eine Reduktion der Beitragssätze um schätzungsweise 0,36 (0,18) Beitragssatzpunkte (Breyer, F. et al. 2001; Wille, E. u. Igel, C. 2002). Mit dieser Senkung der Lohnnebenkosten geht auch eine Abschwächung der konjunkturellen Abhängigkeit der GKV einher, da Nicht-Arbeitseinkommen im Zeitablauf vergleichsweise stetiger fließen.
- Da vor allem ältere Menschen über erhöhte Zinseinkommen und Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung verfügen, verringert die generelle Einbeziehung dieser Einkunftsarten in die Beitragsgestaltung die intergenerative Umverteilung innerhalb der GKV. Eine leichte Abschwächung dieser Umverteilungskomponente erscheint vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der steigenden Lebenserwartung aber nicht nur berechtigt, sondern im Sinne einer intergenerativen Gerechtigkeit sogar geboten. Die geltenden Umlagesysteme innerhalb der Sozialversicherung privilegieren die derzeit ältere und diskriminieren die heute junge Generation.
- Da Zinseinkommen in Zukunft eine verstärkte Rolle im Einkommensportfolio vor allem älterer Menschen spielen, stellt die einheitliche Berücksichtigung dieser Ein-

⁵⁶ Die betreffenden Simulationen unterstellen, dass sich dadurch die Mitgliederzahl in der GKV nicht verändert und gehen implizit weitgehend von den derzeit deklarierten Zinseinkommen in Höhe von ca. 50 % der tatsächlichen Kapitalerträge aus.

kunftsart im Rahmen der Beitragsbemessung auch einen Schritt in Richtung einer fiskalisch solideren Absicherung des Krankheitsrisikos dar.

155. Es existieren aber auch Argumente, die eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage in Frage stellen:

- Bei einer Erweiterung der beitragspflichtigen Einnahmen unter gleichzeitiger Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze besitzen nur Einkünfte Beitragsrelevanz, welche diese Grenze nicht überschreiten. Dies führt partiell zu regressiven Verteilungswirkungen, da nur für Mitglieder mit einem Arbeitsentgelt unterhalb dieser Grenze eine zusätzliche Beitragsbelastung anfällt. Diese regressiven Effekte gehen allerdings letztlich nicht auf eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage, sondern auf die Existenz der Beitragsbemessungsgrenze zurück⁵⁷.
- Durch eine Beitragsbelastung der Zinseinkünfte besteht die Gefahr eines verstärkten Anreizes zur Kapitalflucht und den damit einhergehenden negativen Auswirkungen auf den inländischen Markt.
- Eine Erweiterung der Einkunftsarten unter Beibehaltung der Versicherungspflichtgrenze könnte je nach rechtlicher Ausgestaltung bisher Pflichtversicherten die Möglichkeiten bieten, in die PKV abzuwandern. Dadurch würden der GKV fiskalische Nachteile entstehen, da es sich bei den Abwandernden wahrscheinlich um relativ gute Risiken handeln dürfte⁵⁸.
- Bei Zinseinkünften gestaltet sich die Erfassung der beitragspflichtigen Einnahmen offensichtlich schwieriger als bei Arbeitsentgelten, so dass die Beitragsbemessung einen höheren Verwaltungsaufwand erfordert. Infolge des Risikostrukturausgleiches, der die Einnahmenseite weitgehend ausgleicht, besitzen die Krankenkassen auch nur ein geringes Interesse daran, hinsichtlich der Zinseinkünfte ihrer Mitglieder Nachforschungen anzustellen⁵⁹.
- Die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten verringert den relativen Anteil der Arbeitsentgelte und damit der Arbeitgeberbeiträge, was Probleme hinsichtlich der paritätischen Besetzung der Selbstverwaltungsgremien aufwerfen kann. Sollten die Arbeitgeber aus diesen Gremien ausscheiden – was diese Reformoption allerdings nicht zwingend erforderlich macht –, so besteht die Befürchtung, dass ihr Interesse an Rationalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen schwindet.
- Im Unterschied zur Einkommensbesteuerung orientiert sich die Beitragsgestaltung, was auch ihrem Versiche-

⁵⁷ Die gleichen regressiven Effekte treten z. B. auch auf, wenn Mitglieder mit einem Arbeitsentgelt unterhalb und oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze in den Genuss einer Lohnerhöhung kommen.

⁵⁸ Dies ließe sich z. B. dadurch vermeiden, dass man die Versicherungspflicht in der GKV weiterhin an das Arbeitsentgelt knüpft. Eine weitere Variante stellt die Kombination aus einer Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und einer Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV dar.

⁵⁹ Ein Beitragseinzug durch eine neutrale Institution – nicht zwangsläufig identisch mit dem Finanzamt – könnte diese und ähnliche wettbewerbliche Anreizprobleme lösen.

rungscharakter entspricht, am sog. Bruttoprinzip, das keine Aufrechnung der Einnahmen mit Werbungskosten oder sonstigen Belastungen erlaubt. Das Festhalten am Bruttoprinzip könnte bei den Einkünften aus Vermietung und Verpachtung Probleme bereiten⁶⁰.

156. Diese Argumente für und wider eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage besitzen allerdings unter Zielaspekten nicht alle die gleiche gesundheitspolitische Relevanz. So stellt ein Argument gegen die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage auf die Gefahr der regressiven Verteilungswirkungen ab, da diese Maßnahme nur solche Mitglieder belastet, deren Arbeitsentgelt bzw. Rente unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Vor dem Hintergrund empirischer Ergebnisse zeigt sich jedoch (Wille, E. u. Igel, C. 2002), dass die Gruppe der pflichtversicherten Rentner dabei die Hauptlast trägt. Diese Reformoption erzeugt insofern positive Verteilungseffekte sowohl im Mitgliedersegment unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze im Sinne der horizontalen Gerechtigkeit als auch im Längsschnitt in intergenerativer Hinsicht. Mit Blick auf die bestehende Beitragspflicht bei freiwillig versicherten Mitgliedern (bis zum Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze) sprechen auch Argumente der Gleichbehandlung für diese Reformoption.

157. Die Gefahr einer verstärkten Kapitalflucht scheint in diesem Zusammenhang überzeichnet, da auch für den Kreis der jetzt freiwillig versicherten Selbständigen diese Einkünfte der Beitragspflicht unterliegen. Mit dem Ziel einer Verwaltungsvereinfachung und zur Entlastung von Kleinsparern bietet sich die Einführung eines Freibetrages oder einer Freigrenze an, was allerdings je nach deren Höhe den fiskalischen Ertrag dieser Reformalternative verringert. Zudem gilt es bei dem Einwand eines erhöhten Verwaltungsaufwands zu berücksichtigen, dass die erwähnten Erhebungsprobleme schon heute nicht nur bei den freiwilligen Mitgliedern, sondern auch bei den beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen sowie den sog. Härtefällen existieren und auch künftig bei allen Versicherten entfallen, deren Arbeitsentgelt bzw. Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze erreicht. Das Sozialgesetzbuch schreibt bei den ersten drei Personengruppen für die Beitragsbemessung bzw. Einstufung eindeutig die Berücksichtigung der gesamten Leistungsfähigkeit vor.

158. Sollten die Finanzämter künftig über die Zinserträge eine größere Transparenz erhalten oder Deutschland eine Zinsabschlagsteuer mit befreiender Wirkung einführen, dürfte sich die entsprechende Beitragsbemessung mit einem geringeren Verwaltungsaufwand bewältigen lassen. Angesichts der Beitragsbemessungsgrenze und dem proportionalen Tarif bestehen im Rahmen der Beitragszahlung wesentlich geringere Anreize zur Steuerflucht bzw. -hinterziehung als bei der Einkommensteuer. Wenn die Chancen und/oder die Anreize zur Steuerflucht bzw. -hinterziehung im Rahmen der Einkommensteuer abnehmen, steigen auch die Aussichten, über eine Erweiterung der Beitragsbemessungs-

grundlage ein höheres Beitragssatzsenkungspotential als die ermittelten 0,36 Beitragssatzpunkte zu erzielen.

Die beitragsfreie Mitversicherung

159. Wie bei den allokativen und distributiven Schwächen der geltenden Beitragsgestaltung dargelegt, belastet die derzeitige Beitragsbemessung Zweiverdienerfamilien bei gleichem oder gar niedrigerem Arbeitsentgelt bzw. Einkommen im Grenzfall doppelt so hoch wie eine Familie mit einem erwerbstätigen Partner. Um diese distributiven Verwerfungen zu beseitigen bzw. abzuschwächen, bietet es sich an, die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen, die über kein beitragsrelevantes eigenes Einkommen verfügen, neben den Kindern auf Ehepartner zu beschränken, die Kinder erziehen – schwächere Alternative: erzogen haben – oder häusliche Pflegedienste leisten. Die Beitragsbemessung des nicht berufstätigen Partners könnte dabei auf folgende Weise erfolgen (SB 1994, SG 1995, 1997):

- Zahlung eines Mindestbeitrages entsprechend einem Arbeitsentgelt in Höhe der unteren Versicherungspflichtgrenze,
- Splitting des gemeinsamen Arbeitsentgeltes bzw. Einkommens mit anschließender Anwendung des hälftigen Beitragssatzes auf beide Entgeltteile und
- Option, sich für eine der beiden Varianten zu entscheiden.

Von diesen und anderen Varianten⁶¹ entspricht das Splittingverfahren, das eine Senkung der Beitragssätze um etwa 0,7 bis 0,9 Prozentpunkte erlauben würde (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002, Ziffer 514), am besten der Systematik und der solidarischen Intention der geltenden Beitragsgestaltung. Es führt z. B. zu keiner zusätzlichen Belastung für eine Familie, bei der das Arbeitseinkommen des erwerbstätigen Partners unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Das Splittingverfahren belastet im Vergleich zur geltenden Beitragsgestaltung nur Familien stärker, in denen das Arbeitsentgelt des erwerbstätigen Partners die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt, und solche, bei denen das Arbeitsentgelt des einen Partners die Beitragsbemessungsgrenze über- und das des Partners diese unterschreitet. Dagegen differenziert die Entrichtung eines Mindestbeitrages nicht nach der Höhe des gesamten Familienentgeltes bzw. -einkommens, so dass sich diese Variante unter distributiven Aspekten nur als zusätzliche Option anbietet. Von dieser Option dürften vor allem Familien Gebrauch machen, bei denen das Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze deutlich übertrifft. Sofern die Versicherten die Option besitzen, zwischen dem Splittingverfahren und dem Mindestbeitrag zu wählen, besteht auch kaum die Gefahr, dass sie wegen dieser zusätzlichen Belastung zur PKV abwandern. In dem Lohn- und Gehaltssegment, das deutlich über der Beitragsbemessungsgrenze liegt, dürften vergleichsweise ältere Versicherte dominieren, für die ein Wechsel zur PKV kaum Vorteile bietet.

⁶⁰ Im Unterschied zu den Zinseinkünften spielen die Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie aus selbständiger Tätigkeit hier allerdings quantitativ kaum eine Rolle. Eine Verrechnung mit Verlusten aus anderen Einkunftsarten sollte auf jeden Fall ausgeschlossen bleiben.

⁶¹ So schlagen z. B. Busch, S. et al. (1996) für den nicht erwerbstätigen Partner eine Beitragszahlung in Höhe von 50 % des Beitrags des entsprechenden Mitglieds vor.

2.3.7 Interdependenzen zwischen den Reformoptionen

160. Die einzelnen adaptiven Reformoptionen, die bei sich abzeichnenden Budgetdefiziten der GKV zur Diskussion stehen, können je nach Zielsetzung sowohl komplementäre Instrumente als auch konkurrierende Alternativen darstellen. Eine komplementäre Kombination von mehreren Reformoptionen bietet sich an, wenn es erhebliche Budgetdefizite zu finanzieren bzw. ihnen vorzubeugen gilt. Bei Wahrung der Beitragssatzstabilität dürfte die Finanzierung erheblicher Budgetdefizite eine einzelne Reformoption, wie z. B. die Erhöhung der Selbstbeteiligung oder die Einengung des Leistungskataloges, überfordern, da sie dort drastische Einschnitte voraussetzt und deshalb auch kaum politische Akzeptanz findet. Ein kombinierter Einsatz von Elementen mehrerer Reformoptionen empfiehlt sich ebenfalls, wenn die politischen Entscheidungsträger bei der derzeitigen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in der GKV eine deutliche Senkung der Beitragssätze anstreben. Eine deutliche Senkung der Beitragssätze, die auf den Einsatz von Elementen mehrerer Reformoptionen zurückgeht, besitzt zudem den Vorzug, dass den Mehreinnahmen und/oder Minderausgaben, die für die Versicherten bzw. Patienten mit Belastungen einhergehen, auch Entlastungen bei der Beitragszahlung entgegenstehen. So schwächt sich z. B. die Belastung durch eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkünfte, wie z. B. Zinsen, ab, wenn der Beitragssatz im Zuge einer umfassenden Reform spürbar sinkt. Schließlich spricht für einen kombinierten Einsatz von Elementen mehrerer Reformoptionen neben dem stärkeren Beitragssatzeffekt die größere Chance, die damit verbundenen Belastungen gleichmäßiger zu verteilen.

161. Zwischen den Reformoptionen Einengung des Leistungskataloges und Erhöhung der Selbstbeteiligung existieren besonders enge Beziehungen. Im Extremfall einer hundertprozentigen Selbstbeteiligung entspricht diese materiell einem völligen Ausschluss aus dem Leistungskatalog. Diese Konstellation tritt auch im Bereich der GKV ein, wenn z. B. der Preis eines Arzneimittels die packungsgrößenabhängige Zuzahlung von 4, 4,5 und 5 Euro nicht überschreitet. Die entsprechenden Arzneimittel gehören zwar dann formal zum Leistungskatalog der GKV, die Versicherten müssen aber, sofern keine Befreiung von der Zuzahlung vorliegt, wie bei ausgeschlossenen Leistungen die vollen Kosten tragen. Für den Versicherten kann auch bei einer hohen Selbstbeteiligungsrate – so erstattet z. B. die französische gesetzliche Krankenversicherung bei bestimmten Arzneimitteln nur 35 % – eine ähnliche Situation entstehen. Verzichtet er wegen der für ihn prohibitiven Selbstbeteiligung auf die Leistung, bewirkt die Selbstbeteiligung einen faktischen Leistungsausschluss.

Von der Selbstbeteiligung gehen aber nicht nur Effekte auf Existenz und Ausmaß der Leistungsgewährung und -anspruchnahme aus, entsprechende Wirkungen verlaufen auch in umgekehrter Richtung. Jeder Leistungsausschluss bedeutet nämlich für alle Versicherten, die auf diese Leistung nicht verzichten möchten, eine hundertprozentige Selbstbeteiligung. Positivlisten, die aus welchen Gründen auch immer das Leistungsspektrum einengen, bewirken in dem Umfang, in dem sie die Selbstmedikation erhöhen, einen Anstieg der Selbstbeteiligung. Aus dieser Perspektive erscheint es nicht ganz konsistent, Selbstbeteiligungen aus so-

zialpolitischen Gründen grundsätzlich abzulehnen, Positivlisten aber prinzipiell zu befürworten. Dieser Widerspruch und die damit einhergehende Problematik lösen sich nur dann auf, wenn sich der jeweilige Leistungsausschluss nachweislich auf therapeutisch unwirksame oder solche Leistungen beschränkt, für die es preisgünstigere Alternativen mit zumindest ähnlicher Wirksamkeit gibt.

162. Bei kleineren fiskalischen Problemen bilden die adaptiven Reformoptionen eher substitutive Alternativen, die zumindest zu einem bestimmten Zeitpunkt miteinander konkurrieren. Sofern die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger dem Postulat der Beitragssatzstabilität entsprechen möchten und die Alternativen Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Krankenversicherung sowie die Heranziehung von Verbrauchsteuern als inadäquate Alternativen ausscheiden, verbleiben neben der Daueraufgabe einer Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven noch als Reformoptionen:

- eine Verlagerung krankensicherungsfremder Leistungen auf andere Ausgabenträger,
- eine Reorganisation der Finanzierung innerhalb der Teilsysteme der Sozialversicherung,
- eine Einengung des Leistungskataloges,
- eine Erhöhung der Selbstbeteiligung sowie
- eine Änderung der Beitragsgestaltung.

Dabei lassen sich die ersten drei Optionen für die GKV unter fiskalischen Aspekten dahin gehend zusammenfassen, dass es für ihre finanzielle Situation keinen Unterschied macht, ob eine bestimmte Leistung gänzlich entfällt oder ihre Finanzierung auf einen anderen Ausgabenträger übergeht. Anders verhält es sich aus der Sicht bzw. Interessenlage der Versicherten bzw. Patienten, die eine Verlagerung der Finanzierung bestimmter Leistungen auf andere öffentliche Ausgabenträger Leistungskürzungen offensichtlich vorziehen. Gegenüber einer Einengung des Leistungskataloges und einer Erhöhung der Selbstbeteiligung besitzt eine Änderung der Beitragsgestaltung den Vorzug, nicht primär die Patienten, sondern die Versicherten stärker zu belasten. Diese Feststellung könnte prima vista nahelegen, zunächst mit der Reformoption Beitragsgestaltung zu beginnen und andere Handlungsmöglichkeiten erst dann zu erwägen, wenn sich umfangreichere Budgetdefizite in der GKV abzeichnen. Abgesehen davon, dass jedes Reformelement bei isolierter Betrachtung auch Nachteile aufweist, erlaubt, wie oben bereits erwähnt, die Kombination von Elementen mehrerer Reformoptionen neben einer größeren fiskalischen Ergiebigkeit auch eine ausgewogenere Belastung.

163. Schließlich bestehen auch komplementäre Beziehungen zwischen den meisten adaptiven Reformoptionen und den alternativen Gesundheitssystemen. Die meisten adaptiven Reformoptionen tragen – wenn auch nicht in diesem Ausmaß, aber – zumindest tendenziell zur Realisierung jener Ziele bei, die bei den alternativen Gesundheitssystemen im Mittelpunkt der Bestrebungen stehen. So besteht der Vorzug kapitalgedeckter Finanzierungssysteme in intergenerativer Hinsicht darin, keine implizite Staatsschuld aufzubauen und bei demographischem Wandel keine verteilungspolitischen Generationsprobleme auszulösen. Die adaptiven Reformoptionen

- Verlagerung krankensicherungsfremder Leistungen auf andere Ausgabenträger, die diese Leistungen dann über Steuern oder kapitalgedeckt finanzieren,
- Einengung des Leistungskataloges und/oder Erhöhung der Selbstbeteiligung sowie
- Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und/oder Einführung eines Splitting-Verfahrens im Rahmen der Mitversicherung von Familienmitgliedern

reduzieren die implizite Staatsschuld und schwächen damit die intergenerativen Verteilungsprobleme etwas ab.

164. Die obigen adaptiven Reformoptionen führen bei gegebenem Ausgabenvolumen auch zu einer Senkung des Beitragssatzes und der Lohnnebenkosten. Sie dienen damit zwar nicht mit der gleichen Konsequenz, aber gleichwohl in der Tendenz dem auch mit fixen Pro-Kopf-Beiträgen verfolgten Ziel, die Gesundheitsausgaben von den Lohnnebenkosten abzukoppeln. Dies zeigt sich im Rahmen der Beitragsgestaltung ganz deutlich beim Splitting-Verfahren, das den nicht berufstätigen Ehepartner unter bestimmten Bedingungen ebenfalls mit einem Beitrag belastet, aber auch bei der Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage. Es spielt nämlich bei den festen Kopfbeiträgen ebenfalls keine Rolle, ob der Versicherte diese aus Arbeitsentgelt, Zinsen, Vermögen oder anders finanziert.

165. Die Diskussionen um das Pro und Contra einzelner Reformoptionen leiden vielfach an einer isolierten Betrachtungsweise, die bestimmte Reformoptionen ohne Bezug zu ihren realen Alternativen beurteilt. Eine isolierte Betrachtung von Vor- und Nachteilen einer Alternative führt fast zwangsläufig zu einer Verwerfung nahezu jeder Reformoption, denn per se bilden z. B. weder die Einengung des Leistungskataloges, noch die Erhöhung der Selbstbeteiligung oder die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage attraktive gesellschaftspolitische Maßnahmen. Da aber ein drohendes Budgetdefizit zwangsläufig eine (zusätzliche) Finanzierung erfordert, erscheint nur eine vergleichende Bewertung dieser Reformoptionen ziel- und problemadäquat. Vor dem Hintergrund drohender Budgetdefizite kann es nicht um das isolierte Pro und Contra einer Einengung des Leistungskataloges, einer Erhöhung der Selbstbeteiligung oder einer Modifikation der Beitragsgestaltung gehen, sondern um einen differentiellen Vergleich dieser Reformoptionen mit konkurrierenden Alternativen, wie z. B. steigender Beitragssätze und einer Verschärfung der impliziten Ratio- nierung.

2.4 Fazit und Empfehlungen

166. Steigende Beitragssätze und auch künftig drohende Budgetdefizite rücken derzeit Überlegungen zu einer Reform der GKV und der Gesundheitsversorgung insgesamt in den Mittelpunkt sozial- und wirtschaftspolitischer Diskussionen. Um zu vermeiden, dass sich die anstehenden Reformmaßnahmen wieder, wie in der Vergangenheit häufig geschehen, in reinen Kostendämpfungsmaßnahmen erschöpfen, stellte der Rat einige Anmerkungen zu den gesundheitspolitischen Zielen und hier insbesondere zur Rolle des Solidaritätsprinzips an den Beginn seiner Überlegungen. Er erinnert deshalb daran, dass Gesundheitsleistungen

- nicht nur die gesundheitlichen Outcomes verbessern und damit die Lebenserwartung und -qualität steigern, sondern auch
- Arbeitsplätze schaffen,
- das Wachstum des realen Sozialproduktes erhöhen sowie
- Produktivitäts- und Kapazitätseffekte erzeugen und damit das Humankapital quantitativ und qualitativ erweitern können.

Ausprägung und Bedeutung des Solidarprinzips

167. Bei der Suche nach geeigneten Reformmaßnahmen spielen im Rahmen einer zielorientierten Betrachtung das Solidarprinzip und im weiteren Sinne auch ethische Kriterien insofern eine Rolle, als Maßnahmen zur Budgetkonsolidierung der GKV mit Ausnahme einer Finanzierung von Leistungen durch andere Ausgabenträger zwangsläufig mit diskretionären Ausgabenkürzungen und/oder Einnahmenerhöhungen einhergehen. Die Reformoptionen gilt es deshalb unter fiskalischen, allokativen und distributiven Aspekten zu analysieren und gegeneinander abzuwägen. Dabei besteht ein Element des Solidarprinzips in der GKV darin, dass die Leistungsgewährung mit Ausnahme des Krankengeldes völlig unabhängig von den Beitragszahlungen der Versicherten erfolgt. Dies bedeutet, dass die Wirkung des Solidarprinzips mit einer Einengung des Leistungskataloges abnimmt, denn diese Maßnahme belastet Versicherte mit geringerem Einkommen relativ stärker, d. h. sie wirkt verteilungspolitisch regressiv. Anders verhält es sich bei einem starken Wandel der demographischen Struktur in intergenerativer Hinsicht, denn dann können infolge des Umlageverfahrens heutige Leistungskürzungen und/oder Erhöhungen der Selbstbeteiligung zur Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Generationen beitragen.

168. Das Schwergewicht des Solidarprinzips liegt in der GKV auf der Finanzierungsseite und besteht in Form einer Ex-ante-Umverteilung von

- niedrigen zu hohen Gesundheitsrisiken (Risikoausgleich),
- Beziehern höherer Arbeitsentgelte zu solchen mit niedrigeren Löhnen und Gehältern (Einkommensumverteilung),
- von Alleinstehenden zu kinderreichen Familien (Familienlastenausgleich) sowie
- von jungen zu alten Versicherten (Generationenausgleich).

Diese Umverteilungselemente sowie der Kontrahierungszwang und das Diskriminierungsverbot unterscheiden die GKV in verteilungspolitischer Hinsicht von der PKV.

Wie mehrere Umfragen in den letzten Jahren belegen, erfährt das Solidarprinzip in Wahrnehmung und Bewertung seiner distributiven Wirkungen in der Bevölkerung eine breite Akzeptanz und eine hohe Wertschätzung. Die jeweiligen Zustimmungsqoten erreichen bei den distributiven Dimensionen Risikoausgleich, Einkommensumverteilung und Generationenausgleich ca. 80 % und liegen lediglich beim Familienlastenausgleich mit 60 % spürbar niedriger. Diese hohe Zustimmung teilen fast ohne Abstriche auch jene Versicherten, die sich im Hinblick auf die jeweilige Umverteilung

lungsdimension in der Position des Nettozahlers befinden. Über die grundsätzliche Zustimmung zum Solidarprinzip hinaus zeigen die Befunde der Umfragen, dass die Mehrheit der Versicherten eher eine Bereitschaft besitzt, höhere Beitragsätze zu entrichten, als Einengungen des Leistungsspektrums bzw. Abstriche an der Versorgungsqualität hinzunehmen.

Die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis

169. Die Finanzierungsbasis der GKV, die im Wesentlichen aus Arbeitseinkommen und Rentenzahlungen besteht, leidet seit Beginn der achtziger Jahre an einer Wachstumsschwäche. So blieben die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in den alten Bundesländern zwischen 1980 und 2000 im Wachstum um 31 Prozentpunkte hinter dem BIP je Erwerbstätigem zurück. Die quantitative Bedeutung dieser Wachstumslücke für das Beitragsaufkommen verdeutlicht eine fiktive Berechnung, die unterstellt, dass die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in diesem Zeitraum mit der Steigerungsrate des BIP je Erwerbstätigem zugenommen hätten. Diese fiktive Berechnung weist für das Jahr 2000 um 16,7 % höhere beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied aus, was fiktiven Mehreinnahmen von 35,6 Mrd. DM entspricht. Mit Hilfe dieser fiktiven Mehreinnahmen ließen sich die gegebenen Ausgaben bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von knapp 11,6 % decken. Dieser fiktive Beitragssatz weicht in seiner Größenordnung unwesentlich von den tatsächlichen Beitragssätzen der Jahre 1980 bis 1984 ab.

170. Die Lohnquote dient häufig als Indikator für den Anteil, mit dem die Arbeitnehmer am wirtschaftlichen Erfolg einer Volkswirtschaft teilhaben. Sie spiegelt jedoch nur sehr eingeschränkt die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen wider, denn diese enthalten im Unterschied zur Lohnquote auch die Rentenzahlungen und weisen eine Beitragsbemessungsgrenze auf. Andererseits beinhaltet die Lohnquote die Bruttoeinkommen von Beamten und Soldaten sowie die gesetzlich vorgeschriebenen und die freiwilligen Sozialkosten der Arbeitgeber. Infolge dieser Unterschiede lässt sich nicht ausschließen, dass die – im Vergleich zur Steigerung des BIP – relative Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied künftig selbst bei konstanter oder sogar leicht zunehmender Lohnquote anhält.

171. Neben dem unterdurchschnittlichen Anstieg der Arbeitsentgelte der Mitglieder kann die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in der GKV auch in einer Veränderung ihrer Mitgliederstruktur wurzeln. Dies betrifft vor allem die Entwicklung der jeweiligen Anteile von beitragsfrei Mitversicherten, von Rentnern, von Arbeitslosen und von freiwillig versicherten Mitgliedern. Dabei zeigt bereits eine kursorische empirische Analyse, dass neben der unterproportionalen Steigerung der Arbeitsentgelte die steigende Arbeitslosenzahl für die Wachstumsschwäche in der GKV verantwortlich zeichnet. Daneben trugen ein leicht zunehmender Anteil von Rentnern und diverse Verlagerungen von Defiziten zwischen den Teilen der Sozialversicherung dazu bei, dass die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im Wachstum deutlich hinter dem BIP je Erwerbstätigem zurückblieben. Die Entwicklung der beitragsfrei Mitversicherten, d. h. die je Beitragszahler zu finanzierenden Versicherten, führte dagegen nicht zu einer Schwächung der Finanzierungsbasis und vom zunehmenden Anteil der frei-

willig versicherten Mitglieder gingen sogar leicht gegenläufige bzw. fiskalisch stabilisierende Effekte aus.

172. Ein Blick auf die zentralen Determinanten, die auf die Einnahmenbasis der GKV einwirken, lässt befürchten, dass das relativ bescheidene, d. h. zur Steigerung des BIP unterproportionale Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied bei gegebener Beitragsgestaltung noch auf absehbare Zeit anhält. Die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis geht nicht nur auf konjunkturelle Einflussfaktoren, die zu einer geringen Zunahme von Löhnen und Gehältern, zu einer hohen Arbeitslosenzahl und zu vorgezogenen Verrentungen führen, sondern auch auf eher strukturelle Faktoren zurück. Hierzu zählen u. a.

- der Druck auf die Arbeitsentgelte, insbesondere in den unteren Lohngruppen, infolge der Globalisierung,
- veränderte Arbeitsverhältnisse bzw. Berufskarrieren (z. B. unstete Beschäftigung, nicht versicherungspflichtige Dienst- und Werkverträge),
- die Zunahme von nicht versicherungspflichtigen Teilen des Arbeitsentgeltes, vor allem durch Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge,
- eine weitere Flucht in die illegale Schattenwirtschaft und Intensivierung der (legalen) Eigenwirtschaft bzw. Haushaltsproduktion sowie
- eine längere Lebens- und damit Rentenbezugszeit.

173. Trotz noch vorhandener beachtlicher Rationalisierungspotentiale dürften angesichts der zu erwartenden Entwicklung der Finanzierungsbasis die Beitragseinnahmen der GKV bei Wahrung der Beitragssatzstabilität ohne Reformmaßnahmen kaum ausreichen, um künftig auch nur bescheidene ausgabenseitige Herausforderungen zu bewältigen. Dabei stellen der Befund einer konjunkturellen und strukturellen Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in der GKV und der Hinweis auf die vom Rat vielfach betonten Effizienz- und Effektivitätsreserven des Systems keine widersprüchlichen Thesen dar. Die Beschäftigung mit Reformoptionen auf der Einnahmen- bzw. Finanzierungsseite verfolgt keineswegs den Zweck, von den Wirtschaftlichkeitsreserven der derzeitigen Gesundheitsversorgung abzulenken. Umgekehrt vermag der Hinweis auf bestehende Unter-, Über- und Fehlversorgung die anstehenden Finanzierungsprobleme kurzfristig nicht zu lösen und auch mittelfristig nur abzumildern.

Die Ausgabenentwicklung und ihre Determinanten

174. Die Entwicklung der Leistungsausgaben in der GKV seit Mitte der siebziger Jahre liefert keinen empirischen Beleg für eine „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen. Das Verhältnis zwischen den Leistungsausgaben der GKV und dem BIP blieb in den alten Bundesländern von 1975 bis 2000 nahezu konstant. Diese Konstanz stellte sich allerdings nicht automatisch als endogene Entwicklung ein, sondern bildete das Resultat zahlreicher sog. Kostendämpfungsmaßnahmen bzw. Gesundheitsreformen. Ohne diese diskretionären staatlichen Eingriffe wäre der Anteil der GKV-Leistungsausgaben am BIP zweifellos deutlich angestiegen. Die GKV befindet sich insofern zwischen einer Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis und einer Ausgabendynamik, die ohne staatliche Regulierungen bzw.

Reformen dahin tendiert, über der Steigerungsrate des BIP zu liegen.

175. Derzeit sprechen nahezu alle Anzeichen dafür, dass sich dieser Trend, d. h. die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis und eine die Zunahme des BIP übersteigende Ausgabendynamik fortsetzt. Die GKV steht damit vor folgendem Dilemma: Entweder orientieren sich ihre Ausgaben am Wachstum des BIP, dann steigen zwangsläufig die Beitragssätze. Stabile Beitragssätze setzen andererseits voraus, dass die GKV-Ausgaben schwächer zunehmen als das BIP. Die erste Alternative führt bei den Arbeitgebern zu einer Erhöhung der Lohnnebenkosten und bei den Arbeitnehmern zu einer Verminderung ihres verfügbaren Einkommens. Die zweite Alternative engt vor allem bei einer wenig prosperierenden Wirtschaftsentwicklung, die schon mit einem bescheidenen Wachstum des realen BIP einhergeht, den Finanzierungsspielraum der GKV stark ein.

176. Der empirische Befund, dass die Gesundheitsausgaben in den letzten Jahrzehnten nahezu weltweit stärker anstiegen als das jeweilige BIP, deutet neben allokativen Steuerdefiziten auf grundlegende nationenübergreifende Determinanten der Gesundheitsausgaben hin. Diese lassen sich unbeschadet von Wechselwirkungen in angebots- und nachfrageseitige Einflussgrößen einteilen. Zu den angebotsseitigen Determinanten, die auf die Gesundheitsausgaben einwirken, gehören vor allem die angebotsinduzierte Nachfrage, der medizinisch-technische Fortschritt, der sog. negative Preisstruktureffekt und der zunehmende Hang zu einer sog. Defensivmedizin. Relevante nachfrageseitige Einflussgrößen stellen insbesondere der demographische Strukturwandel, die Veränderung des Krankheitspektrums, die gestiegene Anspruchshaltung der Bürger und der Anreiz zu einer übermäßigen Inanspruchnahme bzw. *moral hazard* dar. Von diesen angebots- und nachfrageseitigen Determinanten finden derzeit der medizinisch-technische Fortschritt und die demographische Ausgabenkomponente in Wissenschaft und Politik die größte Beachtung. Während sich die künftigen Ausgabeneffekte des demographischen Strukturwandels zumindest in Grenzen abschätzen lassen, unterliegen Prognosen zu den Effekten des medizinisch-technischen Fortschritts, der im Prinzip sowohl ausgabenerhöhend wie -senkend wirken kann, der größeren Unsicherheit.

Die Sozialabgabenbelastung im internationalen Vergleich

177. Die gesetzlich verankerte Beitragssatzstabilität in der GKV gewinnt wirtschaftspolitisch noch insofern an Bedeutung, als die GRV und die soziale Pflegeversicherung künftig ebenfalls vor beachtlichen fiskalischen Herausforderungen stehen. Steigende Beiträge zur Sozialversicherung behindern über höhere Lohnnebenkosten u. a. den Strukturwandel in Richtung des beschäftigungsintensiven Dienstleistungssektors, setzen Anreize zur Flucht in die Schattenwirtschaft und beeinträchtigen die internationale Wettbewerbsfähigkeit. Allerdings existiert über die Effekte, die von höheren Beitragssätzen zur Sozialversicherung auf die Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung ausgehen, keine gesicherte empirische Evidenz. In diesem Kontext gilt es zudem auch zu beachten, dass der Gesundheitssektor einen relevanten Wirtschafts- und Wachstumssektor darstellt, der angesichts seiner überdurchschnittlichen Dienstleis-

tungs- bzw. Arbeitsintensität erhebliche Wirkungen auf dem Arbeitsmarkt entfaltet. Dabei eröffnet vor allem die begrenzte Möglichkeit, im Rahmen der Gesundheitsversorgung Arbeit durch Kapital zu substituieren, in einem wachsenden Gesundheitsmarkt Beschäftigungschancen. Das Bemühen der Gesundheitspolitik um stabile Beitragssätze und damit auch um Ausgabenbegrenzung bildet insofern immer eine Gratwanderung zwischen den Entzugseffekten, die steigende Beitragssätze vornehmlich außerhalb des Gesundheitssektors bei Konsumenten und Investoren verursachen, und den positiven Wirkungen, die Gesundheitsausgaben und die mit ihnen finanzierten Leistungen erzeugen. Diese Feststellung soll keinesfalls als Alibi für ineffiziente Produktionen und/oder ineffektive Maßnahmen im Gesundheitswesen dienen und damit auch nicht über vorhandene Rationalisierungsreserven hinwegtäuschen.

178. Die Wirkungen, die von einer hohen und steigenden Sozialabgabenbelastung auf die internationale Wettbewerbsfähigkeit eines Landes ausgehen, hängen auch davon ab, wie die entsprechende Entwicklung in ökonomisch konkurrierenden Ländern verläuft. Dabei unterschritt die deutsche Abgabenquote, d. h. die Summe aus Steuern und Sozialabgaben in Relation zum BIP, von einem hohen Niveau in den sechziger und siebziger Jahren ausgehend den EU-Durchschnitt bereits 1981/1982 und näherte sich bis 1990 dem OECD-Durchschnitt. Nach einer überwiegend vereinigungsbedingten Zunahme zwischen 1991 und 1995 sank die deutsche Abgabenquote schon 1998 wieder auf den OECD-Durchschnitt. Die im Vergleich zu den Steuern relativ stärkere Zunahme der Sozialabgaben stellt ebenfalls keine deutsche Besonderheit dar, sondern tritt im gesamten EU- und OECD-Bereich auf. Dieser empirische Befund berücksichtigt zwar nicht die Struktur der Steuern, deutet aber auf aggregierter Ebene nicht auf internationale Standort- oder Wettbewerbsnachteile Deutschlands bei der Abgabenbelastung hin.

179. Schließlich zeigt ein Blick auf die Sozialabgaben nach Beitragszahlern im internationalen Vergleich, dass der deutsche Arbeitgeberanteil im Jahre 2000 sowohl hinter dem EU- als auch dem OECD-Durchschnitt deutlich zurückbleibt. Zudem weist er gegenüber den siebziger und achtziger Jahren eine sinkende Tendenz auf. Bezogen auf den Anteil am Bruttoinlandsprodukt liegt der deutsche Arbeitgeberanteil nur leicht, der Arbeitnehmeranteil jedoch deutlich über dem EU-Durchschnitt. Letzterer übersteigt das entsprechende OECD-Niveau allerdings deutlich. Insgesamt spricht ein internationaler Vergleich der gesamten Abgabensowie der Sozialabgabenquoten zumindest nicht für Wettbewerbsnachteile deutscher Unternehmen gegenüber europäischen Konkurrenten.

Gesundheitspolitische Reformoptionen im Überblick

180. Die gesundheitspolitischen Handlungsmöglichkeiten, die bei drohenden Budgetdefiziten zur Wahrung der Beitragssatzstabilität offenstehen, lassen sich grundsätzlich dahingehend unterscheiden, ob sie einen Übergang zu einem alternativen Gesundheitssystem darstellen oder ob sie als adaptive Reformoptionen in den Strukturen des geltenden Systems bleiben. Zu den alternativen Gesundheitssystemen gehören:

- die rein steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung,
- der Übergang zu einer Kapitaldeckung und

- die Finanzierung mit Hilfe von fixen Pro-Kopf-Beiträgen.

181. Als adaptive Reformoptionen bzw. -schritte bieten sich an:

- Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch strukturelle Reformen,
- Reorganisation der Finanzierung innerhalb der Teilsysteme der Sozialversicherung („Verschiebebahnhöfe“),
- Verlagerung von krankenversicherungsfremden Leistungen auf andere Ausgabenträger,
- Einengung des Leistungskataloges,
- Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Krankenversicherung im Rahmen der GKV entweder verpflichtend oder als staatlich geförderte private (Zusatz-)Versicherung,
- teilweise Steuerfinanzierung, z. B. durch Heranziehung von Verbrauchsteuern, z. B. auf Tabak und Alkohol,
- Ausweitung der Selbstbeteiligung der Patienten sowie
- Änderung der Beitragsgestaltung.

182. Von den alternativen Gesundheitssystemen steht ein Wechsel zu einer rein steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung derzeit zu Recht nicht zur Diskussion. Steuerfinanzierte Gesundheitssysteme besitzen gegenüber beitragsfinanzierten zwar Vorteile im Hinblick auf die Lohnnebenkosten und damit die Belastung des Faktors Arbeit, sie mindern aber die Gestaltungs- und Souveränitätsrechte der Bürger. Diese empfangen die Gesundheitsleistungen nicht mehr wie im geltenden System als anspruchsberechtigte Versicherte, sondern wie staatliche Transferempfänger. Zudem findet eine Einheitskasse, auf die eine steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung praktisch hinausläuft, in repräsentativen Umfragen eine klare Ablehnung und die Möglichkeit der Krankenkassenwahl eine überwiegende Zustimmung.

Der Übergang zu einer Kapitaldeckung

183. Die Vorschläge, zu einer kapitalgedeckten Finanzierung wie in der PKV überzugehen, zielen vornehmlich darauf ab, den künftigen Ausgabeneffekten zu begegnen, die aus dem zu erwartenden Wandel der Bevölkerungsstruktur erwachsen. Im Unterschied zur Alterssicherung kommt der Kapitaldeckung bei der Absicherung des Krankheitsrisikos jedoch eine deutlich geringere Bedeutung zu. Die Kapitaldeckung der PKV besitzt gegenüber der umlagefinanzierten GKV bei negativer Wachstumsrate der Bevölkerung im Hinblick auf die intergenerative Verteilungsgerechtigkeit zwar Vorzüge, diese erreichen aber bei weitem nicht die Relevanz wie die entsprechenden Unterschiede zwischen kapitalgedeckter Altersvorsorge und GRV. So wirken mit Ausnahme der demographischen Komponente alle Ausgabeterminanten der GKV, wie die Prämienanstiege belegen, auch auf die PKV ein. Zudem bedarf ein Übergang zur Kapitaldeckung sowohl einer Finanzierung der bisher durch die GKV aufgebrachtten gesundheitsunabhängigen Verteilungseffekte als auch einer Nachfinanzierung der Altersrückstellungen, was sich zusammen auf etwa 40 Mrd. Euro pro Jahr beläuft. Schließlich stellt eine kapitalgedeckte Finanzierung des Krankheitsrisikos unter Wettbe-

werbs- und Effizienzaspekten solange keine attraktive Alternative dar, wie die PKV im Falle eines beabsichtigten Versicherungswechsels keine individualisierten Altersrückstellungen mitzugeben vermag.

184. Für den Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Krankenversicherung, die das Umlageverfahren analog zur privaten Altersvorsorge auf freiwilliger Basis ergänzt, mangelt es innerhalb der GKV wegen der fehlenden individuellen Äquivalenz bzw. des einheitlichen Leistungsanspruchs an den entsprechenden Anreizen. Im Gegensatz dazu verfolgt die temporäre Bildung eines Kapitalstocks im Rahmen der GKV das Ziel, den künftig demographisch bedingten Beitragssatzanstieg in seiner kritischsten Phase abzuschwächen. Dies setzt allerdings für die nächsten Jahre höhere als ausgabendeckende Beitragssätze voraus, was aus konjunktur- und arbeitsmarktpolitischen Gründen nur in Verbindung mit beitragsatzsenkenden Reformmaßnahmen angezeigt erscheint. Zudem kann die interimsmäßige Bildung eines solchen Kapitalstocks nur dann ihren Zweck erreichen, wenn der demographisch bedingte Beitragssatzanstieg ebenfalls nur temporär bleibt, was vor allem einen Wiederanstieg der Geburtenrate impliziert.

Die Finanzierung über Kopfbeiträge

185. Die Finanzierung des Krankheitsrisikos mit Hilfe von fixen Pro-Kopf-Beiträgen entspricht als Umlageverfahren dem geltenden deutschen System mehr als die steuerfinanzierte oder kapitalgedeckte Gesundheitsversorgung. Im Unterschied zur GKV beschränkt sie allerdings die Solidarfunktion auf einen Ausgleich zwischen gesunden und kranken sowie jungen und alten Versicherten, d. h. sie beinhaltet keine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen und – mit Ausnahme von sozialpolitisch motivierten Zuschüssen zur Beitragsreduktion – keine Beiträge, die von der Höhe des Arbeitsentgeltes bzw. der Rente abhängen. Die Finanzierung mit festen Kopfbeiträgen trennt die Sicherstellung einer adäquaten Gesundheitsversorgung, die der sozialen Krankenversicherung obliegt, von den übrigen verteilungspolitischen Aufgaben, die dann in die Zuständigkeit der Steuer- und Transferpolitik fallen. Theoretisch betrachtet können die GKV und eine Finanzierung über fixe Kopfbeiträge ergänzt um distributive Maßnahmen die gleichen verteilungspolitischen Effekte erzielen. Hierzu bedarf es allerdings einer Transfersumme von jährlich 26 bis 28 Mrd. Euro.

186. Die Finanzierung über fixe Kopfbeiträge besitzt im Vergleich zur GKV den Vorzug, die Gesundheitsausgaben von den Arbeitskosten abzukoppeln. Sie entlastet damit den Faktor Arbeit und beseitigt die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis des geltenden Systems. Mit ihrer klaren Trennung von allokativen Gesundheitsaufgaben und verteilungspolitischen Funktionen stellt die Finanzierung über feste Kopfbeiträge ein überzeugendes wirtschaftspolitisches Konzept dar. Problematisch erscheinen die mit dem erheblichen Transferbedarf und seiner noch völlig offenen Finanzierung einhergehenden Friktionskosten. Die Betroffenen hegen in dieser Hinsicht nicht unberechtigte Zweifel, ob bei diesem Übergang die bisherigen distributiven Effekte angesichts der Haushaltslage der Gebietskörperschaften auch erhalten bleiben.

Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven

187. Von den adaptiven Reformoptionen steht die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven in normativer Hinsicht zweifellos an erster Stelle. Wie der Rat in seinem vorangegangenen Gutachten belegte, weist die deutsche Gesundheitsversorgung in Form von Über-, Unter- und Fehlversorgung noch ein beträchtliches, unzureichend ausgeschöpftes Effektivitäts- und Effizienzpotential auf. Das Wissen um die Existenz dieses Rationalisierungspotentials hilft aber kaum bei der Finanzierung kurzfristig auftretender Budgetdefizite. Zunächst setzt die Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven strukturelle Reformen voraus, die in der Regel erst mit einer zeitlichen Verzögerung zu den angestrebten Ressourceneinsparungen führen. Zudem können erfolgreiche Maßnahmen zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung, wie z. B. Maßnahmen zur Prävention oder zur Qualitätssicherung, nicht nur zu Ausgabensenkungen, sondern auch zu Erhöhungen der gesundheitlichen Outcomes führen. Letztere besitzen keinen geringeren Wert als Kosteneinsparungen, vermögen aber nicht in Form von Minderausgaben einen Beitrag zur Finanzierung von Budgetdefiziten zu leisten.

188. Trotz noch vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven hält der Rat vor dem Hintergrund der zu erwartenden Einnahmen- und Ausgabenentwicklung Handlungsbedarf im Sinne von fiskalisch relevanten Reformoptionen für angezeigt. Wenn die politischen Entscheidungsträger nicht auf die sich unter Status-quo-Bedingungen abzeichnenden Budgetdefizite reagieren, drohen weiter steigende Beitragssätze und/oder die Gefahr impliziter Rationierung. Letztere verlagert die Verantwortung auf den behandelnden Arzt und stellt die schlechteste von allen Handlungsalternativen dar. Sie enthält den Patienten Leistungen vor, die ihnen bei gegebenem Leistungskatalog zustehen und die bei adäquatem Indikationsspezifischem Einsatz ihre gesundheitlichen Outcomes erhöhen würden. Implizite Rationierung verstößt insofern gegen ethische Kriterien, als sie mehr oder weniger zufällig und willkürlich erfolgt und vor allem solche Patienten betrifft, die über ein niedriges Informationsniveau und/oder ein geringes Durchsetzungsvermögen verfügen.

Krankenversicherungsfremde Leistungen und „Verschiebebahnhöfe“

189. Der Leistungskatalog der GKV ist historisch gewachsen und unterliegt ständig Zu- und Abgängen. Er enthält derzeit nicht nur Leistungen, die einen eindeutigen Morbiditätsbezug aufweisen, sondern auch solche, die sozial- oder familienpolitischen Zielen dienen. Bei einer Neuabgrenzung des Leistungskataloges der GKV gilt es daher zunächst zu unterscheiden, ob eine Leistung gänzlich entfällt bzw. nicht mehr zur öffentlichen Versorgung gehört, oder ob lediglich ihre Finanzierung auf einen anderen öffentlichen Ausgaben-träger übergeht. Im ersten Fall geht es um die Neubestimmung des objektiven Bedarfs im Rahmen einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung, im zweiten um eine funktionsgerechte Trennung des Aufgaben- bzw. Finanzierungsbereichs von GKV, anderen Sozialversicherungsträgern und Gebietskörperschaften. Dabei können krankenversicherungsfremde Leistungen, die keinen Bezug zur Morbidität besitzen, nicht nur auf der Ausgabenseite, sondern auch (im weiteren Sinne) auf der Einnahmenseite der GKV auftreten.

190. Der Rat befürwortet eine Ausgliederung bzw. Umfinanzierung der krankenversicherungsfremden Leistungen auf der Ausgabenseite der GKV. Diese belaufen sich auf jährlich ca. 2,5 Mrd. Euro, was etwa 0,25 Beitragssatzpunkten entspricht. Die Ratsmehrheit plädiert darüber hinaus für eine Verlagerung der Krankheitsaufwendungen, die aus privaten Unfällen resultieren, auf eine obligatorische Privatunfallversicherung als Pendant zur gesetzlichen Unfallversicherung. Ihrer Meinung nach handelt es sich hier überwiegend um Sachverhalte, die keine unlösbaren und für den Versicherungsbereich ungewöhnlichen Abgrenzungsprobleme aufwerfen. Die Finanzierung dieser obligatorischen privaten Unfallversicherung sollte im Rahmen eines Umlageverfahrens über Pro-Kopf-Prämien erfolgen. Diese Maßnahme würde die GKV um schätzungsweise knapp einen Beitragssatzpunkt entlasten. Eine Ratsminderheit folgt diesem Vorschlag nicht, da sie die mit ihm verbundenen Abgrenzungsprobleme stärker gewichtet und in ihm negative Verteilungseffekte sowie eine Abkehr von dem bisher grundlegenden finalen Prinzip der GKV sieht.

191. Die krankenversicherungsfremden Leistungen auf der Einnahmenseite bestehen darin, dass bestimmte Versicherungstruppengruppen aus sozial- oder familienpolitischen Gründen keine oder nur ermäßigte Beiträge entrichten. Hierzu zählen u. a. die Beitragsausfälle bei:

- Personen während des Erziehungsurlaubs,
- Studierenden und Praktikanten,
- Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe und im Strafvollzug,
- Teilnehmern an berufsfördernden Maßnahmen,
- Leistungsbeziehern nach dem Arbeitsförderungsgesetz,
- Härtefällen sowie
- beitragsfrei mitversicherten Familienmitgliedern.

192. Die Mindereinnahmen bei den Leistungsbeziehern nach dem Arbeitsförderungsgesetz gehören zu den Beitragsausfällen, mit denen die GKV im Zuge von „Verschiebebahnhöfen“ innerhalb der Sozialversicherung zur Entlastung anderer Zweige der sozialen Sicherung beitrug. Die jährlichen Einnahmenausfälle, die der GKV daraus erwachsen, liegen je nach Abgrenzung bei 4 bis 6 Mrd. Euro, d. h. bei 0,4 bis 0,6 Beitragssatzpunkten. In diesem Kontext fordert der Rat, bei allen künftigen wirtschafts- und sozialpolitischen Entscheidungen, die mit budgetären Belastungen der GKV einhergehen, die entsprechenden Mindereinnahmen und/oder Mehrausgaben bereits in den entsprechenden Gesetzesentwürfen offenzulegen. Der Rat plädiert für eine Revision dieser Politik der „Verschiebebahnhöfe“ und für eine Umfinanzierung der o. a. krankenversicherungsfremden Leistungen auf der Einnahmenseite, und hier vor allem für eine Umfinanzierung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen. Dies setzt jedoch voraus, dass Familien mit Kindern im Zuge einer solchen Umfinanzierung in keinem Falle schlechter gestellt werden dürfen. Die jährlichen Beitragsausfälle aus der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahren erreichen fast 11 Mrd. Euro und damit 1,1 Beitragssatzpunkte.

193. Da sich bereits

- die krankenversicherungsfremden Leistungen auf der Ausgabenseite,

- die Entlastungen durch eine private Unfallversicherung,
- die Revision der Politik der „Verschiebebahnhöfe“,
- die Mindereinnahmen durch Personen im Erziehungsurlaub sowie
- die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen

auf über 30 Mrd. Euro summieren, führt eine solche Umfinanzierung nach den Vorstellungen der Mehrheit (Minderheit) des Rates zu einer Beitragssatzabsenkung in der GKV von über 3 (2) Beitragssatzpunkten. Da es sich bei der Revision der Politik der „Verschiebebahnhöfe“ um eine Verlagerung der Finanzierung innerhalb der Sozialversicherung handelt, sinken die Sozialversicherungsbeiträge insgesamt nur um gut 2,5 (1,5) Beitragssatzpunkte ab.

194. Bei den meisten krankenversicherungsfremden Leistungen steht nicht ihre Streichung, sondern die Übernahme ihrer Finanzierung durch die Gebietskörperschaften zur Diskussion. In diesem Kontext können die Krankenkassen diese Leistungen im Rahmen einer Auftragsverwaltung auch weiterhin erbringen und erstattet erhalten. Eine solche Lösung nutzt die bestehenden Verwaltungs- und Organisationsstrukturen der Krankenkassen und erübrigt ihren Neuaufbau bei den Gebietskörperschaften. Für eine Verlagerung der krankenversicherungsfremden Leistungen von der Beitrags- in die Steuerfinanzierung sprechen auch arbeitsmarktpolitische Gründe. Bei gleichem Leistungsvolumen erfordert die Beitragsentlastung der GKV zwar eine Erhöhung von Steuern und/oder öffentlicher Schuld in gleicher Höhe, dabei können die beschäftigungspolitischen Effekte aber erheblich differieren. Die Beitragsentlastung reduziert die Lohnnebenkosten und fördert damit den Einsatz des Produktionsfaktors Arbeit, während sich die Steuererhöhungen auf den Konsum konzentrieren können.

Der Leistungskatalog auf dem Prüfstand

195. Die GKV kennt keinen eindeutig festgelegten Leistungskatalog, der den objektiven Bedarf der Versicherten determiniert. Das Sozialgesetz gewährt den Versicherten vielmehr einen sehr weitgehenden Leistungsanspruch, den es nur mit Hilfe allgemeiner Kriterien und in abstrakter Form einschränkt. Die Notwendigkeit, den jeweiligen Leistungskatalog auf der Grundlage von Evaluationsergebnissen ständig auf den Prüfstand zu stellen, ergibt sich schon aus dem Erfordernis, Freiräume für neue effektivere Behandlungsmethoden zu gewinnen. Der Versuch, diesen Leistungskatalog auf seinen notwendigen Kern einzuengen, sieht sich mit dem Problem konfrontiert, dass das Rationalisierungspotential der deutschen Gesundheitsversorgung weniger in dem zu umfangreichen Leistungsspektrum als vielmehr in seinem intensiven, d. h. nicht indikations- und situationsbezogenen Gebrauch wurzelt. Medizinisch-ethische und ökonomische Kriterien können bei der Abgrenzung des Leistungskataloges einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung zwar Orientierungshilfe leisten, sie vermögen aber in konkreten Einzelfällen auf deduktivem Wege noch keine eindeutige Entscheidung herbeizuführen. Insofern verbleibt zwangsläufig ein gewisses Spektrum für persönliche Wertungen.

196. Vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen plädiert der Rat für eine Einengung des Leistungskataloges um folgende Leistungen:

- Fahrkosten (ohne solche für Rettungsdienste) in Abhängigkeit von den Verkehrsanbindungen und der Behandlungsintensität,
- ambulante Vorsorgeleistungen in Kur- oder Badeorten,
- kieferorthopädische Leistungen für Erwachsene und auch für Jugendliche, soweit die Behandlungsbedürftigkeit nicht bestimmten validen Indizes genügt,
- in Abhängigkeit von ihrer Evidenzbasierung Indikationen und Formen der ambulanten Psychotherapie bei Erwachsenen,
- nicht wirksame Verfahren der sog. Alternativmedizin und entsprechende Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen sowie
- indikationsabhängig Heil- und Hilfsmittel, wie Massagen und Sehhilfen.

197. Über das Beitragssatzsenkungspotential dieser Leistungseingrenzungen lassen sich derzeit keine empirisch fundierten Aussagen machen. Eine Mehrheit des Rates schlägt über die o. a. Leistungen hinaus auch eine mittelfristige Ausgrenzung des Zahnersatzes vor, dessen Aufwendungen sich derzeit auf ca. 3,7 Mrd. Euro belaufen. In Abhängigkeit von der Prophylaxe bei Kindern und Jugendlichen sollte diese Ausgrenzung zeitlich sukzessiv bzw. altersgestaffelt erfolgen. Eine Auswertung der entsprechenden ausländischen Erfahrungen könnte hier als Informations- bzw. Entscheidungsbasis dienen.

Gesundheitsbezogene Verbrauchsteuern als Finanzierungsinstrument

198. Im Unterschied zur vom Rat im Prinzip befürworteten Steuerfinanzierung krankenversicherungsfremder Leistungen geht es bei der Heranziehung von Verbrauchsteuern, z. B. auf Tabak und Alkohol, um eine Steuerfinanzierung von genuinen Gesundheitsleistungen. Wie beim „Maschinenbeitrag“, der die Bemessung der Arbeitgeberbeiträge auf den Produktionsfaktor Kapital oder die gesamte Wertschöpfung des Unternehmens ausdehnt, führt eine solche Finanzierung dazu, dass die gruppenmäßige Äquivalenz der GKV und damit ihr Versicherungscharakter weiter abnimmt. Unabhängig vom kausalen Verhältnis, das zwischen Tabak- und Alkoholkonsum und den Gesundheitsausgaben besteht, verletzt eine solche Finanzierung auch den Budgetgrundsatz der Non-Affektation öffentlicher Einnahmen. Unter fiskalischen Aspekten weist eine Finanzierung von Gesundheitsleistungen mit Hilfe von speziellen Verbrauchsteuern schließlich den Nachteil auf, dass sie die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis verfestigt, denn die Einnahmen aus diesen Steuern nehmen im Wachstumsprozess deutlich unterproportional zum BIP zu. Diese kritischen Anmerkungen sprechen nicht gegen eine Erhöhung von Tabak- und Alkoholsteuern im Rahmen konzeptionell durchdachter Präventionskampagnen, sondern nur gegen ihre Eignung zur Finanzierung der GKV.

Modifikation der Selbstbeteiligung

199. Die Selbstbeteiligung löst vielfach bereits insofern semantische Missverständnisse aus, als es sich bei der unmittelbaren Teilzahlung für eine Versicherungsleistung nicht um die einzige finanzielle Beteiligung eines Patienten an den Gesundheitsausgaben der GKV handelt. Der Patient entrichtet darüber hinaus als Versicherter Beiträge zur GKV, beteiligt sich im Rahmen der Selbstmedikation an seiner Gesundheitsversorgung und trägt als Konsument letztlich auch überwiegend den im Preis enthaltenen Arbeitgeberanteil. Im weiteren Sinne lässt sich auch gesundheitsbewusstes Verhalten eines Versicherten als Selbstbeteiligung interpretieren.

200. Bei der Selbstbeteiligung im engeren Sinne, d. h. als Direktzahlung, stehen sich nicht selten bereits a priori konträre, fast ideologische Positionen gegenüber. Eine adäquate Beurteilung ihrer Effekte sollte mindestens folgende Aspekte bzw. Differenzierungen berücksichtigen:

- die mit ihr verfolgten Ziele,
- die zur Diskussion stehenden fiskalischen Alternativen,
- ihre Form und die vorgesehenen Quantitäten,
- die jeweiligen Indikationen und Behandlungsarten sowie
- die betroffenen Personen bzw. sozialen Schichten und die beabsichtigten sozialen Klauseln.

201. Die Selbstbeteiligung besitzt eine fiskalische Finanzierungs- und eine allokativen Steuerungsfunktion, deren Wirkung allerdings teilweise umstritten ist. Die Selbstbeteiligung kann ihre allokativen Steuerungsfunktion nur wahrnehmen, wenn die Patienten nicht auf substitutive selbstbeteiligungsfreie Leistungen ausweichen und eine zumindest in Grenzen preiselastische Nachfrage vorliegt. Das Verteilungspostulat gehört zwar nicht zu den primären Zielen von Selbstbeteiligungsregelungen, stellt aber in diesem Kontext eine Nebenbedingung dar. Unter diesen Aspekten bedürfen die Selbstbeteiligungsregelungen in der GKV, z. B. beim Zahnersatz und bei Arzneimitteln, zunächst unabhängig von ihrem fiskalischen Umfang einer Korrektur, denn sie erfüllen weder die allokativen Funktion noch die distributive Nebenbedingung zufriedenstellend. So sollte sich die Befreiungsregelung nicht an medizinischen Indikationen, sondern ausschließlich am verteilungspolitisch relevanten Einkommen der Patienten orientieren.

202. Angesichts der im internationalen Vergleich bei dem umfangreichen Leistungskatalog der GKV sehr niedrigen Selbstbeteiligung hält der Rat auf der Grundlage von Härtefallregelungen und Überforderungsklauseln eine moderate Erhöhung des Umfangs der Selbstbeteiligung für vertretbar. Unter dieser Voraussetzung empfiehlt der Rat auch die Erhebung einer Praxisgebühr bei der Nutzung ambulanter ärztlicher Praxen, mit Ausnahme von Primärprävention und Früherkennung. Diese Regelungen müssen gewährleisten, dass kein Patient mit objektivem Versorgungsbedarf wegen der Direktzahlung eine gesundheitlich bzw. medizinisch indizierte Inanspruchnahme unterlässt. Sie sollte zudem nachrangig zu den meisten anderen Reformoptionen und nur dann erfolgen, wenn andernfalls eine problematische Verschärfung der impliziten oder expliziten Rationierung droht.

Änderung der Beitragsgestaltung

203. Im Hinblick auf die geltende Beitragsgestaltung der GKV stellt der Rat

- die Versicherungspflichtgrenze bzw. den Pflichtversicherungskreis,
- die Beitragsbemessungsgrenze,
- die Beitragsbemessungsgrundlage sowie
- die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten

zur Diskussion. Da zu jedem dieser Elemente der Beitragsgestaltung inzwischen mehrere Reformvorschläge existieren, gilt es zunächst, die Vor- und Nachteile der jeweiligen Optionen zusammenzustellen und auf dieser Informationsbasis eine vergleichende Bewertung zu treffen.

204. Bei Abwägung der Pro- und Contra-Argumente der jeweiligen Reformoptionen schlägt der Rat eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage sowie eine Änderung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten vor. Für beide Reformoptionen sprechen allokativen sowie distributive Gründe und hier sowohl das Äquivalenz- als auch das Leistungsfähigkeitsprinzip. Die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage, die neben Arbeitsentgelten und Rentenzahlungen auch andere Einkunftsarten, wie z. B. Zinsen und Mieten sowie Einkünfte aus Dienst- und Werkverträgen, generell in die Beitragsbemessung einbezieht, trägt der gegenüber der Nachkriegszeit veränderten Einkommens- und Vermögenssituation der Versicherten Rechnung. Die Reformoption bezüglich der beitragsfreien Mitversicherung sieht für Ehepartner ein Splitting des gemeinsamen Arbeitsentgeltes bzw. Einkommens mit anschließender Anwendung des hälftigen Beitragssatzes auf beide Entgeltteile vor. Das Splittingverfahren entspricht insofern dem bisherigen Prinzip der Beitragsgestaltung, als es zu keiner zusätzlichen Belastung bei einer Familie führt, bei der das Arbeitsentgelt bzw. Einkommen des berufstätigen Partners unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt.

205. Bei Aufkommensneutralität erreicht das Beitragssatzsenkungspotential dieser beiden Optionen je nach Gestaltung zwischen 0,7 und 1,3 Beitragssatzpunkten. Die fiskalische Wirkung einer Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage, die bei maximal 0,4 Beitragssatzpunkten liegt, hängt vor allem davon ab, ob die übrigen Einkunftsarten dem vollen oder halben Beitragssatz unterliegen und ob bei Zinsen Kleinsparer in den Genuss einer Freigrenze kommen. Das Splittingverfahren, das eine Senkung der Beitragssätze bis 0,9 Prozentpunkte erlauben würde, könnte zunächst den nicht berufstätigen Partner, der Kinder erzieht bzw. erzogen hat und/oder häusliche Pflegedienste leistet, von der Beitragsbelastung freistellen. Der fiskalische Ertrag dieser Reformoption nimmt weiter ab, wenn die Option besteht, zwischen dem Splittingverfahren und der Zahlung eines Mindestbeitrages für den nicht berufstätigen Partner zu wählen.

206. Eine Minderheit des Rates befürwortet darüber hinaus noch eine Erhöhung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV, d. h. auf derzeit (2003) monatlich 5 100 Euro. Nach ihrer Ansicht spricht für diesen Vorschlag neben der fiskalischen Möglichkeit, die Beitragssätze um weitere etwa 0,7 – mittelfristig 0,9 – Punkte abzu-

senken, die Erweiterung des Pflichtversichertenkreises und damit des Geltungsbereiches der solidarischen Finanzierung. Die Ratsmehrheit spricht sich gegen diesen Vorschlag aus, weil eine solche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze gerade jene Versicherte zusätzlich belastet, die bereits einer sehr hohen Grenzabgabenbelastung unterliegen. Zudem wirkt diese Zusatzbelastung wie eine Steuer, da ihr mit Ausnahme des Krankengeldes keine Mehrleistungen entgegenstehen. Eine isolierte Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV entlastet die GKV fiskalisch kaum und schadet der PKV erheblich.

Interdependenzen zwischen den Reformoptionen

207. Die diskutierten adaptiven Reformoptionen können je nach Zielsetzung sowohl komplementäre Maßnahmen als auch konkurrierende Alternativen darstellen. Eine komplementäre Kombination von mehreren Reformoptionen bietet sich an, wenn erhebliche Budgetdefizite drohen oder eine deutliche Senkung der Beitragssätze angestrebt wird. Eine deutliche Senkung der Beitragssätze besitzt im Rahmen einer Reform auch den Vorzug, dass den Mehreinnahmen und/oder Minderausgaben, die für Patienten, Versicherte und Steuerzahler zwangsläufig mit Belastungen einhergehen, gleichzeitig spürbare Entlastungen bei den Beiträgen entgegenstehen. Schließlich spricht für einen kombinierten Einsatz von Elementen mehrerer Optionen neben dem stärkeren Beitragssatzeffekt die größere Chance, die damit verbundenen Belastungen gleichmäßiger zu verteilen.

208. Der Rat schlägt deshalb mit

- der Revision der Politik der „Verschiebebahnhöfe“,
- der Verlagerung krankensicherungsfremder Leistungen auf andere Ausgabenträger,
- einer Einengung des Leistungskataloges,
- (notfalls) einer moderaten Ausweitung der Selbstbeteiligung sowie
- einer Änderung von Elementen der Beitragsgestaltung

ein breites Spektrum von Reformoptionen vor. Die Umsetzung aller vom Rat vorgeschlagenen Maßnahmen beinhaltet ein Beitragssatzsenkungspotential in der GKV (Sozialversicherung) von über 4 (3,5) Prozentpunkten, was sowohl für die Vorschläge der Ratsmehrheit als auch für die Empfehlungen der Ratsminderheit gilt. Mit einer entsprechenden Senkung der Lohnnebenkosten könnte es gelingen, relevante arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitische Impulse zu setzen.

209. Im Unterschied zu den alternativen Gesundheitssystemen bleiben alle Vorschläge des Rates grundsätzlich im gel-

tenden System. Gleichwohl existieren auch komplementäre Beziehungen zwischen den Vorschlägen des Rates und den alternativen Gesundheitssystemen. So besteht der Vorzug kapitalgedeckter Finanzierungssysteme darin, keine implizite Staatsschuld aufzubauen und bei demographischem Wandel keine verteilungspolitischen Generationenprobleme auszulösen. Indem die vom Rat vorgeschlagenen adaptiven Reformoptionen die implizite Staatsschuld reduzieren, schwächen sie die intergenerativen Verteilungsprobleme zumindest etwas ab. Die mit den Ratsvorschlägen verbundene Senkung der Beitragssätze dient zwar nicht mit der gleichen Konsequenz, aber gleichwohl in der Tendenz dem auch mit fixen Pro-Kopf-Beiträgen verfolgten Ziel, die ausschließliche Bindung der Gesundheitsausgaben an die Lohnnebenkosten zu lockern. Zudem führt die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage zu einer Einbeziehung aller Einkunftsarten und das Splittingverfahren tendenziell zu einem Wechsel vom Individual- zum Haushaltsprinzip. Diese beiden Reformoptionen zielen damit auf zwei Elemente, die auch die kapitalgedeckte Finanzierung und die Pro-Kopf-Beiträge kennzeichnen. Schließlich benötigt die Umsetzung der Vorschläge des Rates ebenso wie der Übergang zu einer Kapitaldeckung oder die Finanzierung mit Hilfe von Pro-Kopf-Beiträgen ein Transfervolumen aus anderen öffentlichen Haushalten. Mit ca. jährlich 15 Mrd. Euro aus den Haushalten der Gebietskörperschaften und etwa 5 Mrd. Euro Revision der Politik der „Verschiebebahnhöfe“ innerhalb der Sozialversicherung bleiben die Vorschläge des Rates hier immer noch unter dem entsprechenden Transferbedarf der alternativen Gesundheitssysteme mit ca. 40 Mrd. Euro bzw. 26 bis 28 Mrd. Euro pro Jahr.

210. Die Diskussionen um Gesundheitsreformen leiden in Deutschland vielfach an einer isolierten Betrachtungsweise, die bestimmte Optionen ohne Bezug zu ihren realen Alternativen beurteilt. Eine isolierte Betrachtung von Vor- und Nachteilen einer Reformoption führt fast zwangsläufig zu ihrer Verwerfung, denn per se bilden z. B. weder die Einengung des Leistungskataloges, noch die Erhöhung der Selbstbeteiligung oder die Beschränkung der beitragsfreien Mitversicherung attraktive gesellschaftspolitische Maßnahmen. Da aber ein drohendes Budgetdefizit zwangsläufig eine zusätzliche Finanzierung erfordert, erscheint nur eine vergleichende Bewertung der Reformoptionen mit ihren realen Alternativen problem- bzw. zieladäquat. Es geht insofern nicht um das isolierte Pro und Contra der jeweiligen Option, sondern um ihren differentiellen Vergleich mit konkurrierenden realen Alternativen, wie steigende Beitragssätze oder eine Verschärfung der Rationierung. Die Ausführungen und Vorschläge des Rates zielen vornehmlich darauf ab, die entsprechenden gesundheitspolitischen Entscheidungen auf eine breite und zielorientierte Informations- und Argumentationsbasis zu stellen.

2.5 Literatur

- Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (1994): Ethische Fragestellungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform Stufe 3, Göttingen.
- Andersen, H. H. und Schwarze, J. (2000): Innovative Versorgung im Qualitätswettbewerb: Welche Präferenzen haben die Versicherten der GKV. Sozialer Fortschritt, Jg. 49, Heft 2–3, S. 48–56.
- Arbeitskreis „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder“ (2002): Bruttoinlandsprodukt, Internet, ohne Ortsangabe.
- Ausschuss „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“ der EKD (2000): Ethische Gesichtspunkte für die Debatte über die Rationierung im Gesundheitswesen, o. O.
- Bernöster, T. (2000): Grundlagen zur aktuellen Familienpolitik in Deutschland: Ein Plädoyer für eine ordnungspolitische Ausrichtung der Familienpolitik, Erlangen-Nürnberg.
- Beske, F. (2001): Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung: Kieler Konzept, Berlin.
- Beske, F. (2002): Die Bedeutung des Verschiebebahnhofs und der versicherungsfremden Leistungen für die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung. Arzt und Krankenhaus, 12/02, S. 1–4.
- Beske, F., Drabinski, T. und Michel, C. (2002): Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, Kiel.
- Böcken, J., Braun, B. und Schnee, M. (Hrsg.) (2002): Gesundheitsmonitor 2002, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Boetius, J. und Wiesmann, H.-O. (1998): Die Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Krankenversicherung – Zur Grenzziehung zwischen GKV und PKV –, Köln.
- Breyer, F., Grabka, M. M., Jacobs, K., Meinhardt, V., Ryll, A., Schulz, E., Spieß, C. K. und Wagner G. G. (2001): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte von Gesundheitsleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der europäischen Union. Endbericht, Berlin 29. 10. 2001.
- Breyer, F. und Zweifel, P. (1997): Gesundheitsökonomie, 2. Aufl., Berlin et al.
- Bundesdruckerei (1999): STATIS, Die Zeitreihen des Statistischen Bundesamtes, CD-Rom, Version 1.1 (ohne Ortsangabe).
- Bundeskanzleramt (2001): Vorhaben des BMG für die nächste Legislaturperiode: Fortführung der Gesundheitsreform. Dienst für Gesellschaftspolitik vom 05. 07. 2001, S. 8–10.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998–2000): Statistisches Taschenbuch, Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (2000): Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (2001): Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 2001, Band 137, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2001): Wirtschaftsbericht 2001, Bergheim, Juli 2001.
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2001): Unsere Sozialversicherung, 28. Aufl., Berlin.
- Busch, S., Pfaff, A. und Rindsfüßer, C. (1996): Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Möglichkeiten der Umgestaltung und Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen. Graue Reihe der Hans Böckler Stiftung, Bd. 110, Düsseldorf.
- Danner, G. (1999): Die europäische Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen – ein Spannungsfeld zwischen nationalrechtlicher Struktur, Vergemeinschaftungsdruck, Marktgeschehen und politischer Handlungsnotwendigkeit. In: Albring, M. und Wille, E. (Hrsg.), Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt et al., S. 23–45.
- Elkeles, T. und Mielck, A. (1997): Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Das Gesundheitswesen, 59. Jg., S. 137–143.
- Evans, R. G., Barer, M. L. and Marmot, T. R. (eds.) (1994): Why are some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations, Berlin, New York.
- Giddens, A. (1995): Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung, 2. Aufl., Frankfurt a. M., New York.
- Heitmeyer, W. (Hrsg.) (1997): Was treibt die Gesellschaft auseinander? Bundesrepublik Deutschland: Auf dem Weg von der Konsens- zur Konfliktgesellschaft, Bd. 1, Frankfurt a. M.
- Henke, K.-D., Grabka, M. M. und Borchardt, K. (2002): Kapitalbildung, auch im Gesundheitswesen? Auf dem Weg zu einer ordnungspolitischen Erneuerung der Krankenversicherung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 10. Jg., Heft 3, S. 196–210.
- Hofmann, U., Mill, D. und Schneider, M. (1998): Beschäftigte im Gesundheitswesen 1996, Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Augsburg.
- Jacobs, K. (2000): Gesundheitsreform: Keine Pause in der 2. Halbzeit. Arbeit und Sozialpolitik 11–12/2000, S. 10–15.
- Janssen-Cilag (2002): Der Patient vor der Wahl. Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung. Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002, Neuss.
- Kawachi, I., Kennedy, B. and Wilkinson, R. G. (1999): Income inequality and health. The Society and Population Health Reader, Vol. 1, New York.
- Klose J. und Schnell Schmidt, H. (2001): Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Einnahmen- und ausgabenbezogene Gestaltungsvorschläge im Überblick, Bonn.
- Knappe, E. (2000): Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt, europäische Integration. Die BKK 12/2000, S. 527–533.
- Marmot, M. and Wilkinson, R. G. (eds.) (1999): Social Determinants of Health, New York.
- Marstedt, G. (2002): Solidarität und Wahlfreiheit in der GKV. In: Böcken, J., Braun, B. und Schnee, M. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2002, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

- Marstedt, G., Mergner, U. und Müller, R. (1996): Prävention, Rehabilitation und Kassenpolitik – Institutionelle Regulierung im Wandel? Sonderforschungsbericht 186, Universität Bremen, DFG-Forschungsbericht, Bremen.
- Mau, S. (1997): Ideologischer Konsens und Dissens im Wohlfahrtsstaat. Zur Binnenvariation von Einstellungen zu sozialer Ungleichheit in Schweden, Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland. *Soziale Welt*, 47. Jg., S. 17–38.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1995): GKV 2000 – Einstellungen zu Reformplänen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Düsseldorf.
- NAV-Virchow-Bund (2000a): Der Jahresbericht Zweitausend, Köln.
- NAV-Virchow-Bund (2000b): Beschlüsse der Bundeshauptversammlung 2000 am 10.–12. 11. 2000 in Berlin.
- Nolting, H.-D. und Wasem, J. (2002): Der Patient vor der Wahl – Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung, Eine Auswahl der Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002, Neuss.
- OECD (1994): The OECD Jobs Study, Evidence and Explanations, Part II: The Adjustment Potential of the Labour Market, Paris.
- OECD (2002): Revenue Statistics 1965–2001, Paris.
- Offe, C., Hinrichs, K., Ullrich, C., Walter, H. und Wemken, I. (o. J.): Gesetzliche Krankenversicherung und sozialpolitische Kultur, DFG-Forschungsbericht, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2001): Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union, Langfassung, Wien.
- Pimpertz, J. (2002): Zur Rolle der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze bei einer Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine ordnungspolitische Beurteilung. Wissenschaftliche Studie im Auftrag der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln.
- Raffelhüschen, Bernd (2003): Der Bestand der GKV als Generationenvertrag. Erscheint in: Albring, M. und Wille, E. (Hrsg.), Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnamenschwäche und Koordinationsproblemen, Frankfurt et al.
- Roller, E. (1996): Abbau des Sozialstaats. Einstellungen der Bürger zu Kürzungen von Sozialleistungen in den neunziger Jahren, WZB-Paper FS III96-205, Berlin.
- Rosenbrock, R. (2002): Von der GKV zur Gesundheitsversicherung. In: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Bundesministerium für Gesundheit, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Zukunftsmarkt Gesundheit, Baden-Baden, S. 52–59.
- Rosenschon, A. (2001): Familienförderung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Kieler Arbeitspapier Nr. 1071, Institut für Weltwirtschaft, Kiel.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): Sachstandsbericht 1994. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): Sondergutachten 1995. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996): Sondergutachten 1996. Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. I, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997/98): Sondergutachten 1997. Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. II, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002): Jahresgutachten 2002/03, BT-Drucksache 15/100, Bonn.
- Sauerbrey, G. (2002): Verschiebepark beenden, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, 43. Jg., Nr. 6, S. 5–8.
- Schneider, M., Biene-Dietrich, P., Hoffmann, U. et al. (1998): Gesundheitsökonomische Basisdaten für Rheinland-Pfalz, Schriftenreihe Gesundheitswesen/Gesundheitsberichterstattung des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit, Mainz.
- Schwartz, F. W. und Jung, K. (2000): Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sozialer Fortschritt 4/2000, S. 70–75.
- Spree, H.-U. (2000): Zwischen Grundlohn und Lohnquote. Anmerkungen zur Finanzierungsgrundlage der Krankenversicherung. Gesellschaftspolitische Kommentare, Nr. 4, April 2000, S. 56–58.
- Statistisches Bundesamt (1994–2000): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland und für das Ausland, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2002): D-Statistik, Erwerbstätigkeit früheres Bundesgebiet, Internet, Wiesbaden.
- Swedish National Committee for Public Health (2001): Health on equal terms – national goals for public health, Government Official Reports 2000, 91, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm.
- Syme, S. L. (1992): Social Determinants of Disease. In: Last, J. M. and Wallace, R. B. (eds.), Public Health & Preventive Medicine, Maxcy-Rosenau-Last, London et al., S. 687–700.
- Townsend, P. and Davidson, N. (1982): Inequalities in Health. The Black Report, Harmondsworth.
- Ullrich, C. G. (1996): Solidarität und Sicherheit. Zur sozialen Akzeptanz der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zeitschrift für Soziologie, 25. Jg., Heft 3, S. 171–189.
- Ullrich, C. G. (2002a): Sozialpolitische Verteilungskonflikte und ihre Wahrnehmung durch wohlfahrtsstaatliche Adressaten – Das Beispiel der Gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeit und Sozialpolitik, 56. Jg., Heft 3–4, S. 16–21.
- Ullrich, C. G. (2002b): Den Bogen nicht überspannen. Gesundheit und Gesellschaft, 5. Jg., Heft 9, S. 3.

- Ulrich, V. (2000): Medizinisch-technischer Fortschritt, demographische Alterung und Wachstum der Gesundheitsausgaben: Was sind die treibenden Faktoren? *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 5. Jg., Heft 6, S. 163–172.
- Vereinigte Krankenversicherung AG (Hrsg.) (2002): Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, München.
- Wambach, A. (2002): Elemente einer Basisversicherung. In: Wille, E. (Hrsg.), *Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen*, Baden-Baden.
- Wasem, J. (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. *Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie*, Neuss.
- Wilkinson, R. G. (1996): *Unhealthy Societies: The afflictions of Inequality*, London.
- Wille, E. (1997): Ist § 70 SGB V (Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung) realisierbar? *Arzt und Krankenhaus*, 7/97, S. 208–213.
- Wille, E. (1998): Zukünftige finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos. *Arbeit und Sozialpolitik*, Heft 1/2, S. 16–27.
- Wille, E. (1999a): Einführung: Die Sozialabgaben als wirtschaftspolitisches Problem. In: Wille E. (Hrsg.), *Entwicklung und Perspektiven der Sozialversicherung*, Baden-Baden, S. 7–20.
- Wille, E. (1999b): Resümee: Die Suche nach einem effizienten und adäquat finanzierten Gesundheitswesen in einem zusammenwachsenden Europa. In: Albring, M. und Wille, E. (Hrsg.), *Szenarien im Gesundheitswesen*, Frankfurt et al., S. 283–302.
- Wille, E. (2000): Das deutsche Gesundheitswesen unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten. In: Wille, E. und Albring, M. (Hrsg.), *Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen*, Frankfurt, S. 349–387.
- Wille, E. (2001): Basis- und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg*, Nr. 199/Dezember 2001, Stuttgart.
- Wille, E. (2002): Reformoptionen der Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Gesundheit und Gesellschaft*, 2. Jg. Ausgabe 3 (Juli), S. 7–14.
- Wille, E. und Igel, C. (2002): Zur Reform der Beitragsgestaltung, insbes. der Pflichtversicherungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung – eine empirische Analyse. *Gutachten im Auftrag des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.*, Mannheim.
- Wille, E. und Ulrich, V. (1991): Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In: Hansmeyer, K.-H. (Hrsg.), *Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II*, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N. F. Bd. 194/II, Berlin, S. 9–115.
- Zentrale Ethikkommission (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? *Deutsches Ärzteblatt*, 97. Jg., Heft 15, S. C-786–C-792.
- ZEW (2002): Steuerbelastung französischer Unternehmen weiter hoch. *ZEW news* – Juni 2002, S. 3.
- Zok, K. (1999): Anforderungen an die Gesetzliche Krankenversicherung. *Einschätzungen und Erwartungen aus Sicht der Versicherten*. WIdO-Materialien 43, Bonn.
- Zok, K. (2002): *GKV-Monitor: Was erwarten die Versicherten von der Gesundheitsreform?* Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, Bonn.

Anhang zu Kapitel 2

Tabelle A1

Die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (früheres Bundesgebiet^{a)})

Ein- nah- men	Einnahmen insgesamt (in Mio. DM)	Sonstige Einnahmen (in Mio. DM)	Beiträge (in Mio. DM)	Anteil der sonstigen Einnahmen an den gesamten Einnahmen	Wachstum der sons- tigen Ein- nahmen	Mit Preisindex^{b)} fortgeschrie- bene sonstige Einnahmen (in Mio. DM)	Wachstum der fortge- schriebe- nen Ein- nahmen (in Mio. DM)	Preisindex für die private Lebens- haltung (1995 = 100)^{b)}
Jahr								
1980	88 452	4 924	83 528	0,0557	0,0000	4 924,00	0,0000	66,3
1981	96 486	5 496	90 990	0,0570	0,1162	5 235,93	0,0633	70,5
1982	101 709	5 194	96 515	0,0511	0,0548	5 518,15	0,1207	74,3
1983	103 484	4 943	98 541	0,0478	0,0039	5 696,39	0,1569	76,7
1984	105 808	5 081	100 727	0,0480	0,0319	5 830,08	0,1840	78,5
1985	111 831	4 926	106 905	0,0440	0,0004	5 948,90	0,2081	80,1
1986	118 507	4 517	113 990	0,0381	-0,0827	5 934,05	0,2051	79,9
1987	125 074	4 201	120 873	0,0336	-0,1468	5 941,48	0,2066	80,0
1988	132 639	4 451	128 188	0,0336	-0,0961	6 008,32	0,2202	80,9
1989	139 682	4 788	134 894	0,0343	-0,0276	6 179,14	0,2549	83,2
1990	147 753	4 889	142 864	0,0331	-0,0071	6 349,95	0,2896	85,5
1991	154 221	6 504	147 717	0,0422	0,3209	6 587,61	0,3379	88,7
1992	167 778	6 435	161 343	0,0384	0,3069	6 854,98	0,3922	92,3
1993	184 420	6 421	177 999	0,0348	0,3040	7 107,49	0,4434	95,7
1994	191 163	6 650	184 513	0,0348	0,3505	7 308,02	0,4842	98,4
1995	196 625	7 688	188 937	0,0391	0,5613	7 426,85	0,5083	100,0
1996	202 241	7 003	195 238	0,0346	0,4222	7 523,40	0,5279	101,3
1997	205 037	6 299	198 738	0,0307	0,2792	7 657,08	0,5551	103,1
1998	208 641	6 058	202 583	0,0290	0,2303	7 723,92	0,5686	104,0
1999	214 818	6 197	208 621	0,0288	0,2585	7 775,91	0,5792	104,7
2000	220 265	6 353	213 912	0,0288	0,2902	7 909,59	0,6063	106,5

a) Ab 1995 wird Berlin-Ost dem früheren Bundesgebiet zugerechnet.

b) Preisindex für die private Lebenshaltung eines 4-Personen-Haushalts, Arbeiter und Angestellte mit mittlerem Einkommen, früheres Bundesgebiet.

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1999), Bundesministerium für Gesundheit (2000, 2001), Institut der deutschen Wirtschaft (2001), eigene Berechnungen

Tabelle A2

Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen^{a)} und des BIP seit 1980 im Vergleich (alte Bundesländer^{b)})

Jahr	BIP je Erwerbstätigem (in DM)	Wachstum des BIP je Erwerbstätigem (in % zur Basis 1980)	Einnahmen der GKV-Mitglieder und Rentner (in Mrd. DM)	Allg. Beitragsatz (in %)	Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied (in DM ^{a)})	Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied (in % zur Basis 1980)	Fiktive beitragspflichtige Einnahmen fortgeschrieben mit dem Wachstum des BIP (je Erwerbstätigem in DM)	Fiktiver Beitragsatz entsprechend den fiktiven beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied (in %)
1980	54 558,13	0,0	83,53	11,38	20 769,21	0,00	20 769,21	11,38
1981	56 956,33	4,4	90,99	11,79	21 614,85	4,07	21 682,16	11,75
1982	59 634,64	9,3	96,49	12,00	22 448,25	8,08	22 701,74	11,87
1983	63 559,80	16,5	98,54	11,83	23 263,54	12,01	24 195,97	11,37
1984	66 590,34	22,1	100,73	11,44	24 448,36	17,71	25 349,64	11,03
1985	68 828,35	26,2	106,98	11,80	25 037,81	20,55	26 201,60	11,28
1986	71 688,64	31,4	113,99	12,20	25 633,49	23,42	27 290,46	11,46
1987	73 584,67	34,9	120,87	12,62	26 085,10	25,60	28 012,24	11,75
1988	76 885,93	40,9	128,19	12,90	26 856,12	29,31	29 268,97	11,84
1989	80 425,98	47,4	134,89	12,91	28 065,49	35,13	30 616,60	11,83
1990	85 183,95	56,1	141,86	12,53	29 842,43	43,69	32 427,86	11,53
1991	93 652,98	71,7	147,72	12,20	31 281,79	50,62	35 651,86	10,70
1992	98 280,39	80,1	161,34	12,74	32 272,27	55,39	37 413,42	10,99
1993	100 580,38	84,4	178,00	13,41	33 640,71	61,97	38 288,98	11,78
1994	105 620,13	93,6	184,51	13,23	35 262,31	69,78	40 207,52	11,60
1995	109 970,09	101,6	188,94	13,24	35 710,00	71,94	41 863,46	11,29
1996	112 836,72	106,8	195,24	13,47	36 072,00	73,68	42 954,73	11,31
1997	116 274,91	113,1	198,31	13,50	36 355,00	75,04	44 263,58	11,09
1998	114 192,40	109,3	202,58	13,54	36 939,00	77,85	43 470,81	11,51
1999	115 216,80	111,2	208,62	13,54	37 569,00	80,89	43 860,78	11,60
2000	117 420,58	115,2	213,91	13,51	38 282,81	84,32	44 699,71	11,57

a) Die beitragspflichtigen Einnahmen beziehen sich auf Mitglieder und Rentner. Ab 1996 wurden die beitragspflichtigen Einnahmen nicht selbst berechnet, sondern den Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend ausgewiesen.

b) Ab 1995 wird Berlin-Ost dem früheren Bundesgebiet zugeordnet.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998–2000), Bundesdruckerei (1999), Bundesministerium für Gesundheit (2001), Statistisches Bundesamt (2000, 2002), Arbeitskreis VGR (2002), eigene Berechnungen

Tabelle A3

Die Entwicklung der Lohnquoten^{a)}

Jahr	BIP (in Mrd. DM)	Bruttoeinkom- men aus un- selbständiger Arbeit (in Mrd. DM)	Volks- einkommen (in Mrd. DM)	Lohnquote I	Lohnquote II	Lohnquote I West	Lohnquote II West
1970	675,3	360,6	530,4	0,6799	0,5340		
1971	749,8	408,7	586,2	0,6972	0,5451		
1972	823,1	452,5	643,5	0,7032	0,5498		
1973	917,3	514,5	720,4	0,7142	0,5609		
1974	983,9	568,6	769,7	0,7387	0,5779		
1975	1 026,6	593,6	800,6	0,7414	0,5782		
1976	1 120,5	640,5	878,2	0,7293	0,5716		
1977	1 195,3	688,0	933,7	0,7369	0,5756		
1978	1 283,5	734,5	1 007,1	0,7293	0,5723		
1979	1 388,4	794,6	1 084,0	0,7330	0,5723		
1980	1 472,0	863,9	1 139,6	0,7581	0,5869		
1981	1 535,0	906,0	1 179,8	0,7679	0,5902		
1982	1 588,1	933,9	1 214,2	0,7691	0,5881		
1983	1 668,5	953,4	1 278,1	0,7460	0,5714		
1984	1 750,9	988,4	1 347,1	0,7337	0,5645		
1985	1 823,2	1 026,4	1 406,8	0,7296	0,5630		
1986	1 925,3	1 079,5	1 497,5	0,7209	0,5607		
1987	1 990,5	1 124,7	1 550,0	0,7256	0,5650		
1988	2 096,0	1 169,4	1 635,5	0,7150	0,5579		
1989	2 224,4	1 221,9	1 738,1	0,7030	0,5493		
1990	2 426,0	1 317,1	1 892,2	0,6961	0,5429	0,6961	0,5429
1991	2 938,0	1 650,6	2 282,8	0,7231	0,5618	0,6960	0,5372
1992	3 155,2	1 787,8	2 430,3	0,7356	0,5666	0,7071	0,5381
1993	3 235,4	1 829,5	2 456,2	0,7448	0,5655	0,7214	0,5407
1994	3 394,4	1 874,7	2 547,9	0,7358	0,5523	0,7035	0,5246
1995	3 523,0	1 941,4	2 657,3	0,7306	0,5511		
1996	3 586,0	1 965,7	2 701,6	0,7276	0,5482		
1997	3 666,6	1 971,2	2 751,5	0,7164	0,5376		
1998	3 773,6	2 001,8	2 823,2	0,7091	0,5305		
1999	3 861,4	2 069,8	2 863,7	0,7228	0,5360		
2000	3 961,5	2 130,4	2 945,1	0,7234	0,5378		
2001	4 034,9	2 170,5	2 994,6	0,7248	0,5379		

a) Ab 1991 Zahlen für das gesamte Bundesgebiet.

Quelle: Statistisches Bundesamt (1994–2000, 2002), eigene Berechnungen

Tabelle A4

Je Beitragszahler zu finanzierende Versicherte (einschließlich Rentner)

Jahr	GKV-Mitglieder in Mio. (alte Bundesländer)	Versicherte inkl. beitragsfrei Mitversichert in Mio. (alte Bundesländer)	Aus Einnahmen eines Mitgliedes zu finanzierende Personen (alte Bundesländer)	GKV-Mitglieder (in Mio., Deutschland)	Versicherte inkl. beitragsfrei Mitversicherte (in Mio., Deutschland)	Aus Einnahmen eines Mitgliedes zu finanzierende Personen (Deutschland)
1990	37,79	55,83	1,48			
1991	38,71	56,84	1,47	50,27	71,28	1,42
1992	39,24	57,17	1,46	50,83	71,98	1,42
1993	39,46	57,47	1,46	50,76	72,16	1,42
1994	39,55	57,39	1,45	50,61	71,71	1,42
1995	40,49	58,71	1,45	50,70	71,89	1,42
1996	40,68	59,11	1,45	50,82	72,13	1,42
1997	40,75	58,74	1,44	50,85	71,60	1,41
1998	40,70	58,72	1,44	50,69	71,37	1,41
1999	40,98	58,66	1,43	50,93	71,28	1,40
2000	41,21	59,01	1,43	51,04	71,26	1,40
2001	41,21	58,79	1,43	51,00	70,99	1,39

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2000–2001), eigene Berechnungen

Tabelle A5

Anteil der Rentner an allen Mitgliedern der GKV

Jahr	Pflichtversicherte Rentner in Mio. (altes Bundesgebiet)	Anteil pflichtversicherte Rentner an Mitgliedern (in %, altes Bundesgebiet)	Pflichtversicherte Rentner in Mio. (Deutschland)	Anteil pflichtversicherte Rentner an Mitgliedern (in %, Deutschland)
1990	11,04	28,8		
1991	11,15	28,6	14,18	28,0
1992	11,28	28,6	14,34	28,1
1993	11,40	28,8	14,51	28,5
1994	11,46	28,9	14,70	29,0
1995	11,72	28,8	14,96	29,4
1996	11,78	28,8	15,08	29,6
1997	11,81	28,9	15,18	29,8
1998	11,83	28,9	15,22	29,9
1999	11,84	28,7	15,27	29,8
2000	11,85	28,8	15,31	29,9
2001	11,86	28,8	15,32	30,0

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2000–2001), eigene Berechnungen

Tabelle A6

Die Versichertenstruktur in den alten Bundesländern^{a)} ab 1970

Jahr	Mitglieder gesamt (in 1 000)	Darunter			Wachstum Mitglieder insgesamt (1970 = 100)	Wachstum pflichtversicherte Mitglieder ohne Rentner (1970 = 100)	Wachstum pflichtversicherte Rentner und Rentenbewerber (1970 = 100)	Wachstum freiwillig versicherte Mitglieder (1970 = 100)
		Pflichtversicherte Mitglieder ohne Rentner (in 1 000)	Pflichtversicherte Rentner und Rentenbewerber (in 1 000)	Freiwillig versicherte Mitglieder (in 1 000)				
1970	30 646	17 839	8 008	4 799	100,00	100,00	100,00	100,00
1971	31 487	18 406	8 259	4 822	102,74	103,18	103,13	100,48
1972	32 181	18 784	8 561	4 836	105,01	105,30	106,91	100,77
1973	33 217	19 560	9 054	4 603	108,39	109,65	113,06	95,92
1974	33 493	19 392	9 349	4 752	109,29	108,71	116,75	99,02
1975	33 493	19 137	9 632	4 724	109,29	107,28	120,28	98,44
1976	33 582	19 300	9 850	4 432	109,58	108,19	123,00	92,35
1977	33 833	19 447	10 037	4 349	110,40	109,01	125,34	90,62
1978	34 379	19 751	10 175	4 453	112,18	110,72	127,06	92,79
1979	34 839	20 205	10 236	4 398	113,68	113,26	127,82	91,64
1980	35 395	20 638	10 303	4 454	115,50	115,69	128,66	92,81
1981	35 704	20 798	10 329	4 577	116,50	116,59	128,98	95,37
1982	35 821	20 812	10 404	4 605	116,89	116,67	129,92	95,96
1983	35 806	20 777	10 460	4 569	116,84	116,47	130,62	95,21
1984	35 992	20 886	10 568	4 538	117,44	117,08	131,97	94,56
1985	36 209	21 105	10 623	4 481	118,15	118,31	132,65	93,37
1986	36 450	21 386	10 652	4 412	118,94	119,88	133,02	91,94
1987	36 718	21 559	10 713	4 446	119,81	120,85	133,78	92,64
1988	37 001	21 838	10 791	4 372	120,74	122,42	134,75	91,10
1989	37 230	21 886	10 903	4 441	121,48	122,69	136,15	92,54

noch Tabelle A6

Jahr	Mitglieder gesamt (in 1 000)	Darunter			Wachstum Mitglieder insgesamt (1970 = 100)	Wachstum pflichtversicherte Mitglieder ohne Rentner (1970 = 100)	Wachstum pflichtversicherte Rentner und Rentenbewerber (1970 = 100)	Wachstum freiwillig versicherte Mitglieder (1970 = 100)
		Pflichtversicherte Mitglieder ohne Rentner (in 1 000)	Pflichtversicherte Rentner und Rentenbewerber (in 1 000)	Freiwillig versicherte Mitglieder (in 1 000)				
1990	37 939	22 494	11 010	4 435	126,09	137,49	92,42	
1991	38 705	22 967	11 123	4 615	126,30	138,90	96,17	
1992	39 241	23 178	11 246	4 817	128,05	140,43	100,38	
1993	39 458	23 197	11 371	4 890	128,75	142,00	101,90	
1994	39 551	23 245	11 449	4 857	129,06	142,97	101,21	
1995	40 491	23 754	11 709	5 028	132,12	146,22	104,77	
1996	40 684	23 598	11 764	5 322	132,75	146,90	110,90	
1997	40 752	23 482	11 806	5 464	132,98	147,43	113,86	
1998	40 697	23 328	11 825	5 544	132,80	147,66	115,52	
1999	40 979	23 476	11 840	5 663	133,72	147,85	118,00	
2000 ^{b)}	41 208	23 640	11 848	5 699	134,46	147,95	118,75	
2001 ^{b)}	41 210	23 463	11 860	5 887	134,47	148,10	122,67	

a) Ab 1995 alte Länder einschließlich Berlin-Ost.

b) Stichtagswerte (1. Januar).

Quelle: Bundesdruckerei (1999), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000), Bundesministerium für Gesundheit (2000 bis 2001), eigene Berechnungen

Tabelle A7

Die Versichertenstruktur in Deutschland ab 1991

Jahr	Mitglieder gesamt (in 1 000)	Darunter			Wachstum Mitglieder insgesamt (1991 = 100)	Wachstum pflichtversicherte Mitglieder ohne Rentner (1991 = 100)	Wachstum pflichtversicherte Rentner und Rentenbewerber (1991 = 100)	Wachstum freiwillig versicherte Mitglieder (1991 = 100)
		Pflichtversicherte Mitglieder ohne Rentner (in 1 000)	Pflichtversicherte Rentner und Rentenbewerber (in 1 000)	Freiwillig versicherte Mitglieder (in 1 000)				
1991	50 270	30 990	14 168	5 112	100,00	100,00	100,00	
1992	50 833	31 202	14 303	5 328	101,12	100,68	104,23	
1993	50 760	30 773	14 467	5 520	100,97	99,30	107,98	
1994	50 606	30 385	14 662	5 559	100,67	98,05	108,74	
1995	50 702	30 146	14 884	5 672	100,86	97,28	110,95	
1996	50 826	29 792	15 050	5 984	101,11	96,13	117,06	
1997	50 848	29 579	15 155	6 114	101,15	95,45	119,60	
1998	50 685	29 268	15 216	6 201	100,83	94,44	121,30	
1999	50 927	29 341	15 260	6 326	101,31	94,68	123,75	
2000 ^{a)}	51 036	29 467	15 283	6 351	101,52	95,09	124,24	
2001 ^{a)}	50 995	29 124	15 323	6 548	101,44	93,98	128,09	

a) Stichtagswerte (1. Januar).

Quelle: Bundesdruckerei (1999), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000), Bundesministerium für Gesundheit (2000), eigene Berechnungen

3 Wege zur Nutzerorientierung und Partizipation

3.1 Patientenorientierung in der Versorgung – ein Konzept zwischen konfligierenden Strukturen und Zielbündeln

211. Der Rat hat sich über mehrere Jahre hin, insbesondere in seinem Gutachten 2000/2001, nachdrücklich für mehr „Patientenorientierung“ in der Versorgung ausgesprochen. Auch die Politik fordert vermehrt, den „Patienten in den Mittelpunkt“ zu stellen. Diese Forderung steht allerdings im Widerspruch zu einer Reihe von Leitbildern, Verhaltensmustern und Organisationsabläufen bei Institutionen und Professionen des Gesundheitswesens. Ebenso konfligieren wichtige politische Zielbündel, wie z. B. eine strikte „Systemorientierung“ (i. S. einer Vorrangigkeit institutioneller Orientierung) als auch eine strikte „Kostenorientierung“ aller Beteiligten, und gesetzliche Rahmenvorgaben, wie strenge sektorale Versorgungsgliederungen oder fallpauschalierende Vergütungen, mit dem Ziel der Patientenorientierung.

Die explizite Verdeutlichung und die diskursive Abwägung dieser konfligierenden Zielbündel ist für eine professionelle, politische und gesellschaftliche Debatte über die Weiterentwicklung des Systems zu mehr „Patientenorientierung“ unerlässlich. Andernfalls können leicht wohlgemeinte Gesetzesinitiativen, Organisationsreformen und Ausbildungsänderungen ins Leere laufen oder andere, v. a. ökonomisch orientierte Systemschritte unerwartet das Gegenteil des Intendierten bewirken.

3.1.1 Normative Ansatzpunkte

212. 1981 charakterisierte der Medizinhistoriker Schipperges die Gegenwartsmedizin als eine Heiltechnik, die sich im Grunde auf eine bewunderungswürdige „Notfallmedizin“ konzentrierte, in der „immer mehr Menschen immer empfindlicher von immer kostspieligerer ärztlicher Hilfe“ abhängig seien (Schipperges, H. 1981). Die Medizin müsse sich aber in einem neuen historischen Übergang zu einer heilenden Medizin entwickeln, die die Existenz und das Schicksal des ganzen Menschen in den Blick nehme. Dies aber sei ohne Teilhabe und Mitverantwortung des Kranken oder Noch-Gesunden nicht denkbar. Schipperges verband daher diese Vision mit dem aufklärerischen Satz von Novallis: „Jeder sein eigener Arzt!“ (ebd.). Die WHO formulierte 1986 noch umfassender: „People cannot achieve their fullest health potential unless they are able to take control of those things which determine their health“ (WHO 1986).

Die moderne Medizin induziert nach Ansatz und Ausformung selbst Antinomien bzw. konfligierende Erwartungen: Diese liegen in dem Hilfeerwarten – durchaus auch Fremdhilfeerwarten – des notfallhaft Kranken oder Verunfallten sowie in der technischen Zugriffsmacht der medizinischen Hilfe, in ihrem fachlichen und oft auch faktischen Unterwerfungsanspruch gegenüber dem Subjekt des Kranken einerseits sowie andererseits in der Einsicht, für eigene Heil- und Selbstfindungsansätze v. a. des chronisch Kranken Anstöße und Entfaltungsraum geben zu müssen.

In diesem antinomischen Raum von Leitbildern und Fakten müssen sich Begriff und Konzept einer sog. Patientenorientierung im Gesundheitswesen behaupten und entfalten.

3.1.2 Zur Theorie, Geschichte und Praxis von Patientenorientierung

213. Naiv, aber zu Recht lässt sich zunächst fragen, warum es einer expliziten Debatte über Patientenorientierung im Gesundheitswesen überhaupt bedarf. Schließlich ist das Gesundheitswesen nach gängiger Auffassung ein Dienstleistungssektor wie jeder andere, hier jedoch mit dem spezifischen Zweck der individuellen gesundheitssichernden oder verbessernden Dienstleistung an Patienten oder Noch-Gesunden.

Für eine vielfältig davon abweichende Wirklichkeit gibt es zahlreiche Belege und Begründungen. Zu den Erklärungen dafür gehört, dass im Gegensatz zu vielen anderen Wirtschafts- und Dienstleistungsbereichen die Patienten im Gesundheitswesen ihre Leistungen zu 99 % als Versicherte und darunter zu 88 % als Sozialversicherte erhalten. Hier definieren Gesetze, Rechtsprechung oder Versicherungssatzungen, auf welche Leistungen und in welcher Form Patienten einen Anspruch haben. Es handelt sich also nicht um freie Einkaufsakte; die Entscheidungssouveränität des „Kunden“ Patient ist von vornherein begrenzt. Hinzu kommt, dass die „Informationsasymmetrie“, die allerdings auch bei Einkaufsentscheidungen in anderen „Märkten“ eine Rolle spielt, im Gesundheitswesen besonders ausgeprägt ist: Der Anbieter von Leistungen weiß wesentlich mehr über deren Eigenschaften, über nutzen- oder gefahrbringende Qualitäten, als der „Käufer“ bzw. im Gesundheitswesen der Patient. Darüber hinaus sind viele in Anspruch genommene Leistungen (z. B. bestimmte operative Eingriffe) einmalige, nicht wiederholbare oder selten nachgefragte „Erfahrungsgüter“. Der Patient kann somit kaum eigenes Erfahrungswissen als Nutzer aufbauen. Er spielt allenfalls als „Co-Produzent von Gesundheit“ eine aktive Rolle (vgl. Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 3).

214. Eine historische, aber bis heute nachwirkende Begründung für einen Mangel an Patientenorientierung ist, dass schon vor mehr als 100 Jahren Staat und oberste Rechtsprechung (Preußisches Oberverwaltungsgericht 1898) den Ärzten eine zentrale Definitionsmacht in Bezug auf Krankheit, Kranksein und Krankenbehandlung zugewiesen haben: Krankheit ist danach jeder regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der ärztliche Behandlung erforderlich macht. Das Erfordernis der Behandlung durch Ärzte wird aber v. a. durch diese selbst definiert (Schwartz, F. W. et al. 1998). Unter diesem Privileg entwickelte sich eine nahezu ausschließlich ärztedefinierte und -gesteuerte gesundheitliche Versorgung.

Nicht ohne Anlass und Folgen geschah diese staatliche Privilegierung zu einem Zeitpunkt, da die Medizin sich in ihrer Hauptströmung ganz auf die objekthafte Sicht des Kranken und der Krankheit in einer strikt naturwissenschaftlichen Zugangsweise hin orientiert hatte, die auch zu erheblichen

Erfolgen in der reparativen und präventiven Krankheitsbekämpfung (z. B. Impfungen) führte.

215. Historisch gibt es noch weitere Gründe, warum – nach seiner makro- und mikropolitischen Verfassung – unser Gesundheitswesen zu den noch eher „vordemokratischen Bereichen“ unserer Gesellschaft gehört. Dazu trägt auch als historischer Hintergrund bei, dass sich Krankenhäuser, sofern sie nicht aus Militärhospitälern hervorgingen, im Laufe des 19. Jahrhunderts zur Versorgung der unteren gesellschaftlichen Stände, der Dienstboten und Handwerker herausbildeten, während Bürgertum und Oberschicht in ihren eigenen Häusern versorgt wurden (Labisch, A. u. Spree, R. 2001). Dazu gehört ferner gerade für Deutschland die nach 1913 sehr enge Einbindung der Ärzteverbände und Körperschaften in die schrittweise sich entwickelnden behördlich aufgebauten Versorgungsinstitutionen des Wohlfahrtsstaates.

Diese Vorgeschichte hatte und hat Auswirkung auf das Verhältnis des Arztes, seiner Organisationen und seiner Stellung im Rechtsgeflecht der Krankenkassen gegenüber dem autonomen Subjekt des Patienten. Der ehemalige Bundesrichter Steffen befand dazu (Steffen, E. 2000, S. 491): „der zentralen Bedeutung des Integritätsanspruchs des Patienten und seines Selbstbestimmungsrechts in der Arzt-Patienten-Beziehung“ stehe wie eine „chinesische Mauer“ die von höchster Sozialrechtsprechung bestätigte Auffassung gegenüber, die den Vertragsarzt „als mit öffentlicher Gewalt beliehenen Amtswalter der Krankenkassen“ erscheinen lässt und den Kassenspatienten als „passiven Leistungsempfänger in einem eher patriarchischen Über-Unterordnungsverhältnis“ sieht.

216. In einem solchen historisch-geistig-institutionellen Geflecht kann eine generelle „Patientenorientierung“ in den Versorgungsprozessen und -strukturen keine Selbstverständlichkeit sein. Das gilt ebenso für die im individuellen Behandlungsprozess geforderte Zentrierung auf das einzelne Subjekt des Kranken, obwohl es gerade dafür in der Aus- und Fortbildung von Ärzten immer wieder fachliche und leitbildorientierte Anstrengungen gab und gibt. Dies drückt sich nicht nur im Festhalten an dem Grundsatz „Salus aegroti suprema lex“ des „hippokratischen Eides“ aus, sondern war immer wieder Thema wichtiger am Subjekt des Kranken orientierter Erneuerer in der Medizin (z. B. Viktor von Weizsäcker).

Auch frühe Nebenströmungen, wie die seit den späten sechziger Jahren auch in Deutschland sich entwickelnden Ideen einer „Entmedikalisierung von Gesundheit“ i. S. einer „arztfreien“ Aneignung der eigenen Gesundheit, sind Versuche, dem Subjekt und der gesundheitlichen Selbstbestimmung der Menschen mehr Raum zu geben. In stärkerem Maße hat das deutsche Gesundheitswesen allerdings erst im letzten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts den Patienten wieder als Hauptperson „entdeckt“, der zu Beginn des 21. Jahrhunderts als solcher, aber auch als Bürger, Versicherter, Informationssuchender, Konsument, Mitentscheider bei Angebot und Nachfrage und als aktiv Mitwirkender bei politischen Entscheidungen mit neuem Selbstbewusstsein neben den anderen Akteuren die Bühne des Gesundheitswesens betritt. Der Rat hat als Überbegriff für diese verschiedenen Rollen den „Nutzer“ des Gesundheitssystems vorgeschlagen (vgl. Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 3). Unter den Stichworten „mehr Autonomie“, „mehr Eigenverantwortung“ und „mehr Beteiligung“ werden für die Nutzer und von den Nut-

zern selbst neue Wege der aktiven Kooperation, Partizipation und Selbstbestimmung diskutiert.

217. Als theoretischer Bezugsrahmen für diese Entwicklungen bietet sich das Empowerment-Konzept an (Rappaport, J. 1985)⁶². Dieses Konzept hat seine tieferen Wurzeln in den sechziger Jahren und den Überzeugungen und praktischen Erfahrungen unterschiedlicher gesellschaftlicher und politischer Initiativen, vor allem der Bürgerrechts- und Frauenbewegung (Levy, S. B. 1994). Mit Blick auf die Bewältigungskompetenz findet es bei Noch-Gesunden oder Patienten seine Entsprechung in der „salutogenetischen“ Perspektive von Gesundheit mit der Betonung von Bewältigungs- und Widerstandsressourcen (Antonovsky, A. 1987). Befähigungsprozesse lassen sich durch Gesundheitsbildung, Information und Partizipation unterstützen (Hurrelmann, K. 2001), auch durch definierte Patientenrechte, durch Beratungs- und Beschwerdestellen und nicht zuletzt durch reale Beteiligung an Entscheidungen (Badura, B. 1999; Badura, B. u. Schellschmidt, H. 1999; vgl. auch Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 3).

Inzwischen wird dieses Konzept für zahlreiche Felder genutzt, von der Sozialarbeit über die Pädagogik bis hin zur Entwicklungshilfe und der Arbeit in Betrieben, stets unter der Prämisse, dass Unterstützungsmaßnahmen „Eigentätigkeit“ und „Lebenssouveränität“ fördern, aber auch voraussetzen (Frankenberg, G. 1994; Gibson, C. H. 1991). Das Konzept reflektiert die Dialektik von Rechten und Bedürfnissen vor allem in der Abkehrung von der klassischen wohlfahrtsstaatlichen Philosophie, die ausschließlich von einer Definition der Bedürftigkeit und auf sie bezogener sozialstaatlicher Hilfe- oder Präventionsprogramme bestimmt war (Keupp, H. 1999). Dabei ist es sicher kein Zufall, dass diese „Entdeckung“ der Autonomiekräfte des sozialen Subjekts in die Zeit der sich abzeichnenden Krise des tradierten Wohlfahrtsstaates fiel.

Grundlegendes Prinzip von Empowerment ist das Autonomieprinzip des Menschen (Prilleltensky, I. 1994). Übertragen auf die gesundheitliche Versorgung richtet sich das Autonomieprinzip⁶³ gegen professionelle (ärztliche) Bevormundung (Paternalismus) – aber auch gegen die institutionelle Bevormundung durch medizinische oder pflegerische Einrichtungen, durch Versicherungen und andere Kostenträ-

⁶² In seiner Kritik an der Entmündigung durch paternalistisch verstandene Hilfen und durch bevormundend handelnde Experten geht dieses Konzept von der Annahme aus, dass Menschen an sich handlungsfähige Experten in eigener Sache sind und Teilnehmungs- und Bewältigungskompetenzen besitzen, dass sie jedoch andererseits Hilfe und Unterstützung benötigen, um diese Kompetenzen auf unterschiedlichen gesundheitlichen Ebenen tatsächlich entfalten zu können (Dierks, M.-L. 2001). Für den englischen Begriff des Empowerment gibt es kein deutsches Äquivalent, insbesondere dann nicht, wenn beispielsweise das Resultat von Empowerment-Prozessen beschrieben werden soll. Menschen, die *empowered* sind (befähigt in der wörtlichen Übersetzung), haben die Kenntnisse und Möglichkeiten sowie das Selbstbewusstsein, für sich und ihre Bedürfnisse aktiv einzutreten (Funnell, M. M. et al. 1991).

⁶³ Die deutschen Übersetzungen für Autonomie (von griech. *autos*, selbst und *nomos*, Gesetz) wie Selbstbestimmung, Selbstgesetzgebung oder Eigengesetzlichkeit geben den Spielraum an, in dem sich die Bedeutung des Wortes „Autonomie“ bewegt. Diese Bedeutung ist eine praktische: Sie bezieht sich auf Bereiche praktischen Handelns wie Politik, Recht, Moral und (durch politische Entscheidung errichtete) Institutionen.

ger – und verlangt die Berücksichtigung der Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen des Patienten. Diese Forderungen entsprechen der in der Zivil- und Strafrechtsprechung heute gültigen Denkfigur des *informed consent*, der freiwilligen und informierten Einwilligung des Patienten nach vorheriger bestmöglicher Aufklärung, der als eine prinzipielle Grundlage aller Behandlungen im Gesundheitswesen, aller Heilversuche und aller medizinischen Experimente am Menschen rechtlich verpflichtend ist. Nur im Falle von Notfallbehandlungen kann diese Zustimmung nachträglich eingeholt werden. Dieser Standpunkt zugunsten der Integrität und Selbstbestimmung der Patienten entwickelte sich nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges auf dem Boden der Erfahrungen mit medizinischer Forschung und „Therapieversuchen“ im Staatstotalitarismus vor allem des Nationalsozialismus⁶⁴.

218. Das Verständnis von Autonomie und der auf ihr gründenden Selbstbestimmung des Menschen ist in unserer Kultur jedoch nicht eindeutig: So enthält es einerseits die Vorstellung der Emanzipation von tradierten Normen, bis zur These, der Mensch sei uneingeschränkt „Herr über sein Leben“, er könne mit sich selbst verfahren, wie ihm beliebt⁶⁵. Demgegenüber wird in der Philosophie seit Kant betont, dass Autonomie einer vernünftigen Selbstbindung bedarf. Kant sieht in dieser Autonomie den Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur (Kant, I. 1977). Dass der Mensch Würde, Freiheit und daher grundsätzlich Autonomie im Sinne von Unverfügbarkeit und Selbstbestimmung besitzt, ist demnach nicht von Alter, Fähigkeiten oder Leistungen noch von Umständen, Zeiträumen o. Ä. abhängig, sondern einzig von seinem Menschsein und zwar in allen seinen Formen und Stadien. Demnach ist nicht nur der gesunde, sondern auch der kranke Mensch autonom und dies auch im Zustand aktueller Zustimmungsunfähigkeit (Beckmann, P. 1999). Autonomie bedeutet folglich eher „Selbstbestimmung“ als bloße „Unabhängigkeit“. So verstanden schließt Autonomie den Bedarf nach Hilfe durch andere keineswegs aus.

Allerdings impliziert der Autonomiebegriff im Sinne Kants nicht nur die in der heutigen Diskussion betonte Individualität, sondern autonome Subjekte handeln auch vernünftig im Sinn einer „allgemeinen Vernunft“ (konträr zur hedonisti-

schen Vorstellung der alleinigen Durchsetzung egoistischer Interessen). Mit der „allgemeinen Vernunft“ ist auch die Verteilungsgerechtigkeit in der Gesellschaft angesprochen, die ebenfalls eine Dimension des modernen Empowerment-Konzeptes ist. Hier geht es um eine „kritische Anfrage an die gesellschaftliche Macht- und Güterverteilung“ (Weiß, H. 2000), um die Entschlossenheit, Einfluss auf die gesellschaftliche Gestaltung und Zuweisung von Lebensbedingungen zu nehmen. In diesem Kontext ist „Empowerment“ zugleich ein politisches, kollektiv und gesellschaftlich konfliktträchtiges Unterfangen (Theunissen, G. u. Plaute, W. 1995).

219. Der Rat hat in seinem Gutachten 2000/2001 seine Erwartungen an eine Patientenorientierung im Gesundheitswesen weit gespannt. Sie gehen deutlich über die Rolle als Patient auf der Mikroebene des Arzt-Patient-Verhältnisses oder Pflegekraft-Patient-Verhältnisses hinaus. Vielmehr wird seine Rolle als Versicherter auf der mittleren Ebene (Mesoebene), z. B. der Verbände und Verträge, und als Bürger und Volkssouverän auf der Ebene der staatlichen Willensbildung (Makroebene) angesprochen. Die bisher fehlende Mitgestaltung auf gesamtstaatlicher und Verbändeebene durch Patienten als Bürger und Versicherte ist auch ein Grund für die Schwäche ihrer Position auf der Mikroebene des Versorgungsalltags. In dieser geforderten Stärkung sind die Nutzer als dritte Kraft neben der Ärzteschaft und den Krankenkassen mittel- und langfristig die potentiell wichtigste neue Option für eine wirkliche Neugestaltung des Gesundheitswesens (vgl. Abschnitt 3.2). Entsprechende Informationen und Mitbestimmungsmöglichkeiten vorausgesetzt, spielen sie auch eine wichtige Rolle beim Abbau von Qualitätsmängeln und Verschwendung im Gesundheitswesen (vgl. auch Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 3).

220. Seit Jahren wünschen sich Patienten, wie in vielfachen Befragungen belegt, vergeblich mehr Zeit und Zuwendung des niedergelassenen Arztes, obwohl sie diese gleich hoch einschätzen wie die fachliche Kompetenz. Auch Krankenhauspatienten sehen bei Information und Aufklärung die größten Defizite.

Dass in einem solchen Umfeld mangelnder Kommunikation eine am Subjekt, an der Biographie des Kranken und seinem Autonomieanspruch orientierte Medizin in der Realität nur wenig Chancen hat, liegt auf der Hand. Es ist deshalb sinnvoll, Patientenorientierung auch politisch zu fassen und nach ihrer Kraft zu fragen, auch die äußeren und inneren Bedingungen in einem System zu verändern.

3.1.3 Zur politischen und institutionellen Perception von Patientenorientierung

221. Inwieweit hat die Ebene der Politik sowie der politischen oder das System prägenden korporativen und professionellen Verbände die v. a. im letzten Jahrzehnt entwickelten Vorstellungen von „mehr Patientenorientierung“ aufgenommen, verstanden und umgesetzt?

Politisch stand bis 1999 in keiner der etwa 90 seit Mitte der siebziger Jahre erfolgten Gesetzesänderungen zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung die Verbesserung der Stellung des Patienten im Mittelpunkt. Die Reformdebatten konzentrierten sich vor allem auf Institutions- und Finanzierungsaspekte. Das mitunter zur Stärkung der einen oder anderen Position ins Feld geführte Patienteninteresse wurde häufig nur rhetorisch als Argumentationsfigur in einem

⁶⁴ Vom 25. Oktober 1946 bis zum 20. August 1947 hatten deutsche Ärzte wegen ihrer Verbrechen gegen die Menschlichkeit vor dem amerikanischen Militärgericht gestanden. Die Richter begnügten sich 1947 nicht mit der juristischen Beurteilung der medizinischen Verbrechen. Sie formulierten in ihrer Urteilsbegründung ethische Grundsätze für zulässige medizinische Versuche: den Nürnberger Kodex 1947. Indem die Richter dem *informed consent*, der informierten und freiwilligen Einwilligung des Patienten nach bestmöglicher Aufklärung, bei der Durchführung von Experimenten eine vorrangige Bedeutung beimäßen, ermahnten sie die Forscher zu mehr Achtung und Verantwortung gegenüber dem unveräußerlichen Recht und Interesse ihrer Versuchspersonen (Mitscherlich, A. u. Mielke, F. 1993). Dieses Urteil hat über den Umgang mit Menschen im Zusammenhang mit klinischer Forschung hinaus weitreichende Auswirkungen auf die Stellung des Patienten im Behandlungsprozess (Roberts, K. J. 1999).

⁶⁵ Zudem wird unter Autonomie die Fähigkeit zu bestimmten geistigen und/oder willentlichen Äußerungen, wie man sie von erwachsenen Menschen gewohnt ist, subsumiert. Die beiden erstgenannten Auffassungen verfehlen, so Beckmann, ein philosophisches Autonomieverständnis insofern, als sie Autonomie entweder zu einer rein reaktiven Einstellung des Menschen herabstufen oder sie als moralische Ungebundenheit missverstehen (Beckmann, P. 1999).

Institutionalismusstreit eingesetzt. Gegen Mitte der neunziger Jahre war es zudem politisch üblich geworden, von der „Eigenverantwortung der Patienten“ immer dann zu reden, wenn es um finanzielle Selbstbeteiligungen ging, unabhängig davon, ob damit ein Entscheidungsspielraum für Patienten eröffnet würde oder nicht.

222. Das GKV-Reformgesetz 2000 unternahm erstmals ernsthaft den Versuch, die Eigenverantwortung und Kompetenz der Patienten und Versicherten zu verbessern. Das Gesetz brachte einen völlig neuen Einstieg in eine eigenständige gesundheitliche Verbraucher- und Patientenberatung (z. B. durch gesundheitliche Verbraucherberatungsstellen (§ 65b SGB V); vgl. dazu Abschnitt 3.3.2). In die gleiche Richtung zielte die gesetzlich angeordnete Stärkung von Selbsthilfeförderstellen und Selbsthilfekontaktstellen (§ 20 SGB V).

In ihrer politischen Reaktion auf die neuen Aufgaben zeigten sich die deutschen Verbraucherverbände entschlossen, diese zum Erfolg zu führen. Sie haben im Bereich der gewerblichen Güter und der sonstigen Dienstleistungen ihre Fähigkeiten zur Kompetenzentwicklung bei Kunden bewiesen (Schwartz, F. W. 1999c). Es ist auch zu erwarten, dass die Verbraucherverbände wie im Bereich der gewerblichen „Warentests“ darauf drängen werden, dass ihnen z. B. Ergebnisse von externen Qualitätsvergleichen von Kliniken (sowohl Akutkliniken wie Rehabilitationseinrichtungen) in geeigneter Form zugänglich gemacht werden (vgl. auch Abschnitt 3.3.5). Bei einem solchen Schritt wäre eine hohe Dynamik für die Qualitätsdebatte im deutschen Gesundheitswesen zu erwarten.

Eine weitere Maßnahme zur Stärkung der Patientenrechte war die gesetzlich vorgesehene verbesserte Patientenunterstützung bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V). Bis 1999 durften Kassen solche Unterstützung gewähren, nach nun geltendem Recht sollen sie es tun (vgl. auch Abschnitt 4.6.3).

Auch die formale Lockerung schematisierter Regeldauern, Fristen und Frequenzen im Bereich der medizinischen Rehabilitation der GKV war im Gesundheitsreformgesetz 2000 ein weiterer kleiner Schritt zu mehr Patientenorientierung⁶⁶.

223. Die Herausbildung einer mehr kundenähnlichen Rolle von Patienten aufgrund solcher Entwicklungen erscheint möglich. Sie wird, vorzugsweise aus Ärztesicht, gelegentlich scharf kritisiert. Der Rat teilt diese Kritik nicht. Ein Patient in der Rolle des „Kunden“ kann mehr Autonomie und Entscheidungsfreiheit beanspruchen, Präferenzen äußern und durchsetzen. Dadurch wird die institutionelle und administrative Eigenrationalität von gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen infrage gestellt bzw. zurückgedrängt. Andererseits besteht die Möglichkeit, dass über bestimmte Patienten- („Kunden“-)Präferenzen Erscheinungsformen einer „oberflächlichen“ Konsumentenkultur in einigen Bereichen des Gesundheitswesens begünstigt

⁶⁶ Derartige schematische Zeitvorgaben einheitlich für alle somatischen Diagnosen haben auch keinerlei wissenschaftliche Basis und sie werfen Rehabilitation in den Augen vieler Akutkliniker von vornherein als sozialpolitischen Wohlfahrtsschematismus ab. Der Gesetzgeber sieht ab 1. Januar 2000 immerhin formal vor, starre zeitliche Vorgaben durch evidenzbasierte Leitlinien zu ersetzen, die so flexibel zu gestalten sind, dass sie der individuellen medizinischen Notwendigkeit gerecht werden. Viel ist von dieser Neuregelung in der Alltagspraxis der Rehabilitationsgewährung bisher allerdings nicht zu spüren.

werden. Dies entwertet aber nicht die im Bild des „Kunden“ angelegten Prinzipien von mehr Autonomie und Eigenkompetenz.

224. Es gibt zahlreiche Beispiele für institutionelle Eigenrationalitäten zu Lasten der Patienten: In vielen Patientenzufriedenheitsuntersuchungen, ebenso in einer bevölkerungsbezogenen Erhebung der AOK in Hessen (Infas 1998), wird neben Zeitdruck und Verständnisproblemen in der Arzt-Patienten-Kommunikation v. a. der Mangel an Überleitung und an Nachsorge nach Krankenhausaufenthalten beklagt. Ein wichtiger struktureller Veränderungsschritt, in dem sich die auch vom Gesetzgeber für den Rehabilitations-Bereich (SGB IX) geforderte Beachtung der Patientenautonomie entfalten könnte, wäre die vom Rat geforderte rechtliche Gleichstellung von Rehabilitation (einschließlich Sekundärprävention) mit der Kuration (vgl. Gutachten 2000/2001, Band III.1, Kapitel 7; vgl. auch Abschnitt 5.2.1). Medizinische Rehabilitation sollte als Regelleistung in Absprache mit dem Patienten verordnungsfähige Leistung werden. Eine solche patientenbezogene Entscheidungsfreiheit konfliktiert aber mit institutionellen Eigenrationalitäten der Versicherer⁶⁷.

Hier hat das SGB IX zwar die Beachtung des Patientenbedürfnisses als neues Leitbild eingebracht, aber den anders wirkenden institutionellen Rahmen nur oberflächlich korrigiert (z. B. durch gemeinsame Servicestellen). Hervorzuheben ist jedoch, dass das SGB IX den subjektiven Bedarf bzw. das individuelle Bedürfnis der Betroffenen gleichrangig wie den objektiven Bedarf betrachtet. Zwar beinhaltet auch der Bedarfsbegriff des SGB IX eine objektivierende Komponente. Anders als im SGB V liegt die Verantwortlichkeit für die Objektivierung des Bedarfs bzw. für die Definition von Kriterien nicht primär bei den Leistungserbringern, sondern vielmehr gemeinsam bei den Kostenträgern und Betroffenen. Das heißt aber auch, dass der aus dem SGB V abgeleitete Bedarfsbegriff für den Geltungsbereich der GKV mit dem aus dem SGB IX ableitbaren Bedarf nicht oder nur sehr eingeschränkt kompatibel ist. Diese Inkompatibilität ist bislang rechtlich noch nicht und nur ansatzweise wissenschaftlich aufgearbeitet worden.

225. Ein weiterer, vor allem von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern oder von Behinderten häufig vorgebrachter Kritikpunkt bezieht sich auf die für Deutschland systemtypische mangelhafte Abstimmung zwischen verschiedenen ambulanten und stationären Einrichtungen. Der Gesetzgeber sieht seit Januar 2000 wenigstens für GKV-Versicherte theoretisch mit Hilfe sog. Integrationsverträge (§ 140b SGB V) ein verbessertes patienten- und problembezogenes integriertes

⁶⁷ Diese institutionelle Eigenrationalität der Versicherer drückt sich z. B. darin aus, dass diese den Versicherten bei erfolgter Leistungszusage eine bestimmte Klinik vorgeben oder ihnen nur sehr geringe Freiheitsgrade einer Klinikwahl lassen. In jüngster Zeit ist es – bei postakutstationären Rehabilitationsmaßnahmen in stationären Rehabilitationseinrichtungen (Anschlussheilbehandlungen (AHB)) – zusätzlich die vorbehandelnde Akutklinik selbst, die dem Versicherten Wahlrechte dadurch nimmt, dass sie „Kooperationsverträge“ mit von ihr ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen schließt. Dieses Verfahren ist nicht mit § 9 SGB IX (Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten) vereinbar; es verletzt darüber hinaus dann, wenn die Akutklinik in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft ist, i. d. R. das geltende Kartellrecht, da solche Dienstleistungsvereinbarungen ausschreibungspflichtig sind.

ves „Versorgungsdesign“ vor⁶⁸. In der Praxis sind aber Anreize und Gestaltungsrechte für interessierte Krankenkassen und Ärzte so schwach, dass sich bislang keine überzeugenden Vorhaben dauerhaft etabliert haben (vgl. auch Abschnitt 6.1). Mit anderen Mitteln verfolgen auch die vom Gesetzgeber 2001 beschlossenen Disease-Management-Programme ein ähnliches Ziel (vgl. Abschnitt 6.2). Die Umsetzung dieser Programme bleibt abzuwarten.

226. Die Einführung eines neuen Vergütungssystems im Krankenhaus⁶⁹ wird Anreize und Organisationsabläufe mit Wirkung auf die Patienten nachhaltig verändern (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II, Kapitel 4). Wie ist aus System-sicht die Wahrung von Patientenbedürfnissen in einer sich unter diesen Bedingungen ändernden Krankenhausversorgung zu beurteilen? Die Wirkung auf die deutschen Krankenhäuser wird vermutlich der in den USA ähnlich sein. Die US-amerikanischen Akutkrankenhäuser lassen sich inzwischen zum Teil als große „Intensivstationen“ auffassen. Entlassungen erfolgen oft sehr früh. Wenn Patienten zukünftig z. B. im Schnitt 2,5 Tage nach einem Hüftgelenkersatz aus dem Krankenhaus entlassen würden, so setzt das eine nahtlos anschließende intensive Pflege und Rehabilitation zu Hause oder in einer nachgeordneten Einrichtung voraus. Eine „patientenorientierte“ Behandlung ist in einer Akutklinik mit sehr kurzen Liege- bzw. Durchlaufzeiten kaum möglich, sie kann ausschließlich in der rehabilitativen oder häuslichen Nachsorge erfolgen⁷⁰.

Daneben hat der Rat in seinem 2001 vorgelegten Gutachten zu Über-, Unter- und Fehlversorgung (Gutachten 2000/2001, Band III) die zeitliche Verzögerung oder sogar unterbleibende Einleitung von Rehabilitation zu Lasten von Patienten, Mängel der notwendigen individuellen psychosozialen Betreuung im Rahmen von Rehabilitation, Probleme der Stabilisierung des Rehabilitationserfolges, mangelnde Unterstützung beim Transfer der in der stationären Rehabilitation vermittelten Einstellungs- und Verhaltensänderungen in den privaten Alltag und in den Beruf kritisiert.

227. Der Gesetzgeber hat, um den zu Lasten von Patienten deutlich werdenden Durchführungsproblemen entgegenzu-

⁶⁸ Allerdings unter Ausschluss von Leistungen der Renten- oder Unfallversicherungsträger.

⁶⁹ Im April 2002 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Einführung des Diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) beschlossen. Davon ausgenommen bleibt vorerst die Psychiatrie.

⁷⁰ Die Gesetzesbegründung lobt die verbesserte Transparenz und Leistungsorientierung der in den nächsten Jahren einzuführenden sog. DRG-basierten Fallpauschalenvergütung in Akutkrankenhäusern. Unter DRG besteht ein systematischer ökonomischer Anreiz zur Bevorzugung kurzfristig erfolgreicher Behandlungsansätze. Die auf diese Weise unstrittig erzielbaren, oft allerdings nur kurzzeitigen Erfolge – z. B. bei vielen Bandscheibenoperationen, aber auch bei der Beherrschung eines diabetischen Komas – machen es schwer, die Forderung nach einer Behandlung zu realisieren, die nachdrücklich auf die Stärkung der Selbstheilungskräfte ausgerichtet ist und anstrebt, durch eine unter Umständen einschneidende Veränderung des Lebensstils die Progression einer Erkrankung zu verlangsamen, wenn nicht zu unterbinden. Sowohl der Sachverständigenrat als auch die „Wirtschaftswissenschaften“ haben in ihren Gutachten im Jahr 2001 auf das Risiko aufmerksam gemacht, das durch die neue akutstationäre Vergütung entstehen kann (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II, Kapitel 4; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2001; vgl. auch Abschnitt 5.2.1 dieses Gutachtens).

wirken, bereits mit dem GKV-Reformgesetz 2000 das gesetzliche Qualitätssicherungsgebot (§ 135 SGB V) auch auf stationäre Rehabilitationseinrichtungen ausgedehnt und im Juli 2001 Qualitätsvorgaben für Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung und der anderen Rehabilitationsträger eingefordert (vgl. § 20 SGB IX)⁷¹. Trotz solcher Mahnungen und Maßnahmen ist in der Realität nicht bei allen Kostenträgern ein qualitätsorientiertes Umdenken erkennbar. Vielmehr ist in den Jahren 2000 bis 2002 eher zu beobachten, dass die Krankenkassen angesichts des Beitragswettbewerbs und vor allem des kurzfristig gesehenen Kostendrucks zunehmend stationäre Rehabilitationsleistungen vorrangig unter Preisgesichtspunkten „einkaufen“. Wenn dadurch stationäre Rehabilitationsleistungen „eingekauft“ werden, bei denen eine auf den einzelnen Patienten bezogene individuelle Krankheitsbearbeitung und -begleitung praktisch entfallen und ausschließlich nicht individuelle Interventionsteile angeboten werden, dürfte dies in den meisten Fällen nichts mit den Präferenzen oder Willensentscheidungen der Patienten zu tun haben, sondern ist „Systemrationalitäten“ geschuldet.

228. Der Blick auf diese Vielfalt von politischen, rechtlichen und vertraglichen Vorgaben und Realitäten zeigt, dass trotz der Versuche des Gesetzgebers, den Gedanken der Patientenorientierung im System zu implementieren, die strukturelle Realität der Institutionen hinterher hinkt. Oft kann oder will auch der Staat selbst das Konzept von mehr Patientenorientierung in seinen Entscheidungen (z. B. zu neuen Vergütungssystemen) nicht konsequent verfolgen.

3.1.4 Zur professionellen Perzeption

229. Betrafen die bisherigen Punkte das Verhältnis von Institutionen zu den Bedürfnissen von Patienten, gilt es gleichermaßen, die professionelle Beziehung zwischen Arzt und Patient – und den korrespondierenden medizinisch-wissenschaftlichen Hintergrund ärztlichen Handelns – unter dem Blickwinkel der Patientenorientierung zu betrachten.

Betrachtet man als „Einstieg“ in das Alltagsphänomen Arzt-Patient-Beziehung die heutige Praxis der Arzneimittelverschreibungen, wird der Eindruck erweckt, auf ein wechselseitiges und alltäglich stattfindendes, kommunikatives Missverstehen zwischen Ärzten und Patienten zu stoßen. Aus Beobachtungsstudien, Arzneimittelschwundmessungen, Messung von Medikamentenspiegeln etc. lässt sich ermitteln, dass bei Epilepsiekranken, Diabetikern und Hypertonikern zwischen 30 und 50 % der Patienten ärztliche Anordnungen nicht befolgen, bei Rheumatikern sogar bis 70 %, bei Asthmapatienten rund 20 %. Knapp ein Drittel aller verkauften Arzneimittel werden bei Apotheken oder kommunalen Sammelstellen zurückgegeben, eine weitere Dunkelziffer an Arzneimitteln wird mit dem Haushaltsmüll entsorgt. Bei den in deutschen Apotheken zurückgegebenen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sind mehr als 30 % der Packungen unangebrochen (vgl. Addendum zum Gutachten 2000/2001, Abschnitt 5.2).

⁷¹ Zusätzlich hat der Gesetzgeber gemeinsame Servicestellen zur Beratung und Unterstützung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen vorgeschrieben (§§ 22 ff. SGB IX), deren Effekte jedoch noch unklar sind.

Da nur 10 % der selbst gekauften rezeptfreien Arzneimittel nicht eingenommen werden, sprechen diese Größenordnungen dafür, dass das pharmakotherapeutische Zielsystem der Ärzte offensichtlich vom Zielsystem der Patienten abweicht oder dass es andere Missverständnisse in der Kommunikationskultur zwischen Ärzten und Patienten gibt.

230. Wie kommt es zu einem solchen Befund? Sagen Patienten nicht ihre Meinung? Fehlt Ärzten das Wissen um Kommunikationsprobleme oder Ängste ihrer Patienten oder um deren ganz anders orientierte Behandlungs- und/oder Gesprächsbedürfnisse? Zunächst ist anzunehmen, dass die Mehrheit der Ärzte aus zahlreichen veröffentlichten Studien im ambulanten und stationären Bereich weiß, dass der Wunsch nach ausreichender Zeit für Gespräche mit den behandelnden Personen eine zentrale Forderung der Patienten ist und bleibt. Ein patientenorientierter Kommunikationsstil führt sogar zu einem höheren Grad an Compliance und zu einem besseren gesundheitlichen Ergebnis (Kaplan, S. H. et al. 1989), z. B. in Bezug auf Reduktion von Schmerzen, verbesserte Lebensqualität, Reduktion von Ängstlichkeit, Blutdruckreduktion bei Patienten mit Hypertonie und Outcomeverbesserungen bei Asthma-Kranken (Siminoff, L. A. et al. 2000; Buller, M. K. u. Buller, D. B. 1987; Clark, N. M. u. Gong, M. 2000).

Dennoch wird offenbar dieser „Königsweg“ einer patientenorientierten Gesprächsführung (Bensing, J. M. et al. 2000; Roter, D. 2000) angesichts der Rahmenbedingungen im deutschen Systemalltag zu selten beschritten: Die Ergebnisse einer europäischen Vergleichsstudie zur Patient-Hausarzt-Interaktion (EUROCOM), in der etwa 3 000 Sprechstundengespräche in sechs europäischen Ländern per Video aufgezeichnet wurden, zeigten, dass die in Deutschland dokumentierten Gespräche im Durchschnitt am kürzesten, am stärksten medizinisch orientiert und am wenigsten patientenzentriert waren (Bahrs, O. 2001 und 2003). Es wundert nicht, dass auch die befragten deutschen Patienten in dieser Studie im Vergleich eine höhere Unzufriedenheit, insbesondere im Hinblick auf Information und emotionale Unterstützung, äußerten.

231. Patientenzufriedenheit kann mit unterschiedlichen Kommunikationsstilen von Ärzten erreicht werden (Krupat, E. et al. 2000). Ein direkter und „paternalistischer“ Kommunikationsstil kann z. B. manchen (aber eben nur manchen) Patienten ein Gefühl von Sicherheit vermitteln (Savage, R. M. u. Armstrong, D. 1990). Hilfreich ist in diesem Zusammenhang die Unterscheidung zwischen aufgefordertem und unaufgefordertem Paternalismus (Dierks, M.-L. 2001). Studien weisen darauf hin, dass viele Ärzte für diese Art einer differentiellen Interaktion nicht genügend qualifiziert sind und/oder den Patienten kaum Gelegenheit geben, ihr Anliegen angemessen vorzutragen. So zeigte eine Studie bei Allgemeinärzten, dass nur in einem Drittel der Gespräche die Patienten ihre Beunruhigung zu einem gesundheitlichen Thema tatsächlich ausformulieren konnten. Bereits nach durchschnittlich 23 Sekunden lenkten die Ärzte das Gespräch in eine von ihnen gewünschte Richtung (Marvel, M. K. et al. 1999). Kommunikativ geschulte Ärzte waren besser in der Lage, auf die Probleme ihrer Patienten einzugehen (Joos, S. K. et al. 1996; Clark, N. M. et al. 1998).

232. In Überlegungen zur Nutzerorientierung des Systems sind die organisatorischen und wirtschaftlichen Rahmenbe-

dingungen medizinischer Versorgung zu berücksichtigen. Zunehmend sehen sich deutsche Ärzte in einem Spannungsfeld zwischen rechtlichen Vorgaben, medizinischen Möglichkeiten und wirtschaftlichen Zwängen. Alle befragten Ärzte einer Interviewstudie in Deutschland nehmen eine wachsende Bedeutung finanzieller Einflussfaktoren wahr. Dabei bewegen sich die Urteile zwischen den Polen „das Bewusstsein über die Kosten beherrscht uns“ bis hin zur „Wahrnehmung von direkten Eingriffen der Verwaltung in die Therapiefreiheit des Arztes“ (Kuhlmann, E. 1999). Deutlich wird an dieser Studie, dass Rationierungspraktiken und Personaleinsparungen unter anderem zu einer „Zuteilung von Gesprächszeit“ zwingen, die wiederum Auswirkungen auf den Umgang mit den Patienten hat (ebd.). Versuche, durch die Einführung von speziellen Abrechnungsziffern eine honorar-seitige Unterstützung für eine „sprechende Medizin“ in der Praxis zu schaffen, waren unter den Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung in der GKV mit ihrem monetär fixierten Budget nicht dauerhaft erfolgreich.

Vielen Ärzten ist das beschriebene Problem bekannt, viele Patienten sehen ihre Bedürfnisse missachtet, dennoch „verbünden“ sich beide Gruppen bislang nicht und entwickeln keine „partnerschaftliche Entscheidungskultur“ (vgl. Büchi, M. et al. 2000). Stattdessen herrscht in ärzteumfragen ein eher resignativer Ton: „Es dreht sich im Gesundheitswesen um alles andere, es dreht sich nur nicht um den Patienten“ (Kuhlmann, E. 1999).

233. Dieses resignative Zwischenfazit ist um so erstaunlicher, als es seit Jahrzehnten ernsthafte Anstrengungen und Versuche gibt, dem „Subjekt“ und seiner Sprache in der Medizin Gehör zu verschaffen. Schon die Etablierung einer an der Biographie des Individuums orientierten Psychoanalyse am Wendepunkt des 19. zum 20. Jahrhundert war ein Versuch, der übermächtig werdenden naturwissenschaftlichen, „objekthaften“ Medizin eine Medizin des Subjekts gegenüberzustellen. Die Psychosomatik Weizsäckers (vgl. z. B. Weizsäcker, V. v. 1941 und 1946) und Uexküll (vgl. z. B. Uexküll, T. 1979) 50 bzw. 80 Jahre später kann als ein ebensolcher Versuch gewertet werden.

Auch die Forderung nach einer „sprechenden Medizin“ (vgl. z. B. Lüth, P. 1989), ferner die Einführung sog. psychosozialer Fächer in die ärztliche Ausbildung, mit medizinischer Psychologie schon ab den ersten Semestern, und die volle Einbeziehung der Psychotherapie in die vertragsärztliche Versorgung in den neunziger Jahren, war von ähnlichen Vorstellungen getragen. Zu nennen ist auch die teils innerärztlich, teils von außen durchgesetzte Stärkung der Hausärzte seit den neunziger Jahren.

234. Es kann an dieser Stelle nicht im Einzelnen untersucht werden, warum viele dieser Ansätze keinen nachhaltigen Erfolg in der Umsetzung hatten. In Deutschland hat man sich innerhalb der Medizin und der Pflege bislang noch zu wenig wissenschaftlich vertiefend und praxisorientiert mit der Laiensicht von Krankheit und Kranksein befasst⁷². Gegenwärtig wächst die Einsicht, dass viele professionelle,

⁷² Dieses Thema wurde vorzugsweise unter der Perspektive, wie das Verhalten von Patienten den Vorstellungen des professionellen Systems anzupassen sei, Gegenstand der so genannten Coping- und Compliance-Forschung (vgl. z. B. Engfer, R. u. Grunow, D. 1989; Lazarus, R. S. u. Folkman, S. 1984; Aebischer, K. 1987).

medizinische oder psychotherapeutische Definitionen von Krankheit und Gesundheit nur einen Ausschnitt des vorhandenen kollektiven Wissens darstellen und viele zu sehr die Sichtweise des Patienten ausblenden (Dierks, M. L. 2001). In den subjektiven Gesundheits- und Krankheitstheorien von Patienten drücken sich Vorstellungen in eigener, nicht-wissenschaftlicher Sprache aus, z. B. darüber, ob die Krankheit als absichtsvolles Schicksal, als Schwäche oder unkalulierbare, externe Bedrohung erlebt wird, oder als Folge einer ererbten Disposition, als Folge von Umwelteinflüssen oder von Infektionen. Mitunter spielt ein Schuldaspekt eine Rolle, wenn Krankheit als „Strafe“ empfunden wird oder z. B. als selbstverschuldete Folge einer ungesunden Lebensweise. Ebenso kann sie als Reaktion auf seelische Probleme oder den Verlust geliebter Personen interpretiert werden.

Diese subjektiven Konzepte des Patienten sollten nicht ignoriert werden, da sie maßgeblichen Einfluss auf die Einstellung von Patienten zur medizinischen Behandlung insgesamt haben sowie darauf, wann ein Patient die Hilfe des Gesundheitssystems in Anspruch nimmt, wie er mit den behandelnden und betreuenden Professionellen umgeht und welche individuellen Ressourcen er zur Krankheitsbewältigung mobilisieren kann oder will (Ziegler, G. 1989; Greer, S. et al. 1979).

Die subjektive Krankheitstheorie eines Menschen kann als ein wesentlicher Bestandteil seiner eigenen Bewältigungsversuche von Kranksein verstanden werden. Sie sollte deshalb als wichtige Komponente in therapeutische oder therapeuleitende Prozesse Eingang finden⁷³. Auch die hinter professionellen Rollen verborgenen subjektiven Konzepte zu Gesundsein, zu Kranksein und zu Alter und Altern der Gesundheitsprofessionellen selbst müssen klarer als bisher aufgedeckt und von Ärzten und anderen Therapeuten in Bezug auf ihre eigenen Ziele und Behandlungsvorstellungen reflektiert werden⁷⁴.

235. In die deutsche theoretische und praktizierte Medizin sind die Fragen nach der Subjektivität des Kranken und der Subjektivität des Therapeuten bislang zu wenig eingedrungen. Unverkennbar ist die enorme Resistenz insbesondere der „Organfächer“, überhaupt psychische Fragen in ihre Konzepte nicht nur rhetorisch bzw. nicht nur abwertend oder abwartend zu integrieren. Die Kardiologie bietet dafür ein illustratives Beispiel: Bei der Entwicklung des Risikofaktorenkonzeptes für Koronarerkrankungen seit den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurde anfangs – noch unter dem Eindruck der Arbeiten von Hans Selye aus den vierziger bis sechziger Jahren – der Stresstheorie ein bedeu-

tender Platz eingeräumt. Die technischen Fortschritte der interventionellen Kardiologie der achtziger und neunziger Jahre sowie ein von der Pharmaindustrie exzellent durchgeführtes Marketing von Studien zum Lipidstoffwechsel und die daraus abgeleitete Pharmakotherapie haben jedoch die Stresstheorie zu Beginn des 21. Jahrhunderts zu einer Petitesse verkümmern lassen. Eine stressverarbeitungsorientierte Psychotherapie von Herzkranken gilt bestenfalls als Addendum, aber nicht als ein relevanter Therapieansatz. Dabei lassen neuere Studien erwarten, dass die hohe Sterblichkeit von Personen, deren gefäßkrankes Herz durch psychischen Stress zusätzlich beansprucht wird, zurückgeht, wenn es gelingt, die psychischen Leiden, Symptome und Verarbeitungsmuster der Betroffenen, insbesondere depressive Syndrome, zu beeinflussen (Deuschle, M. et al. 2002; Denollet, J. u. Brutsaert, D. L. 2001). Allerdings mangelt es an zeitnahen, methodisch belastbaren Studien zu den Effekten psychischer Co-Therapie an somatisch Kranken. Es bedarf deshalb neuer kontinuierlicher Forschungsansätze und eines besseren Ergebnistransfers in die Praxis.

236. Das im angloamerikanischen Raum in den achtziger Jahren aus der klinischen Epidemiologie entwickelte Konzept der „evidenzbasierten Medizin“ (ebM) trat in den neunziger Jahren als Leitbild ärztlicher Urteilsgewinnung einen Siegeszug an (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II, Abschnitt 2.3). Die Bedeutsamkeit dieses Konzeptes für den ärztlichen Arbeitsalltag, für das theoretische Selbstverständnis der Medizin und für medizinbezogene gesellschaftliche und wirtschaftliche Allokationsentscheidungen wird teils gelegnet, teils überzogen positiv bewertet.

Die Medizin, die als Wissenschaft wesentliche Erkenntnisse und Erkenntnisverfahren aus den exakten objektorientierten Naturwissenschaften übernahm und fortlaufend übernimmt, wendet diese Erkenntnisse in einem anderen Denk- und Bezugsraum an, nämlich am individuellen Patienten und seinem sozialen und kulturellen Umfeld. Dieses stellt – mit wechselnden Überschneidungen – zugleich das personale und kulturelle Bezugsumfeld der ärztlichen Behandlungspersonen selbst dar. Da in der Wirklichkeit von „Krankheit“ Kranksein und Kranke weder „taxonomisch“ exakten Nosologien noch – von seltenen Ausnahmen abgesehen – monokausalen Krankheitsursachen und Ablaufmodellen folgen, wird in jüngster Zeit neben die evidenzbasierte Medizin die *narrative-based Medicine* (nbM) gestellt, die sich primär auf Ansätze der Hermeneutik und Phänomenologie beruft (Greenhalgh, T. u. Hurwitz, B. 1998). Die nbM sieht sich nicht als „Konkurrenz“ zur ebM, sondern als deren Ergänzung. Sie liefert die Grundlagen für ein klinisches Urteil, das am Patienten als Individuum, also „patientenorientiert“ gewonnen wird, und dient so als – auch in der ebM gefordertes – unverzichtbares Korrelat zu klinisch-epidemiologischen, studiengestützten Einsichten (vgl. auch Raspe, H. 2002).

Gesellschaftliche, rechtliche, organisatorische und wirtschaftliche Rahmenvorgaben für Medizin und Versorgung müssen auch in Zukunft dieser grundlegenden Dualität der angewandten Medizin zwischen Objektivität, Wissenschafts- und Systemorientierung einerseits und der Subjektivität von Patienten und ihren Behandlern andererseits mehr wissenschaftliche Beachtung sowie organisatorischen und rechtlichen Raum geben.

⁷³ Bisher existieren allerdings lediglich Vermutungen darüber, wie diese angedeuteten subjektiven Vorstellungen von Krankheit und Krankheitsentstehung beispielsweise die Akzeptanz medizinischer Maßnahmen oder den Heilungsprozess beeinflussen. Ein Patient, für den die Erkrankung eine Bestrafung und somit eine von außen kommende, aber gerechtfertigte Entwicklung darstellt, wird vielleicht auch die Behandlung in dieser Weise interpretieren und sich möglicherweise eher den Entscheidungen des Experten unterwerfen als eine Person, für die die Erkrankung eine Herausforderung oder einen inneren Feind darstellt.

⁷⁴ Zum Thema „Gesundheits- und Alterskonzepte von Ärzten und Pflegekräften in der ambulanten Versorgung älterer Menschen“ läuft derzeit ein Projekt an der Medizinischen Hochschule Hannover und der Alice Salomon Fachhochschule Berlin.

3.1.5 Fazit und Empfehlungen

237. Der Rat hat sich in seinem Gutachten 2000/2001 nachdrücklich für mehr „Patientenorientierung“ in der Versorgung ausgesprochen. Dieser Grundsatz steht im Widerspruch zu einer Reihe von Leitbildern, Verhaltensmustern und Organisationsabläufen bei Institutionen und Professionen des Gesundheitswesens. Ebenso konfliktieren wichtige politische Zielbündel, wie z. B. eine strikte „Systemorientierung“ (i. S. einer Vorrangigkeit institutioneller Orientierung) oder eine strikte „Kostenorientierung“ aller Beteiligten, und gesetzliche Rahmenvorgaben, wie strenge sektorale Versorgungsgliederungen oder Vergütungsregelungen, mit dem Ziel der Patientenorientierung.

Die Verdeutlichung und die diskursive Abwägung dieser konfliktierenden Zielbündel ist für eine politische, professionelle und gesellschaftliche Debatte über die Weiterentwicklung des Systems zu mehr „Patientenorientierung“ unerlässlich. Andernfalls können wohlgemeinte Gesetzesinitiativen, Organisationsreformen und Ausbildungsänderungen ins Leere laufen.

238. Trotz mancher Versuche des Gesetzgebers, den Gedanken der Patientenorientierung im System zu implementieren, wird die strukturelle Realität der Institutionen dem noch nicht nachhaltig gerecht. Auch in der Arzt-Patient-Beziehung ist eine konsequente Patientenorientierung noch nicht hinreichend realisiert. Um den Leistungserbringern in Kliniken und Praxen mehr Raum und Zeit zur Entfaltung einer patientenorientierten Versorgung zu geben, müssen geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dem ist bei der Anwendung von Fallpauschalen in der stationären Akutversorgung ebenso Rechnung zu tragen wie bei der Honorierung der Tätigkeiten von Ärzten in der ambulanten Praxis und der Vergütung rehabilitativer Leistungen (vgl. auch Abschnitt 5.2.1). Gesundheitspolitische Debatten über „Eintritts-Gebühren“ bei Arztbesuchen zur Erhöhung der Schwelle gegenüber „Bagatell-Inanspruchnahmen“ könnten und sollten auch unter dem Gesichtspunkt gesehen werden, dass weniger gefüllte Wartezimmer einer sprechenden Medizin bessere Chancen einräumen.

239. Eine theoretisch vertiefte und praktisch wirksame Patientenorientierung in der Medizin braucht mehr Wissen über den Patienten und seine subjektiven Krankheits- und Bewältigungsmodelle sowie Konzepte zu deren Integration in präventive, therapeutische oder rehabilitative Ansätze. Auch die hinter professionellen Rollen verborgenen subjektiven Konzepte zu Gesundsein, zu Kranksein und zu Alter und Altern der Gesundheitsprofessionellen selbst müssen klarer als bisher aufgedeckt und von Ärzten und anderen Therapeuten in Bezug auf ihre eigenen Ziele und Behandlungsvorstellungen reflektiert werden.

240. Patientenorientierung braucht in der Alltagswirklichkeit neben mehr Wissen über die Patienten auch mehr „Empowerment“, d. h. Eigenkompetenz der Patienten und mehr Mitgestaltungsrechte für die Patienten i. S. einer „partnerschaftlichen Medizin“ als Zielvorstellung für ein System der Gesundheitsversorgung im 21. Jahrhundert (vgl. auch Gutachten 2000/2001, Band III.1, Kapitel 7).

241. Die Forderung nach „Objektivität in der Versorgung“ im Sinne der Normen des SGB V und die nach „verstärkter Berücksichtigung der Subjektivität des Patienten“ vor allem im Sinne der neuen Normen des SGB IX stehen zurzeit

rechtlich und inhaltlich weitgehend unvermittelt nebeneinander. Gesellschaftliche, rechtliche, organisatorische und wirtschaftliche Rahmenvorgaben für Medizin und Versorgung müssen auch in Zukunft dieser grundlegenden Dualität der angewandten Medizin zwischen Objektivität, Wissenschafts- und Systemorientierung einerseits und der Subjektivität von Patienten und ihren Behandlern andererseits mehr wissenschaftliche Beachtung und hinreichenden organisatorischen und rechtlichen Raum geben.

3.2 Partizipation auf der Ebene der Systemgestaltung

3.2.1 Einführung und Begründung

242. Partizipation von Bürgern, Versicherten und Patienten stellt auf allen Ebenen des Gesundheitswesens einen wesentlichen Bestandteil der Weiterentwicklung des Versorgungssystems dar. Sowohl aus der möglichen Betroffenheit großer Bevölkerungsteile als auch aus der Tatsache, dass das Gesundheitswesen im Wesentlichen von Bürgern und Versicherten finanziert wird, lässt sich eine Partizipation auch auf der Ebene der Systemgestaltung ableiten. Im folgenden Kapitel setzt sich der Rat vertiefend mit den Möglichkeiten, Wegen und Chancen auseinander, bei Gestaltungsfragen auf der Makroebene des Gesundheitswesens partizipative Entscheidungen auch im Sinne eines gesellschaftlichen Diskurses herbeizuführen. Ziel ist es, zu einer Auseinandersetzung anzuregen, die sich auch auf die Verteilung von Ressourcen und deren Begründung bezieht.

Untersuchungen aus England zufolge votiert die Bevölkerung selbst für Einflussmöglichkeiten auf die Verwendung der Mittel im Gesundheitswesen. Es wird insbesondere die Ansicht geäußert, der Bürger habe ein „Recht“ darauf, in entsprechende Entscheidungen einbezogen zu werden. Ethische und auf andere allgemeine Werte abzielende Fragestellungen wurden als besonders geeignet für eine Bürgerpartizipation herausgestellt (Lenaghan, J. 1999). Auch in der deutschen Bevölkerung besteht ein Interesse daran, sich an gesundheitspolitischen Entscheidungen zu beteiligen: Eine Befragung im Jahr 2002 zeigt, dass 35 % eine Partizipation „auf jeden Fall“ wünschen, 45 % mit „eher ja“ votieren und nur 21 % der Befragten eine Partizipation ablehnen (Jansen-Cilag 2002).

243. Zwischen dem Umfang und Ausmaß der von der Medizin vorgehaltenen Möglichkeiten und den für ihre Anwendung bereit stehenden Mitteln besteht kein Entstehungszusammenhang. Während der medizinische Fortschritt vielfach in erster Linie den Entfaltungsgesetzen der Wissenschaft folgt, hängen die der gesundheitlichen Versorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen, d. h. das Beitragsaufkommen der GKV, von wirtschaftlichen und sozialrechtlichen Faktoren ab. Die Dynamik in beiden Bereichen folgt somit voneinander getrennten Bestimmungsfaktoren.

Diese Konstellation führt immer dann zu einem Ungleichgewicht, wenn mehr medizinische Möglichkeiten bereitstehen als in einer sozialen Krankenversicherung bei gegebenen Rahmenbedingungen finanzierbar sind und eine Anpassung der Mittel an den medizinischen Fortschritt nicht im entsprechenden Umfang möglich ist. Die naheliegende Vorstellung, dass mehr Aufwendungen für Gesundheit sich in einem besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung und damit allmählich niedrigeren Gesundheitskosten

niederschlagen müssten, wird von der Wirklichkeit widerlegt. Indikationen und Technologien nehmen ständig zu, wobei jedoch nur in geringem Umfang bestehende durch innovative Verfahren ersetzt werden (Turk, F. 2002).

244. Im deutschen Gesundheitswesen wird das Spannungsverhältnis zwischen dem medizinisch Möglichen und dessen Finanzierbarkeit bei Wahrung der Beitragsstabilität aus Mitteln der GKV zunehmend diskutiert. Damit werden zugleich Gesundheitsutopien in Frage gestellt, die auf eine für alle Patienten mit allen Krankheiten zu jedem Zeitpunkt gleichermaßen optimale Versorgung zielen. Es wird davon ausgegangen, dass die derzeitig diskutierten Versuche, die in der GKV zur Verfügung stehenden Mittel zu erhöhen (vgl. hierzu auch Abschnitt 2.3), das Problem der relativen Knappheit allenfalls graduell und vorübergehend, aber nicht zwangsläufig auf Dauer zu lösen vermögen (vgl. z. B. Turk, F. 2002). Rationierung im Sinne eines begrenzten Einsatzes medizinischer Verfahren mit unumstrittener Wirksamkeit wird deshalb zunehmend als konkrete Perspektive diskutiert und nach Darstellung von Leistungserbringern und Patienten teilweise bereits praktiziert (vgl. z. B. Braun, B. 2002; vgl. auch Gutachten 2000/2001, Band III.1, Abschnitt 5.3).

Somit wird die Verwendung der Ressourcen vermehrt in den Blickwinkel zukünftiger Reformen rücken. Die Frage, wofür bzw. nach welchen Grundsätzen begrenzte Mittel eingesetzt werden sollen, beinhaltet immer Wertentscheidungen. Trotz standardisierter Vorgaben, z. B. der gesetzlichen Regelungen in § 12 SGB V oder evidenzbasierter Leitlinien, bleiben dennoch sowohl in Bezug auf den individuellen Behandlungsbedarf als auch auf die grundsätzliche Indikationsstellung Ermessensspielräume⁷⁵. Hierzu kann die Medizin sachliche Informationen liefern, z. B. zu Ursachen, Pathophysiologie und Auswirkungen von Krankheiten oder zur Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Relation bestimmter Verfahren. Da es sich bei dem weiten Feld der individuellen und kollektiven Auswirkungen der Medizin zwischen Lebensverlängerung, Linderung von Schmerz und Leid, Erhaltung und Wiederherstellung von Lebenskompetenz und gesellschaftlicher Teilhabe um allgemeine Daseinswerte handelt, deren vergleichende Wertung die Kompetenz der Medizin überschreitet, können solche Entscheidungen nur auf gesellschaftlicher Ebene getroffen werden.

245. Die medizinische Standesethik geht im Kern von der individuellen Behandlungssituation zwischen Patient und Arzt aus. Sie ist an dem humanen Anspruch einer bestmöglichen Versorgung jedes einzelnen Kranken orientiert und strebt nach Maximierung der einzelnen Behandlungsergebnisse (Kostka, U. 1998). Sie erzeugt damit Hand in Hand mit dem wissenschaftlichen Fortschritt eine auf stetige Vermehrung medizinischer Hilfen gerichtete Dynamik. Aspekte der Ressourcenallokation, insbesondere im Sinne eines wertenden Vergleichs zweier miteinander konkurrierender Behandlungsinterventionen, gehören nicht zu den traditionellen Gegenständen ärztlicher Ethik. Insofern bietet die Standesethik (bisher) keine ausreichenden Begründungen für Allokationsentscheidungen bei begrenzten Mitteln, sofern diese nicht durch Rationalisierung vermeidbar sind,

und hinterlässt charakteristische, für den einzelnen Arzt häufig nicht befriedigend lösbare Konfliktsituationen.

Der medizinischen Behandlung im Einzelfall gehen stets Allokationsentscheidungen auf einer vorgeschalteten Ebene voraus, z. B. hinsichtlich der Frage, welche Maßnahmen für die GKV zugelassen sind. Auch diese sind wiederum an Vorgaben gebunden, so dass von einer ethischen Hierarchie auszugehen ist (Gäfgen, G. 1998). Ihre Inhalte entfernen sich mit zunehmendem Einflussgrad von den medizinischen Fragestellungen und verlagern sich auf die Aspekte allgemeiner, das Gemeinwohl insgesamt betreffender Interessen mit entsprechend veränderten Zuständigkeiten.

246. Eine europäische Vergleichsstudie über die Vorgehensweisen bei der Zuteilung von Organen für die Transplantation verdeutlicht, in welchem weitreichendem Umfang Allokationsentscheidungen im Sinne von Zuteilungsverfahren auf der Makroebene auch durch gesellschaftliche und kulturelle Werte geprägt werden (Fleischhauer, K. et al. 2000). Die Ergebnisse zeigen, dass die unterschiedlichen Verfahren in enger Beziehung zu kulturellen Traditionen und tief verankerten Wertvorstellungen stehen. Die Autoren folgern, dass Richtlinien für ein einheitliches Vorgehen in Europa bei der Verteilung knapper Ressourcen ohne eine Aufarbeitung und Diskussion dieser Unterschiede unangemessen sind.

247. Die Reichweite der Problematik kann auch am Beispiel der Frage, welche Rolle das Alter des Patienten bei der Zuteilung bzw. Allokation medizinischer Leistungen spielen könnte, verdeutlicht werden (vgl. hierzu z. B. die Ausführungen in Fleischhauer, K. 1999 oder Kollwitz, A. 1999 und die dort aufgeführte Literatur): In der vor allem in den USA geführten Diskussion wird von einigen Autoren die Auffassung vertreten, der Jugend und der Lebensmitte sei Vorrang gegenüber dem Alter zu gewähren, wenn es um die Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen geht. Auch in Deutschland besteht hierüber bereits eine, wenn auch überwiegend im Expertenkreis geführte Diskussion. Es liegt auf der Hand, dass Fragestellungen dieser Dimension nicht der Medizin und den Akteuren des Gesundheitswesens allein überlassen bleiben können.

248. Die Notwendigkeit von gesellschaftlichen Abstimmungsprozessen kann auch damit begründet werden, dass eine grundsätzliche Übereinstimmung zwischen ärztlichen bzw. medizinischen Vorstellungen und den entsprechenden Prioritäten innerhalb der Bevölkerung nicht angenommen werden kann. Die medizinische Psychologie hat mit den Vorstellungen zu „subjektiven Gesundheitstheorien“ wesentlich zu einem Verständnis von Gesundheit als subjektivem Erleben beigetragen. Unabhängig vom objektiven Gesundheitszustand wird ein individuelles Überzeugungsmuster hinsichtlich der eigenen Gesundheit geprägt, aus dem sich Erwartungen und Ansprüche an die medizinische Versorgung ableiten, die auch als kollektive gruppenspezifische, z. B. alterstypische Erwartungen hervortreten und erheblich von den medizinisch-wissenschaftlichen Zielvorstellungen der Leistungserbringer abweichen können (vgl. auch Abschnitt 3.1).

249. Eine Steuerung des Versorgungsgeschehens durch flankierende gesellschaftliche Entscheidungen wird auch notwendig angesichts des veränderten Krankheitsspektrums mit einer hohen Bedeutung chronischer Krankheiten.

⁷⁵ Der Rat verweist hierzu auf seine Ausführungen zu den „Grauzonen“ der medizinischen Entscheidungsfindung (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II, Abschnitt 2.3).

Dabei handelt es sich in nicht geringem Umfang um die Folgen einer vernachlässigten Vorbeugung durch gesundheitsgerechtes Verhalten und somit teilweise um vermeidbare Morbidität. Krankheit verliert hier partiell den schicksalhaften Charakter, wonach sie jeden Menschen gleichermaßen und unerwartet treffen kann. Umgekehrt wird Gesundheit auch zu einer Lebens- und Gesellschaftsleistung, deren Erhalt zumindest in Grenzen der individuellen Verantwortung obliegt. Geht man von einer solidargemeinschaftlichen Basis der GKV aus, stehen Entscheidungen darüber an, mit welchen Anreizen und/oder Sanktionen auf bewusste und vermeidbare Gefährdungen der Gesundheit reagiert werden soll. Auch diese Entscheidungen können nur im Rahmen eines gesellschaftlichen Diskurses getroffen werden.

3.2.2 Grundsätzliche Chancen und Hindernisse der Bürgerbeteiligung

3.2.2.1 Chancen und Ziele

250. Die unmittelbare Beteiligung von Bürgern an konstitutiven Prozessen der Gesellschaft kann als Erweiterung des demokratischen Prozesses und somit als eigenständiger Wert gesehen werden (Reibnitz, C. von u. Litz, D. 1999). Sie fördert ein besseres Verständnis gesundheitspolitischer Zusammenhänge, die Bereitschaft des Bürgers, Verantwortung zu übernehmen, und trägt dazu bei, Gemeinschaftsgefühl sowie Vertrauen in die (Gesundheits-)Politik zu stärken.

Indem Entscheidungen über die Verwendung von Ressourcen im Gesundheitswesen stärker auf die Ebene der davon potentiell und realiter Betroffenen verlagert werden, besteht die Chance, dass das Gesundheitswesen sich den Erwartungen, Bedürfnissen und Werten der Gesellschaft vermehrt anpasst und folglich auch eine höhere Akzeptanz seiner Leistungen, aber auch seiner Anforderungen an den Bürger erzielt. Auf diese Weise kann die Angemessenheit der medizinischen Versorgung verbessert werden (Badura, B. et al. 1999).

251. Medizin und Gesundheitswesen verschließen sich traditionellerweise hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Entfaltung und der Komplexität des Versorgungsgeschehens weitgehend dem Verständnis des Bürgers. In der Öffnung der Medizin und des gesamten Systems der Gesundheitssicherung für eine gesellschaftliche Diskussion kann somit ein erheblicher Gewinn an Transparenz gesehen werden. Ziele und Paradigmen von Medizin und Gesundheitswesen werden offenkundig und Sachfragen in einen erweiterten Zusammenhang gestellt (vgl. auch Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 3). Gesundheitspolitische Fragen und schließlich auch deren Lösungen werden dem verengenden Blick spezialisierter Sachkompetenz entzogen. Die Wertediskussion in der Gesellschaft wird, gerade auch als Gegengewicht zu expertengeleiteten Entscheidungsprozessen in hoch diversifizierten Fachwelten, angeregt.

252. Partizipation regt die Politik dazu an und ermutigt sie, vermehrt und präziser über ihre eigentlichen Ziele und deren Begründungen Rechenschaft abzulegen (Lenaghan, J. 1999). Unter partizipativen Einflüssen lässt sich somit ein veränderter Stellenwert der grundsätzlichen Argumentationen und Einflusskräfte denken; neue Ordnungsgedanken werden in das System getragen. Dies schließt z. B. auch die Chance ein, Fragen zum medizinischen Fortschritt durch an-

dere Bedeutungsakzente, z. B. im Sinne eines Weges von der bloßen Neuerung zum wohl verstandenen Fortschritt, anders zu bewerten (vgl. auch SG 1997), was wiederum von erheblichem Einfluss auf die Forschung und Technologieentwicklung sein kann.

253. Die aufgeführten Chancen einer Bürgerbeteiligung setzen eine grundsätzlich neue Form der Kommunikation medizinischer Sachverhalte voraus. Über individuell abrufbare Informationen hinaus gilt es, die Möglichkeiten und Grenzen einschließlich der grundsätzlichen Wissenslücken und Unwägbarkeiten der Medizin in neuer Form und verständlicher Sprache so offenzulegen, dass sie von Laien überblickt werden können (vgl. auch Abschnitt 3.3). Dies bedeutet auch, auf Fragen zur Wahrscheinlichkeit eines therapeutischen Erfolges unter bevölkerungs-, zielgruppen- und individuenbezogenen Aspekten einzugehen.

Debatten mit der skizzierten Zielrichtung verbessern vermutlich die Chance, dass Gesundheit als eine Gestaltungsaufgabe begriffen wird, an der auch Bürger, Versicherte und Patienten teilhaben müssen.

3.2.2.2 Probleme und Hindernisse

254. Innerhalb der letzten zwei Dekaden hat sich in etlichen Gesundheitssystemen, z. B. in Skandinavien, England und den USA, Bürgerbeteiligung im Rahmen der Systemgestaltung etabliert. Dennoch wird eine grundsätzlich geführte Diskussion darüber, welchem Ziel Partizipation dienen soll, vermisst (Mort, M. u. Harrison, S. 1999). Fraglich ist bisher auch, welcher Mehrwert dem Gesundheitswesen aus Bürgerbeteiligung tatsächlich erwächst (Lenaghan, J. 1999).

255. Es wird bezweifelt, dass Partizipation tatsächlich zu einer veränderten oder gar „besseren“ bzw. „gerechteren“ Verteilung von Gesundheitsgütern führt. In der Einflussnahme von Bevölkerungs- oder Patientengruppen mit Partialinteressen wird die Gefahr einer „Unterwanderung“ sachgerechter Entscheidungen gesehen und die Beeinflussbarkeit von Betroffenen-Organisationen und Patientenvertretern durch problemnahe Interessengruppen, z. B. durch finanzielle Förderung, hervorgehoben. Andererseits stellt gerade der Minderheitenschutz ein wichtiges Ziel der Beteiligung Betroffener dar.

Im SG 1997 (Abschnitt 2.1.2) wurde bereits darauf hingewiesen, dass insbesondere die Beurteilung des medizinischen Fortschritts die Kenntnis größerer Zusammenhänge voraussetzt, weshalb ein von Partialinteressen einzelner Gruppen geleiteter Blick entsprechenden Fragen nicht immer gerecht wird. Erfahrungen aus England zeigen auch, dass Bürger, zum Teil im Gegensatz zur politischen Intention, vor schwerwiegenden Entscheidungen, z. B. hinsichtlich „Prävention vor Kuration“, zurückscheuen (Doyal, L. 1998). Damit ist das Problem der Kompetenz Mitentscheidender angesprochen, was die Bedeutung einer neuen Form der Wissenskommunikation zwischen Medizin und Gesellschaft unterstreicht.

256. In der Diskussion um Partizipation im Gesundheitswesen wird deshalb die Frage der Legitimation entsprechender „Patientenvertreter“ in der Regel als vordringliches Problem erachtet. So weisen Franke, R. und Hart, D. (2000) darauf hin, dass insbesondere bei einer Entscheidungsbeteiligung, d. h. einem gleichwertigen Stimmrecht, die rechtl-

chen Voraussetzungen in Deutschland noch klärungsbedürftig sind. Die Frage der Legitimation stellt sich jedoch auch bereits bei einer Verfahrensbeteiligung (Anhörung in Gremien) und bei der Beratungsbeteiligung (Beteiligung an der Diskussion).

257. Hinsichtlich der praktischen Umsetzung wird befürchtet, dass sich durch Partizipation Routinevorgänge und übliche Verfahrensweisen der Entscheidungsbildung erheblich komplizierter, aufwendiger und vor allem langwieriger gestalten (vgl. z. B. Gibis, B. 2000). Ausländische Erfahrungen zeigen, dass Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen zwar in vielen Ländern der westlichen Welt als hohes gesellschaftliches Gut gewertet wird und vielfältige Anstrengungen in dieser Richtung unternommen wurden. Die konkrete Umsetzung entsprechender Programme und deren Ergebnisse zeigen jedoch erhebliche Schwierigkeiten und nicht im Vorhinein erkennbare Probleme, so dass keineswegs von einfachen und ohne Aufwand übertragbaren Lösungen ausgegangen werden kann (vgl. auch Fleischhauer, K. 1997).

258. Gegen eine Bürgerbeteiligung wird ferner eingewendet, dass es den Interessen der Politik eher widerspricht, Bürgerbeteiligung zu fördern und darin einen Wert an sich zu erkennen. Bei Allokations- bzw. Rationierungsentscheidungen handle es sich schließlich um typische politische Aufgaben, für deren Lösung die Politik in einer Demokratie hinreichend legitimiert sei (Mort, M. u. Harrison, S. 1999).

3.2.3 Umsetzung von Partizipation auf der Makroebene

259. Partizipation auf der Makroebene des Gesundheitswesens sollte sich im Rahmen gesellschaftlicher Entscheidungen vollziehen. Derzeit stehen in Deutschland vor allem Debatten über Ansätze zur „Überwindung“ der Mittelknappheit der GKV auf der politischen Agenda. In anderen Ländern wird vielfach versucht, Fragen des sinnvollen Einsatzes begrenzter Ressourcen über explizite Priorisierungen zu beantworten. Dabei wird unter Priorisierung häufig die „ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen“ verstanden (ZEKO 2000). Sie ist nicht mit Rationierung, also dem faktischen Vorenthalten notwendiger oder zweckmäßiger Leistungen, zu identifizieren, sondern geht dieser stets voraus⁷⁶. Es gilt Priorisierung explizit und transparent zu machen.

In dem hier diskutierten Zusammenhang interessiert deshalb zunächst die Frage, in welcher Form und bis zu welchem Grade Bürger in die Prioritätenbildung im Gesundheitswesen einbezogen sind bzw. werden können und welche Fragestellungen bzw. Lösungen i. S. einer Prioritätenbildung davon betroffen sind bzw. daraus resultieren.

3.2.3.1 Internationale Erfahrungen mit Bürgerbeteiligung bei der Prioritätensetzung

260. Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen zeigt sich als ein zunehmend in seiner Bedeutung erkanntes Anliegen. So

wurden in den skandinavischen Ländern – beginnend 1987 in Norwegen – bereits Priorisierungskriterien mit Bürgerbeteiligung erarbeitet. Relativ bekannt ist der im US-Staat Oregon eingesetzte „Oregon Health Plan“, der sich auch auf Befragungen der Bevölkerung stützte (vgl. z. B. Marckmann, G. u. Siebert, U. 2002; vgl. auch Gutachten 2000/2001, Band I, Abschnitt 1.3.1). 1996 stellte die WHO fest: „Health care reforms must address citizens“ needs taking into account through the democratic process their expectations about health and health care. They should ensure that the citizen’s voice decisively influence the way in which health services are designed and operate.“ Auch das US-amerikanische Institute of Medicine (IOM 2001) fordert: „More democratic local control of direction of resources and system. Ultimate accountability is to the patient/public, not stockowners.“

261. Tabelle 6 (S. 98) zeigt eine synoptische Zusammenstellung von Ansätzen der Prioritätenbildung und Partizipation im internationalen Vergleich und deren Ergebnisse in Form von Priorisierungskriterien für die Ressourcenverwendung.

Die Zusammenstellung lässt erkennen, dass seit mehr als einem Jahrzehnt in manchen Ländern z. T. erhebliche Anstrengungen in Richtung Bürgerbeteiligung und Priorisierung unternommen werden. Wie Tabelle 6 verdeutlicht, werden in diesen Ländern durchgängig Gremien gebildet, deren Besetzung über die Ebene der Akteure des Gesundheitswesens hinausgeht, wenn auch das Ausmaß der unmittelbaren Bürgerbeteiligung durch die Einsetzung von „Expertenkommissionen“ vielfach beschränkt bleibt. Sofern Transparenz der Entscheidungsfindung gefordert wird (Norwegen) bzw. Verbraucherbeteiligung als Teilziel bei der Priorisierung erscheint (Dänemark), fördert dies zumindest die öffentliche Diskussion. Die Zusammenstellung in Tabelle 6 verdeutlicht auch, dass die Priorisierungskriterien weitgehend übereinstimmend vom Ausmaß des Hilfebedarfs, der Effektivität und Effizienz der Maßnahmen sowie dem Grundsatz eines gleichberechtigten Versorgungsanspruchs aller Bürger (s. z. B. Finnland) ausgehen. Ferner wird der Stellenwert einer Erkrankung nicht nur an der individuellen Belastung, sondern auch an der Bedeutung für die Gesellschaft gemessen.

262. Neben den in Tabelle 6 aufgeführten Ländern existieren auch in Großbritannien und Neuseeland Gremien (*local health authorities* bzw. New Zealands National Health Committee), bei denen Bürgerinteressen in Priorisierungsentscheidungen einbezogen werden. Exemplarisch sollen hier die *Citizen juries*⁷⁷ genannt werden, die in Großbritannien seit 1996 u. a. im „Auftrag“ der *health authorities* zum Prozess und zu Kriterien der Priorisierung (z. B. Cambridge Jury oder Portsmouth Jury) oder zu Fragen der Rationierung bzw. Priorisierung bei bestimmten Indikationen (z. B. Buckinghamshire Jury zur Behandlung von Rückenschmerzen) Stellungnahmen abgaben (vgl. Lenaghan, J. 1999; Ten-

⁷⁶ Priorisierung spielt nicht nur bei der Ressourcenallokation im Rahmen des Versorgungssystems, sondern auch in anderen Kontexten wie z. B. Forschung und Leitlinienherstellung eine bedeutende Rolle.

⁷⁷ Diese Juries bestehen aus 12 bis 16 Mitgliedern, die aus der Kombination einer zufälligen und stratifizierten Bevölkerungs-Stichprobe rekrutiert werden und repräsentativ für die jeweils betrachtete Region sind. Die Mitglieder werden umfassend über die Fragestellung informiert und diskutieren diese innerhalb von vier Tagen zusammen mit zwei Moderatoren. Die Ergebnisse werden in einem Report zusammengefasst (Lenaghan, J. 1999).

Tabelle 6

Prioritätenbildung und Partizipation im internationalen Vergleich

Land	Thema	Be- ginn	Fragestellung	Bearbeitende Institution	Partizipative Elemente	Prinzipien der Priorisierung
Dänemark (vgl. z. B. Preusker, U. K. 2001)		1995	„Priorisierung im Gesundheitswesen“	Dänischer Ethischer Rat	Demokratie und Partizipation des Verbrauchers als Teilziele für die Priorisierung	Bedarf an Gesundheitsleistung richtet sich nach: – Schwere der Erkrankung – zeitlicher Notwendigkeit der Behandlung – Gesundheitszugewinn durch die Behandlung. Als Teilziele der Priorisierung unterhalb der oben genannten Ebene gelten: – soziale und geographische Gleichheit – Qualität – Kosteneffektivität – Demokratie u. Verbrauchereinfluss
Finnland (vgl. Working Group on Health Priorization 1995; vgl. auch Preusker, U. K. 2001)		1992	Priorisierung in der Medizin: „Von Werten zur Wahl“	Finnisches Forschungszentrum für das Gesundheits- u. Sozialwesen (STAKES)	Beratung durch eine von STAKES eingesetzte Arbeitsgruppe	– „gleicher Behandlungsbedarf erfordert gleiche Versorgung“ – Effektivität – Effizienz ausdrücklich ausgeschlossene Priorisierungskriterien: Alter, Lebensstil, ökonomische Leistungsfähigkeit
Niederlande (vgl. Choices in Health Care 1992; vgl. auch Fleischhauer, K. 1997)		1990	Begrenzung der Gesundheitsleistungen aus Kostengründen	eine von der Regierung eingesetzte Kommission „Choices in Health Care“	Auftrag an die Kommission, allgemeine Diskussion einzuleiten	Kriterien zur Definition der Grundversorgung: – Notwendigkeit – Effektivität – Effizienz – Überschreitung der persönlichen Verantwortlichkeit
Norwegen		1987	Entwicklung der erforderlichen Elemente zur Implementierung der Prioritätenentwicklung	zunächst zentral, später nach dem 1997 empfohlenen Bottom-up-System auf der Basis fachspezifischer Arbeitsgruppen	gefordert wird Transparenz der Begründungen für die Ressourcenallokation	– Schweregrade der Krankheit – gesellschaftliche Bedeutung – Behandlungseffizienz

noch Tabelle 6

Land	Thema	Be-ginn	Fragestellung	Bearbeitende Institution	Partizipative Elemente	Prinzipien der Priorisierung
Oregon, USA (vgl. z. B. Marckmann, G. u. Siebert, U. 2002; Fozouni, B. u. Güntert, B. 2000)	1987	Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes auf alle Einwohner bei gleichzeitiger Begrenzung der Ausgaben	elfköpfige Expertenkommission (Health Service Commission) eingesetzt vom Senat, später Beteiligung der Bevölkerung im Rahmen von Hearings	Bürgerforen auf regionaler Ebene, Fragebögen gerichtet an die Bevölkerung, Einsetzung eines „Citizens“ Health Care Parliament“ bestehend aus 24 Vertretern der Bürgerforen, 11 der Gesundheitsprofessionen und 5 der Regierung	Übergeordnete Kriterien: – Bedeutung für das Individuum – Bedeutung für die Gesellschaft – Bedeutung für die medizinische Grundversorgung	
Schweden (vgl. Swedish Parliamentary Priorities Commission 1995; vgl. auch Fleischhauer, K. 1997)	1992	„Priorities in Health Care – Ethics, Economy, Implementation“ (Titel des Abschlussberichtes 1995)	Parlamentskommission aus Vertretern verschiedener politischer Parteien	Mündliche Anhörungen von Experten, regionale Konferenzen, Meinungsumfragen. Die explizite Priorisierung soll auf der Basis der gefundenen Grundsätze auf der Ebene der gesellschaftlichen Einrichtungen und Organisationen und der Politik entschieden werden. Partizipative Einbeziehung des Patienten auf der Mikroebene, insbesondere Möglichkeiten der <i>second opinion</i>	Grundsätze: – Prinzip der Menschenwürde – Prinzip von Bedürftigkeit und Solidarität – Prinzip von Kosten-Nutzen-Wirksamkeit Vorschläge für Prioritätensetzung: – lebensbedrohliche akute Erkrankungen – schwere chronische Erkrankungen, Palliativbehandlung; Behandlung von Personen mit eingeschränkter Autonomie – Prävention, vorbeugende Maßnahmen, Rehabilitation – weniger schwere akute und chronische Erkrankungen – Grenzfälle	
Schweiz (vgl. z. B. Wagner, U. 2002)	2001	partizipative Entwicklung von Priorisierungskriterien	Forschungsprojekt gemäß Konzept „The Priority Cube“	Mehrstufiges Verfahren der Entwicklung eines Kriterienkatalogs für die Priorisierung mittels Fokusgruppen, bestehend aus Akteuren im System und Patienten- u. Bürgervertretern	Evaluationskriterien: – klinische Wirksamkeit – Wirtschaftlichkeit – Zweckmäßigkeit – individuelle Lebensqualität – Schutz von sozial Benachteiligten Bereiche mit besonderem Handlungsbedarf: – Zunahme von chronisch Kranken – Zunahme der ambulanten Leistungen – Aufwertung der (Früh-)Rehabilitation – Nachholbedarf in der ambulanten Psychiatrie – neue Methoden und Technologien	

Quelle: Eigene Darstellung

bensel, T. 2002). Die Aussagen der Jury besaßen zumeist empfehlenden Charakter und enthielten kaum „harte“ Kriterien hinsichtlich einer Priorisierung. Die *health authorities* sahen deshalb den Nutzen der Jurys eher darin, herauszufinden, ob bestimmte Leistungen und Dienste im Interesse der Öffentlichkeit stehen, und weniger darin, neue Informationen in den Entscheidungsprozess einzubringen (Tenbenschel, T. 2002). Allerdings geht laut den Evaluationsergebnissen verschiedener Pilotprojekte mit *citizen juries* die Mehrheit der Beteiligten davon aus, dass die Jury den Entscheidungsprozess der *health authority* beeinflusst hat (Lenaghan, J. 1999).

263. In der Literatur liegen bisher kaum vergleichende Analysen zu Formen der Beteiligung und deren Auswirkungen vor. Englische Erfahrungen zeigen, dass Partizipation nicht zwangsläufig zu mehr Legitimität der Rationierungsentscheidungen im Gesundheitswesen führt (Tenbenschel, T. 2002). Voraussetzung hierfür ist danach eine sachkundige Interpretation und Begründung der Vorstellungen der Bevölkerung durch eigenständige Institutionen (*mediating bodies*). Deren Vorteil besteht nach Tenbenschel (2002) darin, dass sie kontinuierlich einen Raum für die Auseinandersetzung mit den Prioritäten der Öffentlichkeit bilden, deren Konsequenzen – insbesondere auch unter Einschluss von Expertenmeinungen – durchdenken sowie damit eine Historie über die Entwicklungen und Erfahrungen schaffen und so eine gewisse eigendynamische Lernfähigkeit entfalten.

Eine Untersuchung über die „Ergebnisse“ des Oregon Health Plans zeigt ein „politisches Paradoxon der Rationierung“ auf: Danach muss damit gerechnet werden, dass selbst eine intensiv geführte Debatte mit dem Ziel Kosten zu reduzieren, um so eher Gefahr läuft, das Ziel der Kostenersparnis zu verfehlen und die Gesundheitskosten zu erhöhen, je mehr sie die Bürger einbezieht⁷⁸ (Oberlander, J. et al. 2001). Auch Bürgerbeteiligung kann also häufig nicht verhindern, dass sich gemeinsam erarbeitete Lösungen in der realen Versorgung als unhaltbar erweisen und vielfältigen weiteren Anpassungsvorgängen ausgesetzt werden müssen (vgl. z. B. Fleischhauer, K. 1997).

3.2.3.2 Partizipation auf der Ebene der Systemgestaltung im deutschen Gesundheitswesen

264. Im Hinblick auf eine „Priorisierungsdebatte“ besteht in Deutschland unter internationalem Blickwinkel ein relativer Rückstand, da eine solche Debatte bislang nicht als notwendig angesehen wurde. So existieren nur wenige Ansätze, die sich explizit mit dem Prozess einer Priorisierung beschäftigen. Hierzu zählen z. B.

- die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission – ZEK) zu „Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der GKV“;

⁷⁸ „The more public the decisions about priority setting and rationing, the harder it is to ration services to control costs. Paradoxically, more discussion about setting substantial limits on medicare’s benefit package could actually increase costs, as it did in Oregon“ (Oberlander, J. et al. 2001).

- ein bereits abgeschlossenes, vom BMBF gefördertes Projekt „Prioritätensetzung“ des NRW Forschungsverbundes Public Health und der Universität Bielefeld (vgl. Fozouni, B. u. Güntert, B. 2002);
- das vom BMG geförderte Projekt „gesundheitsziele.de“;
- der Auftrag an den Koordinierungsausschuss gemäß § 137e SGB V.

Die Bürgerbeteiligung ist bei allen diesen Ansätzen jedoch relativ begrenzt. Die Entscheidungsbildung verbleibt im Wesentlichen in dem staatlich-bürokratischen und korporatistischen System (Turk, F. 2002).

265. Bürgerbeteiligung wird andererseits auch im deutschen Gesundheitswesen gefordert (vgl. z. B. Badura, B. et al. 1999). Einige Ansätze lassen sich bereits erkennen: Hervorzuheben ist eine gemeinsame Initiative des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen und der großen bundesweit tätigen Verbände der Selbsthilfe behinderter Menschen und der freien Wohlfahrtspflege. Hier wird u. a. der Gedanke einer obligatorischen Partizipation aufgegriffen und in einem Thesenpapier formuliert (vgl. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen et al. 2002). Partizipation soll sich dabei auf alle systemgestaltenden Prozesse beziehen. Verwirklicht werden soll sie durch gemeinsame und einheitliche Willensbildung und -erklärung aller an dem Verbund beteiligten Organisationen. Dadurch soll gewährleistet sein, dass die Probleme und Sichtweisen der einzelnen Selbsthilfegruppen und Wohlfahrtsverbände und damit indirekt der von ihnen vertretenen Patienten ausreichend berücksichtigt werden.

Vom Bürger demokratisch gewählte „Gesundheitsbeiräte“ auf Länderebene betonen die Chance, dass gerade die länderspezifischen Anforderungen bezüglich des Ressourceneinsatzes durch eine Verfahrensbeteiligung auf regionaler Ebene transparent und der öffentlichen Diskussion zugänglich gemacht werden können und entsprechende Entscheidungen dadurch eine breitere Akzeptanz erfahren (vgl. Schuster, W. 1999).

Erwähnenswert ist ferner die Initiative „Planungszelle/Bürgerbeteiligung“, bei der Bürger an konkreten Lösungen offener Fragen und Probleme aus unterschiedlichen Bereichen der Kommunal- und Landespolitik mitarbeiten und den Entscheidungsträgern entsprechende Vorschläge aus Bürgersicht präsentieren. Nach bisherigen Erfahrungen wird durch diese Initiativen ein erhebliches Problemlösungspotential freigesetzt und überwiegend als konstruktiv und „machbar“ von den Entscheidungsträgern aufgegriffen (vgl. Dienel, P. C. 1998).

266. Weiterführende Vorstellungen des Rates gehen von folgenden Überlegungen aus: Im Hinblick auf Fragestellungen für partizipative Entscheidungen lassen sich konzeptionelle bzw. inhaltliche Aspekte von instrumentalen Komponenten unterscheiden, wobei die Ergebnisse der Entscheidungen im letzteren Bereich dazu dienen können, die inhaltlich konzeptionellen Komponenten durchzusetzen. Tabelle 7 (S. 101) verdeutlicht exemplarisch entsprechende Fragenkomplexe.

Eine konsequente partizipative Umsetzung der in Tabelle 7 genannten Entscheidungsbereiche müsste die Beteiligung auf den gesundheitspolitischen, systemgestaltenden Ebenen

Tabelle 7

Beispiele für konzeptionelle und instrumentale Fragenkomplexe, die Objekte partizipativer Entscheidungsbildung sein können

Konzeptionelle/inhaltliche Aspekte (vgl. auch Turk, F. 2002)	Instrumentale Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> – Gestaltung und Steuerung des Systems der Gesundheits-sicherung – Ressourcen für eine solidarisch finanzierte Gesundheits-versorgung – Gesamtgesellschaftliche Zielsetzung des Gesundheits-systems (z. B. akzeptabler Gesundheitszustand der Be-völkerung mit möglichst geringen Mitteln versus Dienst-leistungssektor als Wachstumsbranche) – Prioritäre Gesundheitsprobleme und Einzelziele und dar-aus abgeleitete Versorgungsziele (vgl. z. B. Deklaratio-nen der WHO von Alma Ata, Ottawa Charta u. Ä.) – Zuweisung von Ressourcen innerhalb der prioritären Ge-sundheitsprobleme (z. B. Kuration versus Prävention und Rehabilitation) – Patientenbezogene Kriterien für den Ressourceneinsatz – Bewertung des medizinischen Fortschritts 	<ul style="list-style-type: none"> – Diskursive Zielentwicklung unter verbindlicher Einbe-ziehung der für die Umsetzung relevanten Akteure auf Makro-, Meso- und Mikroebene – Gesundheitssicherung bzw. Finanzierung (z. B. Solidar-prinzip, Aufbau der GKV, Grund- und Wahlleistungen) – Steuerungsmechanismen (z. B. Selbstverwaltungsprin-zip, Anreize) – Qualitätsanforderungen (z. B. Ausmaß der Standardisie-rung) – Methoden zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs – Instrumente bzw. Ausrichtung des Gesundheitswesens zur Erreichung der Gesundheits- und Versorgungsziele (z. B. Prävention versus Kuration, Stärkung von Rehabi-litation) – Innovative Versorgungskonzepte (z. B. integrierte Ver-sorgung, DMP, Präventionskampagnen) – Methoden und Fragen zur medizinischen Verfahrens- und Fortschritts-(Folgen-)Abschätzung

Quelle: Eigene Darstellung

ermöglichen, insbesondere eine Anhörung bei Zielbildungsprozessen und ressourcenrelevanten Entscheidungen in der Gesundheitspolitik und komplementären politischen Sektoren (z. B. Alten- oder Familienpolitik).

267. Die Interessen von Bürgern, Versicherten und Patienten stimmen nicht überein. Während der (nicht kranke) Bürger z. B. bei der Abgrenzung von Ressourcen für das Gesundheitswesen gegenüber anderen gesellschaftlichen Belangen oder im Hinblick auf die Entwicklung bestimmter medizinischer Innovationen vom Patienten abweichende Interessen haben kann, ist die Aufmerksamkeit des Versicherten vorrangig auf ein akzeptables Preis-Leistungs-Verhältnis seiner Krankenkasse gerichtet.

268. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen hält der Rat folgende Entwicklungen für zielführend: In gleicher Weise wie der Beauftragte für Behinderte kann auch ein „Patientenbeauftragter“ auf bundespolitischer Ebene für die Wahrung der Interessen von Patienten zuständig sein. Diese Lösung hat den Vorzug, dass mit der entsprechenden Institutionalisierung ein geregelter Zugang zur Politik besteht, organisatorische und finanzielle Fragen befriedigend zu lösen sind sowie die politische und gesellschaftliche Aufmerksamkeit und Anerkennung für Patientenbelange und damit ihre Durchsetzbarkeit als relativ hoch eingeschätzt werden. Erfahrungen mit anderen gesellschaftlichen Problemkonstellationen, zu deren Lösung eine beauftragte Person berufen wird (z. B. der/die Ausländerbeauftragte) stützen diese

Vorstellung. Hinzu kommen sich wechselseitig unterstützende Effekte im Zusammenwirken zwischen den Beauftragten für Behinderte und für Patienten (bzw. potenzielle Patienten, Bürger und Versicherte).

Das Gesundheitswesen bietet mit seiner weitgehenden Versicherungspflicht noch eine weitere Möglichkeit der Partizipation: In einer der organisatorischen Gliederung der gesetzlichen Krankenkassen und privaten Versicherungen angepassten Form können über erweiterte Sozialwahlen (vgl. auch Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 3) Versichertenvertreter gewählt und entsprechend dem hierarchischen Aufbau der Versicherer analoge regionalisierte Arbeitsstrukturen gebildet werden. Daraus kann sich auf Bundesebene ein „Versichertenrat“ konstituieren. Dieser „Versichertenrat“ hätte nicht nur bzw. nicht primär die Aufgabe, die Interessen von Versicherten gegenüber ihren Krankenkassen zu vertreten, sondern könnte als von den Kassen unabhängiges Gremium zur Wahrnehmung partizipativer Aufgaben im Gesundheitswesen fungieren.

Als weiteres Element könnten gemäß dem Ansatz der Gesundheitsbeiräte regionale Beteiligungsgremien gebildet werden. Diese könnten z. B. auf die regionale Strukturplanung Einfluss ausüben.

269. Auf der Basis dieses Vorschlags gestaltet sich die Partizipation der drei Gruppen von Betroffenen, d. h. Bürgern, Versicherten und Patienten, hinsichtlich der Wirkungsbe-

nen im System und der dazu geeigneten Organe wie in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8

Systemebenen und Organe der Partizipation von Bürgern, Versicherten und Patienten

Betroffene	Organe der Partizipation	Zielebene der Partizipation
Bürger	Politische Wahlen Ethikräte zu gesundheitsbezogenen Fragen auf regionaler und nationaler Ebene Gesundheitsbeiräte Versichertenrat	Makroebene, national, regional
Versicherte	Partizipation innerhalb der Krankenkassen (vgl. Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 3) Versichertenrat	Meso- und Makroebene
Patienten	Patientenbeauftragter Versichertenrat	Meso- und Makroebene

Quelle: Eigene Darstellung

3.2.4 Fazit und Empfehlungen

270. Das Gesundheitswesen ist durch hohe Komplexität und eine Fülle von Akteuren, Betroffenen und Interessengruppen mit sich teilweise widersprechenden Zielen gekennzeichnet. Angesichts dieser Heterogenität der Interessen ist eine Ausrichtung an den Prioritäten von Patienten und Versicherten bisher nicht durchgängig erkennbar. Hierin liegt eine der wesentlichen Begründungen für die Forderung nach Partizipation der Nutzer im Gesundheitswesen.

Der vom Rat geforderte Zielbildungsprozess im Gesundheitswesen (vgl. Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 1) sowie Priorisierungen der Ressourcenzuteilung in der Gesundheitssicherung, d. h. der Prävention, Kuration und Rehabilitation, enthalten stets Werturteile. Dabei geht es um Begründungszusammenhänge, die nicht mehr allein zu den Gegenständen einer theoretischen Fundierung durch die Medizin gehören und dieselbe an die Grenzen ihrer Legitimierung führen. Die Tatsache, dass entsprechende Fragen bisher fast ausschließlich von den Akteuren innerhalb des Gesundheitswesens behandelt werden, hält der Rat, auch angesichts einer sich verschärfenden Finanzierungsdebatte im Gesundheitswesen, nicht mehr für angemessen. Dies gilt auch für die geübte Praxis, dass Allokationsentscheidungen weitgehend auf die Mikroebene der Versorgung verschoben werden und hier mangels übergreifender Zielvorstellungen uneinheitlich und intransparent ausfallen.

271. Der Rat ist sich bewusst, dass es sich bei der Verwirklichung einer Bürger-, Versicherten- und Patientenbeteiligung auf der Makroebene des Gesundheitswesens um eine in der theoretischen Begründung anspruchsvolle und in der praktischen Umsetzung sowohl bezüglich ihrer rechtlichen

Grundlagen als auch produktiver Arbeitsformen schwierige Materie handelt. Der Rat sieht vor allem Probleme hinsichtlich der Legitimation der Vertreter von Nutzern und deren Unabhängigkeit. Dabei ist insbesondere die mögliche Diskrepanz zwischen den Interessen von Bürgern, Versicherten und Patienten zu berücksichtigen. Ausländische Erfahrungen zeigen jedoch, dass Partizipation in gewissem Umfang auch bei Priorisierungsentscheidungen stattfinden kann und die Chance bietet, Schwachstellen in der Entscheidungsfindung offenzulegen und zu ihrer Überwindung beizutragen.

272. Um in Deutschland Partizipation im Rahmen der Systemgestaltung zu verwirklichen, empfiehlt der Rat:

1. Die Etablierung eines Patientenbeauftragten, der dem Parlament angehört und
2. die Etablierung eines Versichertenrates. Letzterer rekrutiert sich über aufgewertete und erweiterte Sozialwahlen der GKV sowie die Wahl entsprechender Versichertenvertreter bei den privaten Krankenversicherungen.

Patientenbeauftragter und Versichertenrat arbeiten institutionell voneinander unabhängig.

273. Der Rat fordert schließlich Nutzerbeteiligung als Instrument einer gesellschaftlich verankerten Entscheidungsbildung bei der Allokation der (begrenzten) Mittel im Gesundheitswesen. Dies bedeutet Mitwirkung der o. g. Institutionen von den Bundesausschüssen der Selbstverwaltung (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, Koordinierungsausschuss etc.) bis hin zur lokalen Planungsebene.

3.3 Kompetenzsteigerung durch Information des Nutzers

274. Der Rat hat sich zuletzt im Jahr 2001 (Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 3) ausführlich mit der veränderten Rolle der Nutzer in einem modernen Gesundheitssystem beschäftigt und dabei insbesondere die Notwendigkeit der Optimierung des Nutzerverhaltens durch Strategien der Kompetenzerweiterung und der vermehrten Partizipation herausgearbeitet. Als notwendige Voraussetzungen für die Erreichung dieser Ziele wurden niedrigschwellige, zielgruppengerechte und qualitätsgesicherte Informationen, Beratung und Schulung identifiziert (ebd., Ziffer 300). Auch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK 1999) setzt sich in Abstimmung mit der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und den Organisationen der Selbstverwaltung, den Verbraucherverbänden sowie den Selbsthilfegruppen für verbesserte Informationsangebote ein.

Der Rat ist der Auffassung, dass die Steigerung der Nutzerkompetenz durch angemessene Information, Beratung und Aufklärung von unterschiedlichen Akteuren und auf unterschiedlichen Wegen betrieben werden sollte. Der diesbezügliche Entwicklungsstand in Deutschland und die Pluralität unseres Gesundheitssystems haben dazu geführt, dass die Ausgestaltung dieses Teils des Versorgungssystems gegenwärtig als organisierter Suchprozess verläuft, der von verschiedenen Akteuren mit je unterschiedlichen Interessen geprägt wird.

275. Zunächst begrüßt der Rat die Vielfalt dieser Ansätze. Gesundheitspolitisch wird es aber darauf ankommen, dass relevante Informationen über Gesundheit und Krankheit,

über Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Behandlung und Versorgung auf kurzem Wege alle Menschen erreichen, die diese benötigen (Gesunde, Gefährdete und Erkrankte).

Inhaltlich korrekte und verständliche Informationen zu allen Aspekten des Gesundbleibens, der Bewältigung von Krankheit und des Lebens mit „bedingter Gesundheit“ sind notwendige (wenngleich meist nicht auch hinreichende) Bestandteile einer zeitgemäßen Prävention und Krankenversorgung sowie Voraussetzung für die Umsetzung von Konzepten, die auf „Selbstverantwortung“, auf den „Patienten als Koproduzenten von Gesundheit“ sowie auf *empowerment* abzielen (vgl. Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 3).

276. Ein Teil der Patienten sucht aktiv Informationen, andere müssen in ihrem Suchverhalten aktiviert und unterstützt werden. Die Suchwege müssen „eingeebnet“ und gut „ausgeschildert“ sein; die Suchenden müssen über Kriterien zur Beurteilung der Qualität von Information verfügen bzw. sich auf die Qualität der angebotenen Informationen verlassen können. Auch ist zu beachten, dass insbesondere Menschen mit höherer Schulbildung und entsprechendem sozio-ökonomischem Status ein breites Informationsangebot in Anspruch nehmen und aktiv nachfragen (W&V online 2001). Es müssen aber auch Strukturen geschaffen werden, die marginalisierte Gruppen der Gesellschaft berücksichtigen und ihnen einen Zugang zu Informationen verschaffen, denn diese Gruppen dürften den größten – offenen und latenten – Bedarf (zum Bedarfsbegriff vgl. Gutachten 2000/2001, Band III.1, Kapitel 3) an Information aufweisen (Dierks, M. L. et al. 2000).

Welche konzeptionelle Ausgestaltung eine weitere Institutionalisierung von Beratung im Gesundheitssystem annehmen sollte, wird in Abschnitt 3.3.1 skizziert. Der Ansatz geht davon aus, dass die schon bestehende Vielzahl von Beratungsangeboten den häufig komplexen Lebenssituationen und Krankheitsproblemen chronisch kranker und/oder behinderter Menschen oft nicht gerecht wird, es an einer „integrierten Beratung“ bisher mangelt. Der Beitrag entwirft die Ziele, Voraussetzungen und Beratungsansätze für eine Anlaufstelle, die vor allem auf die Bedarfe chronisch kranker und/oder behinderter, meist alter Menschen und ihrer Angehörigen fokussiert, aber auch Prinzipien enthält, die integrale Bestandteile einer sich in dieser Richtung entwickelnden Beratungskultur sein sollten.

277. Letzten Endes werden alle Modelle und Praxisansätze an ihren tatsächlichen und möglichen Beiträgen zur Kompetenzsteigerung durch Information zu messen sein. Besonderer Augenmerk liegt dabei darauf, inwieweit auch kulturelle und/oder sprachliche und soziale Barrieren eines angemessenen Informationsverhaltens überwunden werden. Als relevant für diesen Prozess erachtet der Rat dabei gegenwärtig insbesondere die folgenden Entwicklungen:

- Der nach wie vor am meisten geschätzte Weg zu Informationen über Zugangswege, Qualitäten sowie Therapiealternativen und -folgen sind Arztpraxen und andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Auf die spezifischen Informationsmöglichkeiten und -pflichten von Leistungserbringern im medizinischen Versorgungssystem hat der Rat in Band I, Kapitel 3 seines Gutachtens 2000/2001 hingewiesen (Ziffer 405). Ergänzend wird in diesem Gutachten die mögliche Rolle von obligatorischen Leistungsberichten erörtert, die sowohl der Quali-

tätssicherung bei den Leistungserbringern als auch der Kompetenzsteigerung der Nutzer dienen können (Abschnitt 3.3.5).

- Allgemeine Orientierung über die Ursachen und die Verteilung von Gesundheit und Krankheit sowie über Möglichkeiten der Prävention und Krankenversorgung könnte eine breite und mit professionellen Mitteln unterstützte Debatte über Gesundheitsziele und die Möglichkeiten ihrer Umsetzung auf Makro-, Meso- und Mikroebene erbringen (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 105 ff.).
- Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) informiert im Rahmen der ihr vom BMG gestellten Programme und Aufgaben bevölkerungsweit und zielgruppenspezifisch über Gesundheitsrisiken, insbesondere über Möglichkeiten der Prävention. Auch die Bundesvereinigung sowie die Landesvereinigungen für Gesundheit sind auf diesem Gebiet erfolgreich tätig, soweit es ihre materielle Ausstattung zulässt.
- Spezifische Informationen und entsprechende Anregungen im Hinblick auf die gesundheitsgerechte Gestaltung von Verhältnissen und Verhalten sollten im Rahmen nationaler Präventionskampagnen (z. B. Nationales Herz-Kreislauf-Präventionsprogramm, Gutachten 2000/2001, Band III.2, Ziffer 124 bis 136, Nationale Kampagne „rauchfrei“, Gutachten 2000/2001, Band III.3, Ziffer 62 bis 88) vermittelt werden.
- Für die Bewältigung chronischer Erkrankungen ist eine wesentliche Verstärkung und Systematisierung bereits erfolgreich erprobter und qualitätsgesicherter Patientenschulungen (§ 43 SGB V) erforderlich (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 406).
- Im Zuge der Umsetzung der Aut-idem-Regel in der Arzneimittelversorgung (Gutachten 2000/2001, Band III, Addendum) werden sich voraussichtlich die Apotheker in der Gesundheitsberatung stärker engagieren.
- Krankenkassen bieten für ihre Versicherten auch Beratung und Unterstützung bei der Feststellung und Bearbeitung von mutmaßlichen Behandlungsfehlern an (§ 66 SGB V) (s. Abschnitt 4.6.3). Dabei sind über die unmittelbar fallbezogene Arbeit hinaus auch Aufgaben in der allgemeinen Patienteninformation zu übernehmen.
- Das Gleiche gilt für die Angebote zur Patienteninformation durch Ärztekammern.
- Auf meist kommunaler Ebene etablieren sich organisierte Beratungsangebote für ältere Menschen.
- Verschiedene Verbraucherverbände bieten schon seit längerer Zeit über verschiedene Medien Informationen über die Qualität von Gesundheitswaren und -dienstleistungen sowie persönliche Beratung an.
- Darüber hinaus drängen immer mehr kommerzielle Unternehmen in den Markt für Gesundheitsinformationen. Eine hinreichende Qualitätssicherung all dieser Angebote scheint bisher nicht gegeben.

278. Nach der Skizzierung des Modells einer Anlaufstelle für Versicherte und Patienten (Abschnitt 3.3.1) wenden sich die folgenden Beiträge dieses Abschnitts im Einzelnen vier sich aktuell dynamisch entwickelnden Angeboten zur Bürger-, Versicherten- und Patientenberatung zu, deren Qualitätssicherung sich zudem auf unterschiedlichem Niveau be-

findet: den unabhängigen Patientenberatungsstellen nach § 65b SGB V (Abschnitt 3.3.2), den Callcentern der Krankenkassen (Abschnitt 3.3.3), den Gesundheitsinformationen aus dem Internet (Abschnitt 3.3.4) und den obligatorischen Leistungsberichten (Abschnitt 3.3.5). Diese Erörterungen beschränken sich damit im Wesentlichen auf professionelle und/oder kommerzielle Informationsangebote; die Diskussion von Chancen und Risiken interaktiver Information (News-Groups, Chat-Rooms, *virtuelle communities*) bleibt späteren Gutachten vorbehalten.

3.3.1 Konzept einer Anlaufstelle für Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen

3.3.1.1 Notwendigkeit von Information und Beratung

279. Bessere Information, Beratung und Schulung befähigt Versicherte und Patienten zu selbstbestimmterem Handeln, zur kritischeren Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen und führt dazu, dass Betroffene sowohl zu einem effizienteren Umgang mit Ressourcen als auch zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen können (Wasem, J. u. Güther, B. 1998; Schwartz, F. W. 1999a). Informierte Patienten sind nicht nur zufriedener, sie sind auch kooperativer (Forbriger, A. 1999).

Der „informierte Patient“ wird bislang unzureichend als eine wichtige Kraft zur Lösung von Problemen im Gesundheitswesen erkannt (vgl. Gutachten 2000/2001, Band I). Noch investiert das Gesundheitssystem beinahe ausschließlich in Experten und ihre technische Ausstattung und nur selten direkt in die Versicherten oder Patienten. Vor allem chronisch kranke, multimorbide sowie pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen machen immer wieder darauf aufmerksam, dass sie selten kompetente Antworten auf Fragen zu ihren Gesundheits-, Sozial- sowie sonstigen Versorgungsproblemen erhalten. Diese Defizite lassen die Ressourcen der Betroffenen ungenutzt. Dem könnten „Anlauf- und Beratungsstellen“ entgegenarbeiten, die neben direktem Rat auch Wegweiserfunktionen (i. S. einer Clearingstelle) im komplexen Gesundheits- und Sozialsystem übernehmen. Die Sachverständigenkommission für den vierten Altenbericht der Bundesregierung stellte in ihrem Gutachten ebenfalls fest, dass die Einrichtung einer „integrierten Beratung“ zu den vorhandenen Behandlungs-, Hilfe- und Unterstützungsangeboten alter, vor allem chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen (unter kommunaler Trägerschaft) dringlich ist. Eine Vielzahl unterschiedlicher Beratungsangebote macht es für Menschen mit komplexen Problemsituationen schwierig, das jeweils adäquate Versorgungsangebot zu finden. Dagegen könnte eine „integrierte Beratung“ allen Beratungsbedürfnissen „unter einem Dach“ nachkommen oder zuständige Spezialisten vermitteln (BMFSFJ 2002; vgl. auch Kruse, A. 2002).

280. Die zunehmende Vielfalt der medizinischen und pflegerischen Leistungen und Versorgungsangebote konfrontiert insbesondere den hilfsbedürftigen kranken Menschen mit dem Problem der Unüberschaubarkeit. Dies führt nicht selten dazu, dass Patienten bekannte medizinische Versorgungsinstanzen beanspruchen (z. B. das Krankenhaus), da sie alternative Hilfen nicht kennen. Oft könnten Alternativen im Bereich der Gesundheits- und Sozialdienste im Ein-

zelfall die bessere und zugleich kostensparendere Form der Betreuung sein. Der Betroffene selbst möchte in der Lage sein, auf der Grundlage von gezielten Informationen, durch Beratung oder Erfahrungsaustausch mit Professionellen aktiv an der Bewältigung seines Zustandes mitzuwirken. So steht bei der Konsultation des Arztes neben dem Wunsch nach direkter medizinischer Hilfe bereits an zweiter Stelle der Wunsch nach Informationen. Mehr als 75 % der über 75-Jährigen holen sich beim Arzt Rat zum Thema Gesundheit (Schwartz, F. W. 1999b).

Das Problem mangelnder fachlicher Kompetenz verursacht bei Patienten eine Haltung der Verunsicherung und kann eine nicht gewollte Abhängigkeit hervorrufen. Es besteht Bedarf, diesen paternalistischen Teil der Beziehung zwischen Medizinern und Ratsuchenden abzubauen. Attribute moderner Gesellschaften sind Individualisierung, Selbständigkeit, Handlungsfreiheit und Mitbestimmung (Gerber, U. und Stützner, W. v. 1999). Diese Attribute behalten ihre Bedeutung auch dann, wenn Menschen krank werden. Der Wunsch nach „Empowerment“ und Partizipation nach aktiver Mitwirkung beim Bewältigen der Krankheit bleibt bei den meisten erhalten (Bengel, J. et al. 1998). So ist es eine grundlegende Aufgabe des Gesundheitswesens, den Nutzer darin zu unterstützen, sein Handeln selbst zu bestimmen.

281. Weitere Gründe für eine sachgerechte Information und Beteiligung der Nutzer sind:

- gleichzeitige Über- wie Unterversorgung im Gesundheitswesen,
- der wachsende Stellenwert der Behandlung chronischer im Vergleich zu akuten Erkrankungen,
- die wachsende Verantwortung der Nutzer für Gesundheitskosten und
- die Erkenntnis, dass Gesundheitsergebnisse sich verändern, wenn Patienten über mehr Informationen verfügen (Kolodinsky, J. M. 1999).

Prinzipiell ist davon auszugehen, dass Frauen und Männer über Ressourcen für ihre Gesunderhaltung und Krankheitsbearbeitung verfügen, aber ebenso davon, dass rationales Handeln im Bereich Gesundheit nicht immer möglich ist. Hinzu kommt, dass Bewältigungsressourcen älterer, kranker Menschen durch ihre Lebenssituation häufig reduziert sind. Sie bedürfen in besonderem Maße Unterstützung von außen bei der Aufrechterhaltung von Gesundheit und bei der Bewältigung von Krankheitsfolgen (Arnold, K. 1992). Eine Maßnahme zur Unterstützung ist eine zielgruppenspezifische Beratung (Steinhagen-Thiessen, E. 1991).

3.3.1.2 Ziele und Voraussetzungen integrierter Beratung

282. Das Ziel der „integrierten Beratung“⁷⁹ ist die Vermittlung von handlungsrelevantem Wissen. Diese bedarfsorien-

⁷⁹ Unter „integrierter Beratung“ wird ein Angebot mit Wegweiserfunktion verstanden (Clearingstelle). Einerseits arbeiten in der Anlaufstelle Experten mit unterschiedlicher Beratungskompetenz zusammen. Andererseits können bei Bedarf weitere Spezialisten vermittelt werden. „Integrierte Beratung“ unterstützt Menschen mit komplexen gesundheitlichen und begleitenden sozialen Problemlagen. Solche Situationen treffen in zunehmendem Maße sehr alte Menschen und ihre Angehörigen.

tierte Ausrichtung des Beratungsgesprächs setzt eine Analyse der Ausgangssituation voraus, die folgende Aspekte enthält:

- Information über die vorhandenen Kompetenzen und Einschränkungen der Gesundheit,
- Ermittlung des individuellen Informationsstandes,
- Beachten des objektiven Gesundheitszustandes und des subjektiven Gesundheitsverhaltens sowie
- Information über zu nutzende persönliche Fähigkeiten und soziale Ressourcen.

Ohne vorherige Kenntnis der individuellen Ausgangslage verliert die Beratung erheblich an Qualität. Ein mögliches Arbeitsinstrument zur Ermittlung dieser notwendigen Kenntnisse ist ein Assessmentverfahren, definiert als ein multidimensionaler und interdisziplinärer diagnostischer Prozess, mit dessen Hilfe die im individuellen Fall gegebenen medizinischen, psychosozialen und funktionellen Probleme und Ressourcen erfasst werden (Kruse, A. 2002).

Das Ziel, sich an der Bedarfslage des einzelnen Ratsuchenden zu orientieren, begründet die Notwendigkeit, keine konkreten Inhalte der Beratung vorzugeben, sondern mit komplexen Beratungsansätzen zu arbeiten.

3.3.1.3 Beratungsansätze

283. Die Beratung orientiert sich zum einen am Prinzip der Kompetenzerhaltung (chronisch) kranker, alter und/oder behinderter Menschen, zum anderen an Möglichkeiten der erfolgreichen Anpassung an Verlustsituationen und weiterhin an Prinzipien des Unterstützungsmanagements für komplexe Problemlagen.

Kompetenzerhaltung

284. Es gibt unterschiedliche, theoretische Ansätze zur Kompetenzerhaltung, die in personenbezogene, umweltbezogene und transaktionale Ansätze unterteilt werden können und jeweils andere inhaltliche Beratungsoptionen beinhalten (Olbrich, E. 1990).

Personenbezogene Ansätze zielen auf die Person und versuchen, die Kompetenz in Teilaspekten zu erhöhen. Die Maßnahmen zur Erhaltung von Kompetenz beziehen sich auf die Optimierung kognitiver Voraussetzungen für die selbständige Lebensführung und auf die Stärkung persönlicher und sozialer Prozesse der Lebensführung bzw. der Auseinandersetzung mit krankheits- oder altersspezifischen Anforderungen (Olbrich, E. 1990).

Umweltbezogene Ansätze zur Verbesserung der Kompetenz gehen von der Erkenntnis aus, dass Kompetenz erst aus dem Zusammenwirken von Ressourcen der Person und Möglichkeiten bzw. Anforderungen ihrer Umgebung bestimmt werden kann. Die soziale oder räumlich-dingliche Umwelt ist eine Einflussgröße, welche die Entfaltung von Alltagskompetenz beeinflussen kann (Olbrich, E. 1990). Befunde der ökologischen Gerontologie zeigen, dass gerade alte Menschen häufig „Opfer“ von ungünstigen Umweltbedingungen sind (Wahl, H. W. 1998). Bereits geringfügige Kompetenzdefizite führen bei eingeschränkten Umweltbedingungen im Hinblick auf die Wohnqualität bzw. die Einrichtung der Wohnung dazu, dass eine selbständige Lebensführung nicht mehr möglich ist. Die Mög-

lichkeiten zur autonomen Lebensführung unterliegen damit erheblich der Beeinflussung durch Veränderungen im Lebensumfeld. Verbesserungen der räumlichen Umwelt, wie Haltevorrichtungen, rutschfeste Materialien, aber auch gute Zugangsmöglichkeit zur Wohnung (z. B. Aufzug), könnten älteren, kranken und/oder behinderten Menschen ein sicheres Leben in der vertrauten Wohnumgebung ermöglichen (Arnold, K. 1992; Schmidt, T. et al. 1996; Brandenburg, H. u. Schmitt, E. 1996).

Transaktionale Ansätze gehen davon aus, dass Kompetenz Transaktionen beinhaltet, die gleichermaßen durch Elemente der Situation (Anforderungsseite) und durch Elemente der Person (Seite der Potenziale) bestimmt werden. Transaktionale Ansätze verstehen Kompetenz als Anwendung adäquater Coping-Strategien oder als erlebte Kontrollmöglichkeit und Überzeugung von der eigenen Wirksamkeit. Das soziale Umfeld des hilfebedürftigen Menschen verhält sich im Sinne dieses Ansatzes, indem es im Umgang mit ihm ein transaktionales Verständnis berücksichtigt. Dieses Verständnis äußert sich durch das Signalisieren von Vertrauen, die Übertragung von Eigenverantwortung, das Demonstrieren, dass der hilfebedürftige Mensch gebraucht wird, das Geben von Anregung und das Vermeiden unnötiger Entlastung (Olbrich, E. 1990).

Anpassung an Verlustsituationen

285. Für Beratungsprozesse, die insbesondere auf alte, kranke oder hilfeabhängige Menschen ausgerichtet sind, kann darüber hinaus das von Baltes und Baltes entwickelte prozessorientierte Modell erfolgreichen Alterns als Beispiel für eine mögliche Grundorientierung eines Beratungsprozesses dienen (Baltes, M. u. Carstensen, L. 1996). Dieses Modell zeigt, wie Prozesse der Selektion, Optimierung und Kompensation eine erfolgreiche Anpassung an Verlustsituationen möglich machen. Es verzichtet auf die Festschreibung allgemeingültiger Ziele und konzentriert sich lediglich darauf, im Lebensverlauf Verluste zu minimieren und Gewinne zu maximieren. Grundlage hierfür ist die Annahme, dass Menschen fähig sind, „Herr ihrer Lage“ zu sein, ihre jeweilige Lebenssituation zu kontrollieren und ihre Existenz als bedeutungsvoll wahrzunehmen. Auch dieser Ansatz geht von der Möglichkeit der Selbsthilfe aus.

Das Modell basiert auf drei Prozessen: der Selektion (von Zielen bzw. Verhaltensbereichen), der Optimierung (vorhandener Handlungsmittel oder Ressourcen) und der Kompensation (neue Handlungsmittel oder Ressourcen). Selektion beinhaltet den Verzicht auf und/oder einen schrittweisen Abbau von Aufgaben und Zielen innerhalb der verschiedenen Lebensbereiche. Hierzu bedarf es einer Anpassungsleistung des alten Menschen, um die Bereiche, Aufgaben, Ziele und Erwartungen auszuwählen, die für ihn Priorität haben. Die Notwendigkeit einer Neuanpassung der Erwartungen und Ziele bedingt sowohl Umweltveränderungen wie aktive Verhaltensänderungen und passive Anpassungsleistungen (Baltes, M. u. Carstensen, L. 1996; Zank, S. et al. 1997). Optimierung bezieht sich auf die Stärkung und Verfeinerung der Handlungsmittel und Handlungsressourcen, die zur Zielerreichung notwendig sind. Körperliche und geistige Reserven und Ressourcen müssen aktiviert und gestärkt werden (Baltes, M. u. Carstensen, L. 1996). Kompensation bezieht sich auf die Schaffung und Nutzung von zielrelevanten Handlungsmitteln und Handlungsressourcen.

Hörgerät, Brille und Rollstuhl sind Beispiele für kompensatorische Hilfsmittel. Eine typische kompensatorische Verhaltensweise ist die kreative Erweiterung des Verhaltensrepertoires, mit dem neue Fertigkeiten erlernt und neue Hilfsmittel genutzt werden (Baltes, M. u. Carstensen, L. 1996).

Der Berater kann bei einer Anlehnung an dieses Modell den Prozess der Selektion anregen und gemeinsam mit dem Ratsuchenden die Prioritäten für das selbständige Leben wählen. Aufgrund seiner Fachkompetenz verfügt der Berater über ausreichendes Wissen darüber, wie sich kompensatorische Hilfsmittel sinnvoll einsetzen lassen und kann diese personenbezogen empfehlen. Im Hinblick auf Optimierung kann der alte Mensch in der empathischen Beratung Anregungen finden, um seine Ressourcen zu nutzen.

3.3.1.4 Unterstützungsmanagement für komplexe Problemlagen

286. Dieser Ansatz stellt eine Erweiterung und Ergänzung der zuvor dargestellten Beratungsansätze dar. Mit diesem an Managementprinzipien ausgerichteten Ansatz können konkrete, unterstützende Hilfsplanungen für Einzelne oder Familien in komplexen Problemlagen angeboten werden. Ziel ist es, Hilfen so zu entwickeln, dass der Ratsuchende im Sinne eines „Empowerments“ befähigt wird, sein Problem als Experte in eigener Sache eigenverantwortlich lösen zu können (Wissert, M. 1999).

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Selbsthilfekompetenz, Mündigkeit und Selbstverantwortung des Nutzers durch nutzerorientierte soziale Dienstleistungen besser gestützt wird als durch angebotsorientierte Dienstleistungen. Die Nachfrage verbindet sich mit der Aufgabe herauszufinden, welche Hilfe Hilfsbedürftige zu welchem Zeitpunkt und in welchem zeitlichen Umfang, in welcher Qualität und Quantität benötigen und welcher Dienstleistungsanbieter diese Unterstützung leisten kann (Wissert, M. 1999).

287. Es lassen sich drei unterschiedliche Ausrichtungen der Beratung skizzieren (Wissert, M. 1999):

- Unterstützungsmanagement, das seinen Schwerpunkt auf die Stärkung der personalen Kompetenzen der Klienten legt, um damit die Chancen einer möglichst selbständigen Lebensführung zu verbessern (*strength model, empowerment*).
- Unterstützungsmanagement zum Arrangieren eines Unterstützungssettings zur Eingliederung und Rehabilitation von Menschen, die in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt sind (*rehabilitation model*).
- Vermitteln von Dienstleistungen durch Unterstützungsmanager (*broker model*).

Als Grundlage zur Umsetzung des Unterstützungsmanagements dienen Informationen über örtliche und regionale Angebote des gesamten Handlungsfeldes.

288. Darüber hinaus unterliegt das Unterstützungsmanagement folgenden Prinzipien (Wissert, M. 1999):

- Beratungshilfe aus einer Hand, d. h. in institutioneller und personeller Kontinuität während des gesamten Beratungsprozesses.

- Ziel- und Aufgabenorientierung, d. h. Beratung, Planung, Koordination und Organisation von Dienstleistungen, bezieht sich ausschließlich auf die vertraglich vereinbarten Ziele und Aufträge zwischen dem pflegebedürftigen Menschen (und/oder einem sonstigen Auftraggeber) und der Beratungsstelle.

- Zeitliche Befristung, d. h. möglichst wirtschaftliche Nutzung der zur Verfügung stehenden (Beratungs- und Zeit-)Ressourcen bei möglichst optimaler Dienstleistungsqualität.

- Beratungs- und Prozesssteuerungsneutralität, d. h. nur neutrale Einrichtungen ohne wirtschaftliches Interesse am Marktgeschehen können den hilfebedürftigen Menschen und seine Angehörigen verbraucherorientiert beraten und Interessens- und Loyalitätskonflikte vermeiden.

3.3.1.5 Angehörige als besondere Zielgruppe der Beratung in einer Anlaufstelle

289. Die Entwicklung von Konzepten zur Schulung und Beratung von pflegenden Angehörigen ist eine bedeutende Zukunftsaufgabe (Kruse, A. 2002). Die Betreuung eines chronisch kranken (alten) Menschen ist für viele Angehörige häufig mit großen Belastungen durch weitreichende Veränderungen der Beziehungen verbunden, aber auch mit eigenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass gerade helfende Angehörige älterer Menschen Beratungsangebote in Anspruch nehmen. Sie suchen im Rahmen der Beratung Entlastung. Diese Entlastung reicht über Hilfen rein instrumenteller Art bis hin zur Entlastung von überzogenen moralischen Selbstansprüchen. Beratungsstellen nennen die Suche nach Entlastung als häufigsten Beratungsanlass für Angehörige, die kranke Familienmitglieder unterstützen, gefolgt von komplexen Fragestellungen hinsichtlich möglicher Veränderungen der Wohnumwelt (Arnold, K. 1992; Olbrich, E. 1998; Henße, S. u. Ruhnau-Wüllenweber, M. 1999).

290. Als Belastungsquellen für pflegende Angehörige konnten in einer Reihe von Studien folgende Faktoren gefunden werden (Gunzelmann, T. 1991; Kruse, A. 1994; Gräbel, E. 1998):

- ständiges „Angebundensein“,
- es verlernt zu haben, abzuschalten,
- der Gedanke, dass es keine Veränderung zum Besseren gibt,
- das erlebte Leiden der Angehörigen und die Angst, sie bald zu verlieren,
- die Veränderung der Beziehung durch Demenz und Verwirrtheit der Pflegebedürftigen,
- die Nähe zu Tod und Sterben,
- die verhinderte eigene Selbstverwirklichung und die Veränderung der eigenen Lebensplanung,
- die eigene körperlich-seelische Befindlichkeit,
- die gestörte Nachtruhe,
- der Mangel an Kontakten und daraus erwachsene Isolation sowie

- die fehlende Anerkennung der Pflegeleistungen und Beziehungsprobleme zwischen Pflegenden und Gepflegten.

291. Beratung für Angehörige, die für die häusliche Versorgung hilfeabhängiger Menschen verantwortlich sind, bedeutet sowohl punktuelle Unterstützung in speziellen Bereichen der Beratungshilfen als auch Planung und Organisation umfassender Hilfe. Grundsätzlich wird der Berater mit dem Ratsuchenden ein individuelles Hilfeeinrichtung entwickeln. Ausgangspunkt dieses Unterstützungsmanagements ist der direkte Klientenbezug im räumlich-sozialen Kontext, der sich auch in der Einbeziehung des Hilfebedürftigen in allen Phasen des Prozesses verdeutlicht. Dabei besteht die generelle Anforderung an den Berater darin, Hindernisse jeglicher Art, die die Anbahnung und Durchführung von Pflege behindern, zu bewältigen (Wissert, M. 1999). Während des gesamten Beratungsprozesses sollte die Planung und Organisation der notwendigen Hilfeleistungen für den Angehörigen durchschaubar, nachvollziehbar und später ggf. auch selbst durchführbar sein.

292. Als Handlungsmuster für die Angehörigenberatung mit koordinierender Managementfunktion wird das nachfolgende Phasenmodell empfohlen. Die Darstellung zeigt einzelne Arbeitsschritte in ihrer zeitlichen und inhaltlichen Abfolge (vgl. Wissert, M. 1999):

- „Vorfeldklärung“: Der Ratsuchende nimmt Kontakt auf, schildert seine Problemlage sowie seinen Beratungswunsch. Gleichzeitig lernt er dabei seinen Kontaktpartner kennen.
- „Assessment“: In dieser Phase schätzt der Berater die Ausgangslage ein. Dazu werden der hilfebedürftige und/oder kranke Mensch sowie alle an der Behandlung und Versorgung Beteiligten als Experten in eigener Sache mit einbezogen, um Probleme, Ressourcen und Handlungsfelder zu klären. Dazu gehören umweltliche und personale Lebensbedingungen, der psychische und physische Status, die Lebensperspektiven und Teilbereiche der Biographie des Hilfsbedürftigen. Zum Assessment der pflegerischen Versorgung gehören Angaben wie (Wissert, M. 1999):
 - gesundheitliche Situation,
 - soziale Einbindung und konkrete Unterstützung durch Familie, Nachbarn, Freunde und Bekannte,
 - Kompetenzen, Motivation und Selbsterleben des älteren Menschen,
 - Wohnsituation,
 - wirtschaftliche Lage,
 - Ausstattung mit Hilfsmitteln.

293. Anhand der erfassten Daten wird eine Einschätzung der Lebenslage des hilfe- und/oder pflegebedürftigen Menschen vorgenommen.

- „Hilfeplanung“: Der Unterstützungsmanager erstellt auf der Basis des Assessment einen Versorgungsplan, der die angestrebte Minimal- und Maximalwirkung sowie die erforderliche Qualität der Maßnahmen festlegt. Hierbei werden auch die Möglichkeiten der Selbstversorgung und der Versorgung durch Angehörige geklärt. Daran

schließt sich eine Kalkulation der anfallenden Kosten und die Prüfung von Finanzierungsmöglichkeiten an.

- Der „Unterstützungsmanager“, der alte Mensch und seine Angehörigen handeln gemeinsam die Gestaltung des Versorgungssettings aus.
- „Vermittlung der Dienstleistung, Hilfen und Maßnahmen“: Der Berater organisiert und koordiniert anhand des Versorgungsplanes die vereinbarten Hilfen und Dienstleistungen (*brokering service*).
- „Durchführung der Dienstleistung, Hilfen und Maßnahmen“: Unterschiedliche voneinander unabhängige Helfer und Berufsgruppen müssen zusammengeführt werden, um die Gesamtversorgung zu sichern. Die Aufgabe des Unterstützungsmanagers besteht darin, diese zu begleiten, zu koordinieren und zu steuern (*monitoring*).
- „Entpflichtung mit Bewertung des Unterstützungsmanagements“: Mit der Bewertung des gesamten Unterstützungsprozesses ist der Kontakt zunächst beendet.
- „Nachsorge und Abschlussevaluation“: Nach Abschluss des Unterstützungsmanagements kommt es nach drei bzw. sechs Monaten zu einem nochmaligen Gespräch, das der Nachsorge dient.

3.3.2 Unabhängige Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V)

294. Mit der Einführung des § 65b SGB V im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 wurde ein konkreter Schritt unternommen, niedrighschwellige Informations- und Beratungsangebote als Teil des Versorgungssystems zu stärken und tendenziell zu systematisieren. Mit diesem Paragraphen verpflichtet der Gesetzgeber die Spitzenverbände der Krankenkassen, „im Rahmen von Modellvorhaben gemeinsam und einheitlich Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben“, mit jährlich 10 Mio. DM zu fördern. Eine wesentliche Fördervoraussetzung ist, dass die Einrichtungen ihre Neutralität und Unabhängigkeit nachweisen können.

295. Auf der Grundlage dieses gesetzlichen Auftrags haben die Spitzenverbände der Krankenkassen Mitte 2000 eine – durch die Vorgabe von drei Handlungsfeldern thematisch eingegrenzte und strukturierte – Ausschreibung durchgeführt: Im Handlungsfeld 1 „Medieneinsatz bei der Verbraucher- und Patientenberatung“ steht der „Einsatz moderner Informationstechnologien bei der Verbraucher- und Patientenberatung“ im Vordergrund. Im Handlungsfeld 2 „Struktur- und Transparenzinformationen“ sollen „qualitätsgesicherte Informationen über Leistungsanbieter, Versorgungswege, Krankheitsbilder und Behandlungsmethoden/Therapieformen“ gegeben werden. Dabei geht es darum, für Versicherte und Patienten eine Wegweiserfunktion wahrzunehmen. Das Handlungsfeld 3 „Bedarfsanalyse“ soll dazu beitragen, den tatsächlichen Beratungsbedarf festzustellen, um eine zielgerichtete und effektive Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen und Handlungsfelder zu entwickeln. Mit Blick auf die pluralistischen Strukturen im Gesundheitswesen und um eine einseitige Förderung zu vermeiden, nahmen die GKV-

Spitzenverbände in ihrer Ausschreibung eine weitere Unterscheidung vor: Versicherten- und Patientenberatung auf regionaler und lokaler Ebene sowie Institutionen, die auf der Bundes- und Länderebene aktiv sind.

296. An der Ausschreibung der Spitzenverbände beteiligten sich 291 Einrichtungen und Institutionen, die insgesamt rd. 93 Mio. DM jährlich beantragten. Damit lag das beantragte Fördervolumen weit über der vom Gesetzgeber festgelegten Summe von 10 Mio. DM. Der im Frühjahr 2001 getroffenen Entscheidung, an welche Einrichtungen die Fördermittel fließen, war ein mehrstufiges Sichtungs-, Auswahl- und Entscheidungsverfahren vorausgegangen. Zu erfüllen waren formelle Anforderungen, wie beispielsweise die Transparenz von Trägern, Mitgliedern und Finanzstrukturen der Einrichtung, die gesicherte Existenz auch ohne Fördermittel nach § 65b SGB V (Nachhaltigkeit) sowie Niedrigschwelligkeit und kostenfreier Zugang. Die inhaltlichen Anforderungen für die Förderfähigkeit bezogen sich auf Qualität, Objektivität, Erreichbarkeit sowie die Kooperations- und Kommunikationsbereitschaft mit Krankenkassen. Um die von Politik und Gesetzgeber geforderte Neutralität und Unabhängigkeit zu erfüllen, wurden keine Einrichtungen in die Förderung aufgenommen, die ausschließlich den Leistungserbringern oder Krankenkassen zuzurechnen sind. Nicht gefördert werden außerdem kommerzielle Anbieter von Gesundheitsinformationen. Auf Basis des Votums einer unabhängigen Jury haben die Spitzenverbände im Frühjahr 2001 entschieden, 31 Einrichtungen bis zum Jahre 2004 finanziell zu fördern und damit die jährlich zur Verfügung stehenden 10 Mio. DM breit zu streuen.

297. 27 der geförderten Institutionen wollen Struktur- und Transparenzinformationen vermitteln, davon 14 unter Verwendung elektronischer Medien (vgl. Tabelle 9, S. 109).

Sechs Projekte befassen sich – zumeist zusätzlich – mit Bedarfsanalysen. 21 Institutionen informieren und beraten bundesweit, elf bieten ihre Dienstleistungen (auch) mit regionalem Schwerpunkt an. 15 Beratungsstellen bieten themenübergreifende, persönlich-mündliche bzw. elektronisch gestützte Beratung, elf Institutionen sind auf spezifische Erkrankungen bzw. Krankheitsgruppen spezialisiert (vgl. Tabelle 10, S. 110). Hierunter fallen beispielsweise Institutionen und Einrichtungen wie die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft und die Deutsche AIDS-Hilfe. Ebenso werden Einrichtungen gefördert, die schwerpunktmäßig Informationen z. B. zu Fragen der Psychotherapie, Essstörungen und Allergien von Kindern und Jugendlichen geben. In vier Projekten ist die Qualifikation von Beratern und die Qualitätssicherung der Dienstleistungen ein besonderer Schwerpunkt. Darüber hinaus sind Einrichtungen in die Förderung aufgenommen worden, die Koordinierungsaufgaben bei der Patienten- und Versichertenberatung wahrnehmen, speziell auf behinderte Menschen ausgerichtet sind oder Patientenvertreter-Funktionen, z. B. als Ombudspersonen, wahrnehmen. Über die Transparenz- und Nutzungsberatung hinaus will eine Minderheit der Projekte auch Konflikt- und Rechtsberatung bei vermuteter Fehlversorgung anbieten. Der institutionelle Hintergrund der geförderten Projekte ist weit gefächert: ungefähr die Hälfte (15) stammt aus der Selbsthilfe, auch sind eingeführte Verbraucher- und Sozialverbände stark vertreten (7). Weiterhin werden zwei Projekte von Landesvereinigun-

gen für Gesundheit sowie je eins aus der Gesundheitskonferenz NRW und der Patienten-Ombudsfrau Schleswig-Holstein gefördert. Drei Projekte werden von Universitäten durchgeführt.

298. Angesichts der viel versprechenden Perspektiven dieser Einrichtungen und Projekte erscheint es dem Rat heute noch zu früh, allein aus theoretischer Sicht Empfehlungen für Funktionszuweisungen und Arbeitsteilung für die verschiedenen Typen der unabhängigen Beratungsstellen in der Versicherten- und Patienteninformation als Teil des Versorgungsgeschehens auszusprechen. Angemessen erscheint stattdessen, die gegenwärtig laufenden Suchprozesse so transparent zu gestalten, dass es nach gegebener Zeit möglich ist, auch auf empirischer Grundlage Stärken und Schwächen der verschiedenen Akteure und Zugangswege gegeneinander abzuwägen und dann auf dieser Basis Entscheidungen über die bedarfsgerechte und wirtschaftliche Gestaltung der Versicherten- und Patienteninformation und -aufklärung treffen zu können.

3.3.3 Qualitätssicherung bei der Beratung durch kassentragene Callcenter

299. Neben unabhängigen Patientenberatungsstellen nach § 65b SGB V, für Versicherte und Patienten verwendbaren Leistungsberichten aus dem Versorgungsgeschehen und Recherchen im Internet, bilden auch die erst in den letzten Jahren entstandenen Callcenter der GKV-Kassen einen Informationskanal zu Fragen von Gesundheit, Krankheit und darauf gerichteter Versorgung. Ob dieses Instrument die veränderten Informationsbedürfnisse der Versicherten und Patienten befriedigt (Hurrelmann, K. u. Leppin, A. 2001; Hauß, F. O. 2002) und die Kompetenz der Nutzer steigert, hängt v. a. davon ab, ob der Zugang im Bedarfsfall problemlos gefunden und genutzt werden kann, ob die vermittelten Informationen zutreffend und verständlich sind und ob sie den Bedürfnissen entsprechen. Mit den drei anderen in diesem Kapitel dargestellten Informationskanälen haben Callcenter gemeinsam, dass sie relativ neu sind, erst seit kurzer Zeit als Komponenten des Versorgungssystems angesehen werden und – wie der gesamte Geschäftszweig der Callcenter (Hild, P. u. Beck, J. 2002) – zügig wachsen. Im Hinblick auf fördernde und hemmende Bedingungen der Nutzung liegen sie zwischen der Internetrecherche (weil sie seitens der Nutzer den sicheren Umgang mit einer Form elektronischer Kommunikation erfordern) und dem Besuch einer Patientenberatungsstelle (weil die Kommunikation interaktiv ist). Ihre Zukunft hängt nicht nur von der Steigerung ihrer Bekanntheit und der Leichtigkeit des Zugangs, sondern v. a. von der Qualität der gebotenen Dienstleistungen und einem darauf gegründeten Ruf ab. In absehbarer Zukunft wird die Nutzung von Callcentern zum alltäglichen Bestandteil der Inanspruchnahme des Versorgungssystems werden⁸⁰.

⁸⁰ Dieser Prozess wird sich zusätzlich in dem Maße beschleunigen, wie Callcenter als Bestandteil von Disease-Management-Programmen sowie von Case Management genutzt und ausgebaut werden. Im vorliegenden Kapitel geht es dagegen um Callcenter, die allen Versicherten offen stehen und Informationen zu allen spontan anlaufenden Anfragen zu Gesundheit, Krankheit und Versorgung bereithalten und zur Verfügung stellen. Der Rat weist in diesem Zusammenhang auf die hohe Verantwortung gegenüber dem Nutzer hin.

Tabelle 9

Verteilung der Handlungsfelder und -ebenen auf die nach § 65b SGB V geförderten Modellprojekte

EINRICHTUNG	HANDLUNGSFELD			EBENE	
	Medien- einsatz	Struktur- und Trans- parenzin- formation	Bedarfs- analyse	Bund/ Land	regional
Aachen: Krebsberatung und Kontaktstelle f. Selbsthilfegr. nach Krebs		X			X
Berlin: Gesundheit Berlin e. V. Patienten-Internet-Café	X	X		X	
Berlin 2: Sozialverband Deutschland e. V. Bundesverband		X			X
Brandenburg: DPWV Brandenburg e. V.		X	X	X	
Dresden: Institut für Klinische Pharmakologie (Medizinische Fakultät)		X		X	
Frankfurt: Informationsterminal und MultiMediaThek „Krebsinfor- mation“	X			X	X
Frankfurt 2: PatientInneninformation Frankfurt am Main		X			X
Hamburg: Institut für Gewerblich-Technische Wissenschaften		X		X	
Hannover: Informationsleitstellen für Patienten in Niedersachsen	X	X	X	X	
Hannover 2: DMSG – Bundesverband e. V.	X	X		X	
Hannover 3: Sozialverband Deutschland e. V. Niedersachsen		X			X
Heidelberg: Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit		X			X
Herdecke: PatientInnenberatungsstelle für Herdecke und Umgebung	X	X			X
Kiel: Patientenberatung der Verbraucherzentralen S.-H., Thüringen, M.-V.		X		X	
Kiel 2: „Durchblick“		X			X
Köln: V.E.S.U.V. e. V. Informationsbüro für Psychotherapie und Alter- nativen	X	X		X	X
Köln 2: Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung	X			X	
Leipzig: Deutsche Forschungsinitiative Ess-Störungen e. V.	X	X		X	
Magdeburg: Sozialverband Deutschland e. V. LV Sachsen-Anhalt		X			X
München: Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen	X	X		X	
München 2: Bayer. Forschungsverbund Public Health			X	X	
Münster: Netzwerk Patientenberatung NRW		X	X	X	
Osnabrück: Kinder – Umwelt	X	X	X	X	
Potsdam: Verbraucherberatungszentrum		X		X	
Rostock: PIBS M.-V.	X	X		X	
Saarbrücken: Verbraucher und Patientenberatung im Saarland		X		X	
S.-H.: MedFindex	X	X		X	
Stuttgart: GID – Bürgerservice Gesundheit Baden-Württemberg	X	X	X	X	
Stuttgart 2: PatientInnen-Informations- und Beratungsstelle (PIBS) B.-W.	X	X		X	
Wetzlar: Patientenberatung		X			X

Quelle: Törne, I. v. und Potthoff, P. (2001)

Tabelle 10

Verteilung der Handlungstypen auf die nach § 65b SGB V geförderten Modellprojekte

EINRICHTUNG	Persönlich-mündl. Beratung allgemein	Persönlich-mündl. Beratung indikations-spez.	Informationsaufbereitung und -bereitst./Medieneinsatz allgemein	Informationsaufbereitung und -bereitst./Medieneinsatz indikations-spez.	Angebot-/Bedarfsanalyse	Qualifikation/QS
Aachen: Krebsberatung und Kontaktstelle f. Selbsthilfegr. nach Krebs		X				
Berlin: Gesundheit Berlin e. V. Patienten-Internet-Café			X			
Berlin 2: Sozialverband Deutschland e. V. Bundesverband	X					
Brandenburg: DPWV Brandenburg e. V.					X	
Dresden: Institut für Klinische Pharmakologie (Medizinische Fakultät)	X					
Frankfurt: Informationsterminal und MultiMediaThek „Krebs-information“				X		
Frankfurt 2: PatientInneninformation Frankfurt am Main	X					
Hamburg: Institut für Gewerblich-Technische Wissenschaften						X
Hannover: Informationsstelle für Patienten in Niedersachsen	X		X		X	
Hannover 2: DMSG – Bundesverband e. V.				X		
Hannover 3: Sozialverband Deutschland e. V. LV Niedersachsen	X					
Heidelberg: Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit		X				
Herdecke: PatientInnenberatungsstelle für Herdecke und Umgebung	X		X			X
Kiel: Patientenberatung der Verbraucherzentralen S.-H., Thüringen, M.-V.		X				
Kiel 2: „Durchblick“		X				
Köln: V.E.S.U.V. e. V. Informationsbüro für Psychoth. und Alternativen		X				
Köln 2: Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung			X			X
Leipzig: Deutsch Forschungsinitiative Ess-Störungen e. V.		X		X		
Magdeburg: Sozialverband Deutschland e. V. LV Sachsen-Anhalt	X		X			
München: Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen	X					
München 2: Bayer. Forschungsverbund Public Health					X	
Münster: Netzwerk Patientenberatung NRW					X	X
Osnabrück: Kinder – Umwelt				X	X	
Potsdam: Verbraucherberatungszentrum		X				
Rostock: PIBS M.-V.	X		X			
Saarbrücken: Verbraucher- und Patientenberatung im Saarland	X					
S.-H.: MedFindex			X			
Stuttgart: GID – Bürgerservice Gesundheit Baden-Württemberg			X		X	
Stuttgart 2: PatientInnen-Informations- und Beratungsstelle	X					
Wetzlar: Patientenberatung		X				

Quelle: Törne, I. v. und Potthoff, P. (2001)

3.3.3.1 Tätigkeitsprofil von Callcentern

300. Die meisten Krankenkassen unterhalten bereits heute telefonische Hotlines bzw. Callcenter, bei denen Informationen zu allen Aspekten von Gesundheit und Krankheit sowie des Versorgungsgeschehens abgerufen werden können. Die Dienste der Callcenter sind für die jeweiligen Versicherten durchweg nahezu kostenfrei und – durch Dienstzeiten von werktäglich mindestens zehn Stunden sowie Dienst auch an Wochenenden – zeitlich gut zu erreichen⁸¹. In der gegenwärtig wirksamen Wettbewerbsordnung sind Callcenter für die GKV-Kassen eine der wenigen Angebote bzw. Leistungen, mit denen sie sich am Markt profilieren und auf diese Weise für sich werben können. Insoweit können sie auch als Testfall für die Funktionsfähigkeit des angestrebten Qualitätswettbewerbs gesehen und bewertet werden. Seit die Diskussion über die Einrichtung von Disease-Management-Programmen konkret geworden ist, legen viele Kassen den Schwerpunkt der Weiterentwicklung bzw. Neugründung von Callcentern auf Beratungsdienste für die in diesen Programmen bearbeiteten Diagnosen bzw. Krankheitsbilder und folgen insoweit den finanziellen Anreizen aus dem Risikostrukturausgleich⁸². Dies ist so lange unproblematisch, wie dadurch nicht die Entwicklung und der Betrieb von allgemeinen, krankheitsunspezifischen Informationsdiensten, wie z. B. Callcenter, leiden.

Zum Teil sind Callcenter über die Geschäftsstellen der jeweiligen Kassen zu erreichen, meist jedoch verfügen sie über eigene Rufnummern. In der Regel beauftragen die Kassen spezialisierte Dienstleistungsunternehmen mit dem Betrieb ihrer Callcenter, zum Teil werden im Zuge der Schließung von Geschäftsstellen auch Angestellte der Kassen nach entsprechender Qualifizierung für diese Dienstleistung eingesetzt (Behlendorf, N. 2002).

301. Die abrufbaren Dienstleistungen reichen von Erläuterungen über Krankheitsbilder, Möglichkeiten zur Vorbeugung bis zu pharmakologischen Informationen. Den Anrufern werden auf Wunsch die Diagnose ihres Arztes und die Therapie erläutert sowie mögliche Ursachen und Folgen der diagnostizierten Erkrankung aufgezeigt. Dies beinhaltet beispielsweise auch Vorschläge zur Änderung von Lebensgewohnheiten. Der Versicherte erhält auch Informationen über fachlich zuständige Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer, wie z. B. Krankengymnasten und sonstige Therapeuten, sowie Kontakte zu Selbsthilfegruppen. Es werden immer mehrere mögliche Leistungserbringer (z. B. auch zur Einholung einer Zweitmeinung) genannt, spezielle Empfehlungen sind untersagt. Ebenso wenig werden am Telefon individuelle Therapieempfehlungen oder (Fern-)Diagnosen gegeben – hier wird auf die alleinige Kompetenz der behandelnden Ärzte verwiesen. Der Anruf beim Callcenter soll einen notwendigen Arztbesuch nicht ersetzen, sondern er soll durch geeignete Vor- und

⁸¹ Daneben gibt es auch gebührenpflichtige Medizin-Hotlines, die für alle Nutzer unabhängig von der jeweiligen Krankenversicherung zugänglich sind (test 08/2002). Auf diese wird im Folgenden nicht weiter eingegangen, jedoch gelten die Empfehlungen zur Qualitätssicherung (vgl. Abschnitt 3.3.3.2) für diese Callcenter analog.

⁸² Diese spezialisierten und nicht zuletzt der Vorbereitung von Case Management durch die Kassen dienenden Callcenter sind nicht Gegenstand der vorliegenden Erörterungen. Im vorliegenden Gutachten geht es allein um Callcenter mit umfassenden Beratungsaufgaben.

Nachbereitung eine kompetentere Nutzung des Systems ermöglichen. Einzelne Anbieter bezeichnen Callcenter als funktionierende „gatekeeper“, die Umwege ebenso vermeiden helfen wie Unzufriedenheit der Versicherten und Patienten. Der derzeit wohl größte deutsche Anbieter beschäftigt 31 Ärzte verschiedener Fachrichtungen, die mindestens zehn Jahre klinische Erfahrung haben, sowie 110 weitere fest angestellte Kräfte aus den Bereichen Pflege, medizinisch-technische Assistenz und Pharmazie (test 2002), aber auch Fachkräfte für Ernährungs- und Bewegungsberatung (Eßer, P. 2001a).

302. Die Mitarbeiter der Callcenter verfahren bei den Anrufen im Allgemeinen nach computergestützten Gesprächs-Leitfäden und -Schemata und haben Zugriff auf weitere Informationsquellen. Wenn das Gespräch die Grenzen ihrer solchermaßen unterstützten Kompetenz erreicht, wird – wenn verfügbar – ein Gesprächspartner mit spezieller Kompetenz genannt; alternativ erfolgt ein Rückruf. Überdurchschnittlich effektive Mitarbeiter in Callcentern führen am Tag bis zu 120 Gespräche (Behlendorf, N. 2002).

Die Callcenter werden von zahlreichen Versicherten angenommen, große Callcenter bearbeiten werktäglich rund 1 200 Anrufe und werden von ca. 200 000 Versicherten pro Jahr in Anspruch genommen (Schroeder, C. 2002). Im Vergleich zur Gesamtversichertenzahl werden sie – zumindest in der gegenwärtigen Startphase – jedoch noch nicht intensiv frequentiert (Hakimi, R. 2002). Verglichen mit dem Bevölkerungsdurchschnitt nutzen Frauen und ältere Versicherte die Callcenter überproportional häufig. Über die Verteilung der Nutzer nach sozioökonomischem Status und formaler Bildung liegen keine Informationen vor. Durchschnittlich mehr als zwei Drittel der Nutzer – so ergab eine Evaluation (Eßer, P. 2001b) – befanden sich zum Zeitpunkt des Anrufs in medizinischer Behandlung. Die durch Begleitforschung und Qualitätssicherung ermittelten Zufriedenheitsnoten liegen durchweg sehr hoch, die Rate der – den Kassen bekannt werdenden – Beschwerden liegt bei großen Anbietern bei deutlich weniger als einem Promille. Die Befürchtung, viele Nutzer könnten die Callcenter als Notfalltelefone missverstehen, hat sich nicht bewahrheitet (Hakimi, R. 2002).

303. Missverständnisse tauchen v. a. infolge des Umstandes auf, dass die Callcenter in der Regel nicht befugt sind, über Fragen der Übernahme bzw. Finanzierung von Leistungen durch die Kassen Auskunft zu geben (dazu werden die Anrufer an die Kasse selbst verwiesen)⁸³. Vereinzelt Beschwerden gibt es auch zur Verlässlichkeit und Pünktlichkeit von Rückrufen (bei komplexen Fragen mit Recherchebedarf) sowie über das Telefonverhalten der Callcenter-Mitarbeiter. In einem anonymen Test von 16 Callcentern wurde der Service acht Mal mit „sehr gut“ und acht Mal mit „gut“ beurteilt (test 2002).

Dieselbe anonyme Qualitätsprüfung (test 2002) kam aber im Hinblick auf die Kompetenz der meisten getesteten Callcenter zu deutlich kritischeren Ergebnissen: Hier wurde neun Mal die Note „befriedigend“ und sieben Mal die Note „ausreichend“ vergeben. Grundlage der Beurteilung waren Richtigkeit und Vollständigkeit der Antworten auf insge-

⁸³ Diesbezüglich gibt es offenbar bei den Callcentern der privaten Krankenversicherer deutlich mehr Missverständnisse (Hakimi, R. 2002).

samt sieben Fragen, bei denen es um (nicht übermäßig komplexe) medizinische Sachverhalte sowie um Auskünfte zu Adressen von Leistungserbringern und zu Preisen (z. B. für Hilfsmittel) ging. Die dabei festgestellten Defizite bezogen sich v. a. auf die Vollständigkeit der gegebenen Informationen, nicht jedoch auf die Richtigkeit⁸⁴.

Dieses Testergebnis, das aus methodischen Gründen keine Repräsentativität für sich in Anspruch nehmen kann, deutet auf weiteren Handlungsbedarf zur Qualitätssicherung seitens der Callcenter-Betreiber und der beauftragenden Kassen hin. Solche Aktivitäten können sich bei den meisten Kassen auf einen systematischen Vorlauf stützen (z. B. Eßer, P. 2001a), der sich auf die Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Callcenter bezieht.

3.3.3.2 Qualitätssicherung im Rahmen des Auswahlverfahrens

304. Beispielhaft seien hier die Bemühungen und Regelungen zur Qualitätssicherung von Callcentern einer großen Versorgerkasse wiedergegeben. Die Qualitätssicherung umfasst dort die Auswahl der Vertragspartner, die vertraglichen Regelungen mit dem Dienstleister, die darin festgelegten Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch den Dienstleister sowie die kontinuierliche externe Qualitätsmessung und ihre Rückmeldung an den Dienstleister.

Von den Bewerbern wurde schon im Rahmen des öffentlich ausgeschriebenen Teilnahmewettbewerbs gefordert, zum Nachweis ihrer Fachkunde, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit Angaben gemäß § 7 Nr. 4 der Allgemeinen Bestimmungen für die Vergabe von Leistungen (VOL/A) zu machen über

- die Qualifikation des eingesetzten Personals,
- die technische Ausrüstung,
- die Maßnahmen des Unternehmens zur Gewährleistung der Qualität der Informationen und der Beachtung der wettbewerbs- und standesrechtlichen Regeln,
- das Datenschutzkonzept des Unternehmens,
- die Erfahrung mit der Ausführung der Dienstleistung, insbesondere für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland.

Bewerber, die solche Angaben nicht machen konnten, wurden zur Teilnahme an der Ausschreibung nicht zugelassen.

305. Beim Auswahlverfahren wurde der Qualität ein hoher Stellenwert beigemessen. Für die Bewertung waren u. a. nachzuweisen:

- Qualität der Information: Inhalt und Stand von Datenbanken und zur Verfügung stehender Literatur, internes Informationsmanagement,
- Qualität des Prozesses: Arbeitsanweisungen, Dokumentation der Gespräche und E-Mails, Messungen und Evaluation,
- Qualifikation des Personals einschließlich der für Rückfragen zur Verfügung stehenden externen Experten,

Schulungen und Personalentwicklung, ggf. ärztlicher/wissenschaftlicher Beirat,

- Verfügbarkeit des Personals (Zahl, der für die Dienstleistung ausschließlich zur Verfügung stehenden, auch ggf. noch einzustellenden Mitarbeiter, individuelle Arbeitszeit in Stunden pro Woche),
- Anteil der Arztgespräche (Gespräche zwischen Versicherten und Ärzten) sowie
- Dauer des Marktauftrittes und betreutes Kundenvolumen.

3.3.3.3 Qualitätssicherung durch vertragliche Regelungen

306. Die Erstansprechpartner der Versicherten (für Adressauskünfte über Leistungserbringer und einfache medizinische Fragen) müssen über eine medizinische und/oder pharmazeutische Grundausbildung verfügen. Zugelassene Berufsgruppen sind (nur bei einigen Callcentern) Studenten der Medizin (ab Physikum) oder der Pharmazie (ab 4. Semester), meistens aber Krankenschwestern oder -pfleger, Arzthelferinnen, medizinisch-technische Assistentinnen (MTA) oder pharmazeutisch-technische Assistentinnen (PTA).

Die ärztlichen Ansprechpartner (für medizinische Informationen) müssen verschiedenen Fachrichtungen angehören und mindestens über eine einjährige Erfahrung in der vertragsärztlichen Versorgung verfügen.

Schließlich müssen Experten erreichbar sein, die Fragen zu besonders schwierigen Krankheitsbildern klären können. Dabei müssen Experten folgender Fachrichtungen vertreten sein: Allgemeinmedizin/Innere Medizin, Pharmakologie, Psychiatrie/Psychotherapie, Neurologie, Kinderheilkunde, Orthopädie (auch mit sportmedizinischer Ausrichtung), Zahnmedizin, Gynäkologie, Urologie, Chirurgie, Dermatologie/Allergologie.

Der Vertrag regelt ferner, auf welche Datenbanken und auf welche Zeitschriften die Mitarbeiter des Callcenters Zugriff haben müssen.

307. Obwohl personenbezogene Daten weder von der Krankenkasse an das Callcenter übertragen werden noch vom Callcenter an die Krankenkasse, legt der Vertrag an den unternehmensinternen Umgang mit den vom Callcenter dokumentierten Daten die Maßstäbe des Sozialdatenschutzes an. Der Vertrag zwischen Callcenter-Betreibern und Kassen muss darüber hinaus Bestimmungen für eine externe Qualitätssicherung enthalten.

3.3.3.4 Qualitätssicherung durch Maßnahmen des Callcenter-Betreibers

308. Neben Schulungen der Mitarbeiter zu Kommunikation und medizinischen Inhalten sind organisatorische Maßnahmen zur Einhaltung der Qualitätsstandards notwendig. Die dokumentierten Antworten werden vom ärztlichen Leiter täglich durchgesehen und auf Unstimmigkeiten hin geprüft. Supervisoren achten auf eine gleichmäßige Verteilung der Arbeit und ein homogenes Vorgehen. Persönliches Coaching während der Arbeit gibt den Mitarbeitern unmittelbare Rückmeldungen bezüglich ihres Wissens und ihres kommunikativen Verhaltens.

⁸⁴ Mindestens eine der GKV-Kassen hat nach Veröffentlichung dieses Testberichts das von ihr beauftragte und im Test weniger gut bewertete Callcenter gewechselt.

3.3.3.5 Qualitätssicherung durch kontinuierliche externe Qualitätsmessung

309. Das Beschwerdemanagement spielt auf Grund der sehr geringen Beschwerdezahl – weniger als ein halbes Promille – nur eine geringe Rolle. Aussagekräftiger sind Testanrufe (*mystery calls*), die von einem unabhängigen Institut durchgeführt und von der zwischen Kasse und Callcenter eingerichteten gemeinsamen Arbeitsgruppe Qualitätssicherung analysiert werden. Ihr gehören neben Vertretern des Callcenter-Betreibers je drei von der Kasse bestimmte Ärzte und Apotheker an. Mehr als 100 Testanrufe wurden seit Beginn des Projekts durchgeführt. Sie erbrachten wichtige Hinweise über Verbesserungspotenziale bei den Abläufen.

Dabei geht es beispielsweise um:

- die Vollständigkeit der Information:
 - Werden alle Fragen angesprochen, die den Anrufer interessieren?
 - Wird bei den Antworten der neueste wissenschaftliche Kenntnisstand im Hinblick auf Prävention, Krankheitsbild, Diagnose und Therapie einschließlich der Arzneimittel berücksichtigt?
- Informationen zum Krankheitsbild (Ätiologie/Risikogruppen, Klinik – Symptomatik, Diagnostik, Therapiemöglichkeiten, Komplikationen, Folgen einer Nichtbehandlung, Lebensqualität, Prognose, Prävention);
- Informationen zu diagnostischen Verfahren (apparative/nichtapparative bzw. invasive/nichtinvasive Methode, Aussagefähigkeit der Methode, insbesondere bei Labor- und apparativer Diagnostik, Indikation, Kontraindikation, Vorbereitungen, Material, Vorgehen, Komplikationen);
- Informationen zur Therapie (Beschreibung, Indikationsangabe, Behandlungsalternativen, therapeutischer Nutzen, Komplikationen/Risiken, Stärkung der Eigenverantwortung, Arzneimittel unter Berücksichtigung der Bezeichnung, Hersteller, Preise, wirksame Bestandteile nach Art und Menge, Verschreibungspflicht, besondere Rezeptpflicht nach Betäubungsmittelgesetz, Apothekenpflicht, freier Verkauf; zugelassene Anwendungsgebiete, Dosierung und Art und Dauer der Anwendung, Wirkungsweise, Risiken, Gegenanzeigen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Warnhinweise, z. B. zur Verkehrstüchtigkeit, Schwangerschaft);
- Informationen zur Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten (ergänzende Hinweise und Verweise, weiterführende Literatur, Informationsmaterial, Internetadressen, Selbsthilfegruppen, Erkennbarkeit einer Beeinflussung, Hinweise, ob die Information einen persönlichen oder einen objektiven Standpunkt wiedergibt) und
- um den Gesamteindruck der Information:
 - klare Gliederung der Information; deutliche Zusammenfassung der für den Versicherten wichtigen Inhalte,
 - ausreichende Erhebung der für den individuellen Fall wichtigen Tatsachen,
 - verständliche Darstellung,
 - Freundlichkeit und Einfühlungsvermögen,

- angemessene Informationstiefe und Informationsmenge; bei Telefonaten: angemessenes Sprechtempo,
- Auskunft über Bereiche, für die keine sicheren Informationen vorliegen und
- Ausführungen zu Wissenslücken und/oder unterschiedlichen Expertenmeinungen.

Durch die Umsetzung der sich dabei ergebenden Prüfergebnisse soll gewährleistet werden, dass das Personal in Callcentern in umsichtiger und respektvoller Weise und bei hoher kommunikativer Qualität zuverlässige, vollständige und praktisch verwertbare Informationen liefert.

3.3.4 Qualitätssicherung internetbasierter Informationen

310. Einschlägige Untersuchungen (z. B. Jones, R. et al. 1999) zeigen durchweg ein hohes Informationsbedürfnis bei der großen Mehrzahl der Patienten sowie eine große Unzufriedenheit mit Verfügbarkeit und Qualität der Informationen, v. a. im Hinblick auf unerwünschte Therapie- und hier vor allem Arzneimittelwirkungen sowie auf Prognose bzw. Genesungschancen. Die wichtigste und am häufigsten genutzte Informationsquelle ist nach wie vor der Arzt (Infas 1999), insbesondere für ältere Patienten (Wasem, J. u. Güther, B. 1998). In einigen Gesundheitsbereichen ist diese Quelle für zahlreiche Patientengruppen häufig ohne Alternative (Makoul, G. et al. 1995).

3.3.4.1 Wachsende Bedeutung des Internet

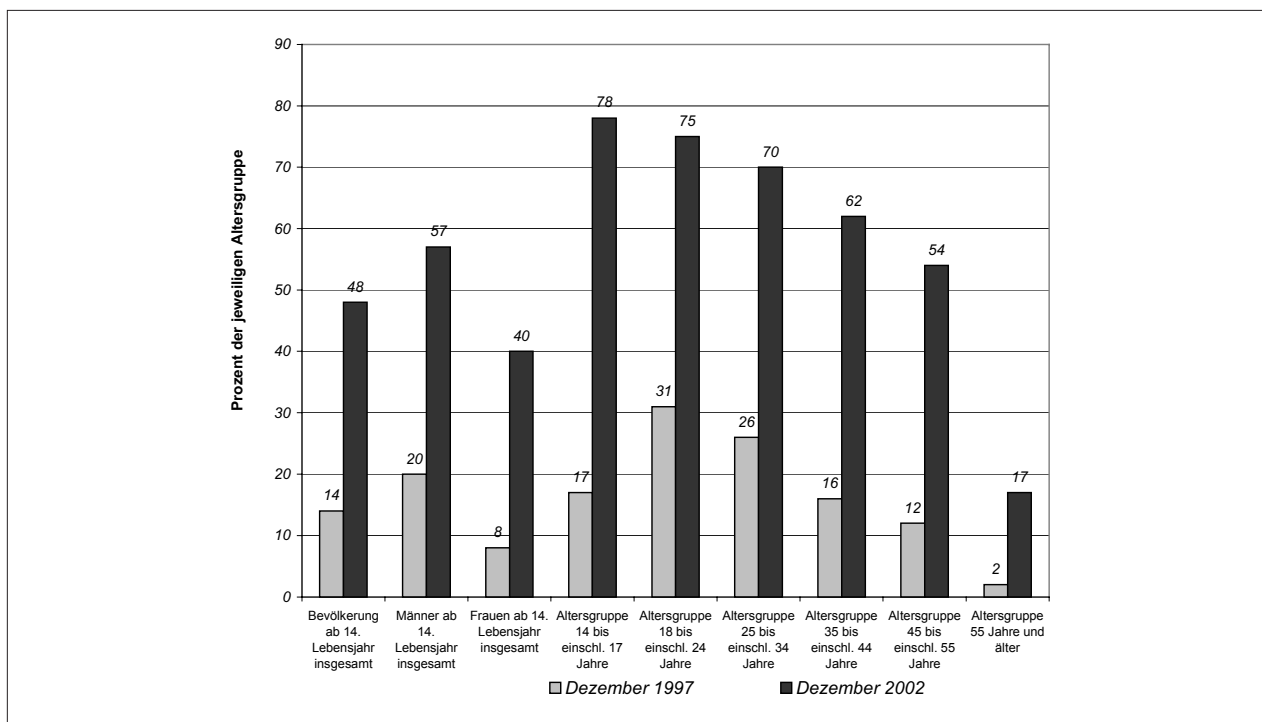
311. Unabhängig von gesundheitlichen Themen hat das Internet als relativ neue Informationsquelle die höchsten Zuwachsraten an Nutzern. Die Anzahl der Nutzer stieg von 8,8 Millionen 1997 auf 30,8 Millionen im Jahr 2001. Unter den 14- bis 17-Jährigen stieg der Anteil von 17 % auf 78 %, bei den 45- bis 54-Jährigen von 12 % auf 54 % und bei den über 55-Jährigen von 2 % auf 17 %. Männer (57 %) nutzen das Internet derzeit noch häufiger als Frauen (40 %), Bewohner der alten (49,2 %) noch häufiger als Bewohner der neuen Bundesländer (43,0 %) (NFO Infratest 2002, www.nfoeurope.com/euro.net, vgl. Abbildung 17, S. 114). 27 % der Nutzer sind täglich online (ComCult 2000).

Nach gesundheitlichen bzw. medizinischen Informationen sucht mehr als ein Drittel der Internetnutzer. Mindestens einmal im Monat rufen 37,6 % der Befragten einer deutschen Online-Befragung Gesundheitsinformationen im Internet ab (ComCult 2000). Für Internetnutzer ist das Netz mittlerweile – nach dem Arzt – die zweitwichtigste Informationsquelle für Gesundheitsfragen geworden, v. a. zur Vor- und Nachbereitung von Arztgesprächen, zur Einholung einer Zweitmeinung und zur Kontaktsuche mit Selbsthilfegruppen (test 2001). Thematisch beziehen sich die gesuchten Gesundheitsinformationen bevorzugt auf die Bereiche Skelett und Muskulatur, Zahnmedizin, Stressbewältigung, Depressionen, Diät und Raucherentwöhnung (vgl. Abbildung 18, S. 114).

312. Das zunehmend kommerzielle Interesse an diesem Geschäftsfeld dürfte durch weitere Anstrengungen der Anbieter zu einer erheblichen Steigerung dieser Quote führen (Adelhard, K. u. Obst, O. 1998). Allerdings gibt es auch eine zunehmende Anzahl von „non-for-profit“-Websites

Abbildung 17

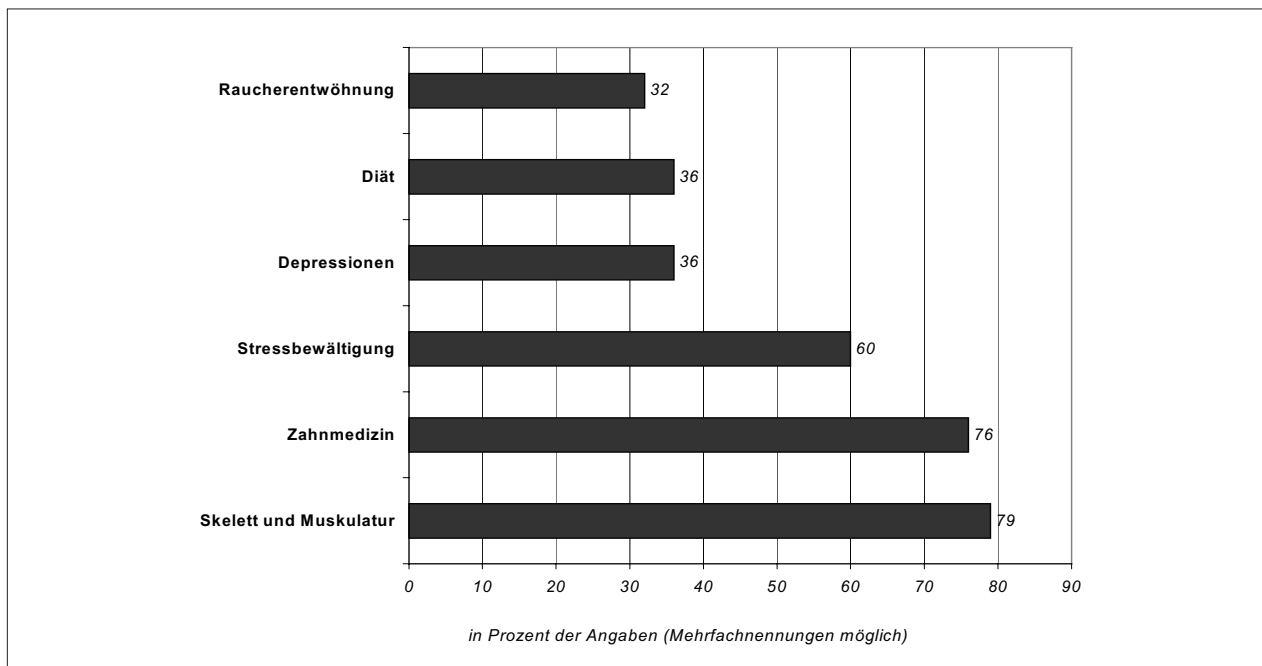
Anteil der Internetnutzer in der deutschen Bevölkerung 1997 und 2001 (in Prozent der jeweiligen Altersgruppe)



Quelle: www.nfoeurope.com/euro.net, Zugriff 02. 07. 2002

Abbildung 18

Bevorzugte gesundheitsbezogene Recherchethemen von Internetnutzern



Quelle: Boston Consulting Group (2001)

und -Portalen (Hern, M. et al. 1997; Althaus, E. 2001). Zugleich nehmen auch die Internetangebote von Interessengruppen im Versorgungssystem (Kostenträger, Leistungserbringer, Forschungseinrichtungen, Behörden, Politik), von akademisch-medizinischen Online-Diensten sowie von Selbsthilfegruppen zu. Mittlerweile verfügen zahlreiche niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser über eine eigene Homepage.

313. Während die Anzahl der gesundheitsbezogenen Websites im Jahr 1999 auf ca. 100 000 geschätzt wurde (Eysenbach, G. et al. 1999), nahm diese Zahl bis zum Jahr 2001 auf ca. eine halbe Million zu (test 2001). Zwei Drittel der Nutzer suchen initial über Suchmaschinen, lediglich ein Drittel beginnt die Suche bislang mit Hilfe von Portalen (test 2001, Boston Consulting Group 2001, vgl. Abbildung 19). Gesundheitsportale werden von kommerziellen Interessenten als wichtiges Instrument für die Optimierung der Kommunikation über Gesundheit und als Mittel zur Effizienzsteigerung angesehen (PriceWaterhouse Coopers 2001).

3.3.4.2 Qualität und Qualitätssicherung⁸⁵

314. Die Qualität der im Internet verfügbaren gesundheitsbezogenen Informationen ist oft zweifelhaft. Untersuchungen verweisen auf multiple Websites mit unklarem oder un-

⁸⁵ Die Bemühungen um Qualitätssicherung beschränken sich mittlerweile nicht mehr auf Websites und Portale, sondern beziehen auch zunehmend interaktive Medien ein. Eng, T. R. et al. (1999) entwickeln z. B. Vorgaben zur Evaluierung von „interactive health communication“ (IHC)-Anwendungen. Auf diese Entwicklung geht der Rat im vorliegenden Gutachten nicht ein.

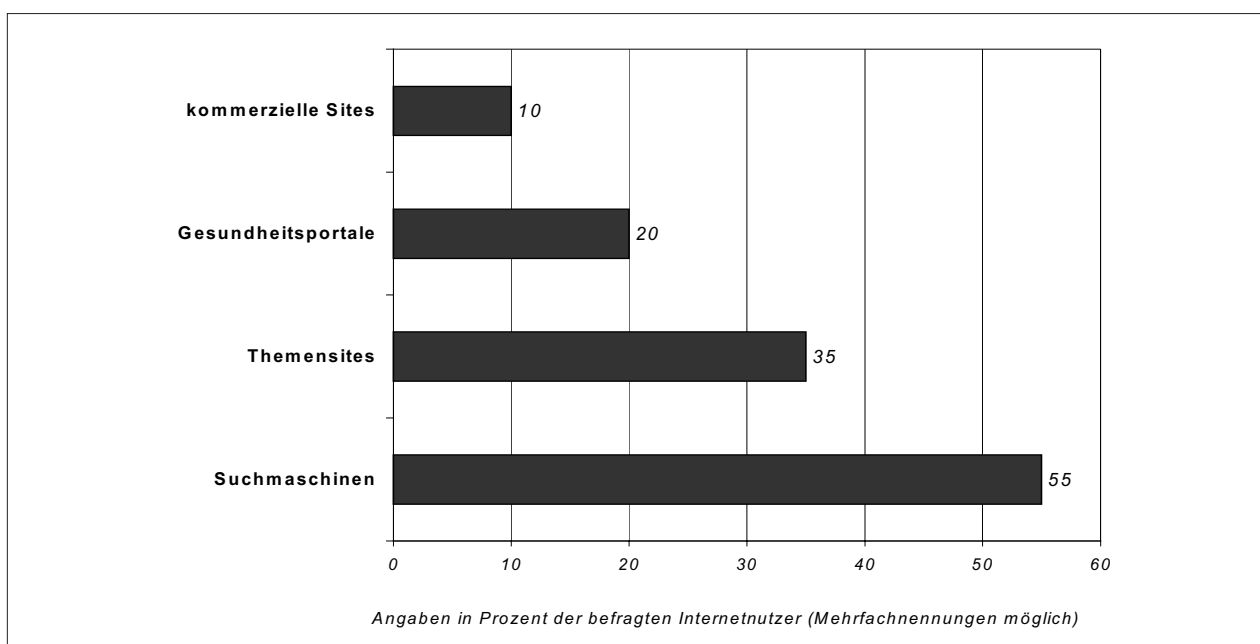
zulänglichem Inhalt (Rigby, M. et al. 2001), es finden sich viele überflüssige, unsinnige und manchmal sogar gefährliche Auskünfte (test 2001). Das Internet bietet derzeit mehr als andere Medien die relativ einfache Möglichkeit, auch Außenseiterpositionen bis hin zur Scharlatanerie zu veröffentlichen (Scheiber, A. u. Gründel, M. 2000).

315. In einer Untersuchung von Gesundheitsinformationen über Suchmaschinen zu Brustkrebs, Depression und Asthma bei Kindern im englisch- und spanischsprachigen Raum führte weniger als ein Viertel der ersten gefundenen Seiten zu relevanten Informationen, nur 45 % der klinischen Inhalte waren mehr als minimal abgedeckt und inhaltlich korrekt. Alle Websites erforderten zu ihrem Verständnis mindestens High-School-Lesefähigkeit (Berland, G. K. et al. 2001, California Health Care Foundation/RAND Health 2001). Allerdings zeigen vergleichende Übersichtsarbeiten, dass die Bewertung der Informationsqualität stark von den zugrunde gelegten Kriterien und beispielsweise auch von den gewählten Recherchewegen und -themen abhängt. So finden sich unter den Websites, die sich mit Ernährung und Diät befassen, in 45,5 bis 88,9 % unzuverlässige Informationen, während Websites zu bestimmten Krebserkrankungen deutlich günstigere Qualitätsbewertungen erhalten (Eysenbach, G. et al. 2002).

316. Als zusätzliche Quelle von Fehlinformationen bis hin zur Gefahr gesundheitlicher Schädigung wird die Werbung und der unkontrollierte Verkauf von Medikamenten über das Internet angesehen. Die 50. Weltgesundheitsversammlung der WHO drückte diesbezüglich ihre Besorgnis aus (WHO Drug Information 1997, 11 (2), 51 bis 52, zit. nach Eysenbach, G. u. Diepgen, T. L. 1999). Von diesen Bedenken nicht betroffen ist die Einlösung ärztlicher Rezepte oder

Abbildung 19

Einstiegsunkte für die Internetrecherche



Quelle: Boston Consulting Group (2001)

der Erwerb zugelassener Arzneimittel über sog. Internet-Apotheken (vgl. Gutachten 2000/2001, Addendum). Die Qualität des Internetangebotes ist in der Regel von den meisten Nutzern nur schwer zu beurteilen (test 2001; Sän-ger, S. et al. 2002; Viell, B. 2002).

317. Aus den genannten Gründen wird Qualitätssicherung der gesundheitsbezogenen Websites gefordert (WHO 1997, www.undp.org/comm/page34htm; Dietzel, G. T. W. 2001) und in Deutschland derzeit u. a. durch den vom BMGS initiierten Zusammenschluss von mehr als 100 Organisationen im Gesundheitswesen im Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (AFGIS, www.afgis.de) vorangetrieben. Daneben ist es ein Ziel verschiedener Initiativen, die Nutzer zu befähigen, vertrauenswürdige Informationsangebote zu identifizieren.

Auch der Rat sieht erheblichen Handlungsbedarf im Hinblick auf die Qualitätssicherung von Gesundheitsinformationen aus dem Internet und auf die Stärkung der kritischen Bewertungsfähigkeit der Internetnutzer („User-Qualifizierung“).

3.3.4.2.1 Qualitätskriterien

318. Zu den Qualitätskriterien für gesundheitsbezogene Websites und Portale liegen verschiedene Vorschläge und Ansätze vor, von denen im Folgenden einige vorgestellt werden.

Die in Genf ansässige „Health on the Net Foundation“ (HON) vergibt eine Zertifizierung für Websites, wenn folgende acht allgemeine Kriterien erfüllt sind (www.hon.ch/HONcode/Conduct.html):

1. Autorität: Medizinische Informationen sind von medizinisch qualifiziertem Personal bereitgestellt worden.
2. Komplementarität: Die Informationen aus dem Internet sollen die Arzt-Patient-Beziehung nicht ersetzen, sondern unterstützen.
3. Quellenklarheit: Zu den Informationen werden klare Referenzen angegeben.
4. Datenschutz: Wird bei personenbezogenen Informationen eingehalten.
5. Die Beurteilung von Produkten und Dienstleistungen wird auf Basis einer „ausgewogenen“ Evidenz vorgenommen.
6. Informationen werden so klar wie möglich angegeben, ggf. mit Kontaktadressen für vertiefende Informationen.
7. Sponsoren werden offen und deutlich ausgewiesen.
8. Werbung und Information sind deutlich voneinander getrennt.

Es ist offensichtlich, dass durch derart allgemeine Kriterien nur eine minimale Sicherung der Qualität erreicht werden kann.

319. Das BMGS-geförderte Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (AFGIS, www.afgis.de) zertifiziert Websites, wenn folgende – nutzerorientierte – Kriterien erfüllt sind:

1. Transparenz über den Anbieter.

2. Transparenz über Ziel, Zweck und angesprochene Zielgruppen der Information.
3. Transparenz über die Autoren und Datenquellen der Information.
4. Transparenz über die Aktualität der Daten.
5. Transparenz über die Möglichkeit für Rückmeldungen seitens der Nutzer.
6. Transparenz über Verfahren der Qualitätssicherung.
7. Transparente Trennung von Werbung und redaktionellem Beitrag.
8. Transparenz über Finanzierung und Sponsoren.
9. Transparenz über Kooperationen und Vernetzung.
10. Transparenz über Datenverwendung und Datenschutz.

320. Die EU-Kommission hat den Aktionsplan „eEurope 2002 – An Information Society for ALL“ im November 2002 verabschiedet. Er legt Qualitätskriterien für Internetseiten mit Gesundheitsbezug fest. Besondere Berücksichtigung finden die Kriterien der Urheberschaft, Vertraulichkeit und des Datenschutzes. Siegel sollen nach Empfehlung der Kommission auf die gesicherte Qualität hinweisen (www.europa.eu.int/information_society/eeurope/ehealth/index_en.htm).

321. Ebenfalls von der Europäischen Union gefördert wird ein an der Universität Heidelberg koordiniertes Projekt zur Einführung von Gütesiegeln (*trustmarks*) für Gesundheitsinformationen im Internet (Certification and Rating of Trustworthy and Assessed Health Information on the Net, MedCertain, www.medcertain.org). Ziel ist der Aufbau einer organisatorischen und technischen Infrastruktur zur dezentralen Informationsbewertung durch Experten und medizinische Fachgesellschaften sowie die Selbstregulierung und Kennzeichnung von medizinischen Informationen in standardisierter Form durch die Informationsanbieter. Um das Gütesiegel zu erhalten, müssen auf den Websites qualitätsrelevante Informationen in einem bestimmten Format (Health Information Disclosure, Description and Evaluation Language, HIDEDEL) hinterlegt werden.

322. In Großbritannien⁸⁶ wurde das Instrument DISCERN entwickelt, um die Qualität von Gesundheitsinformationen im Hinblick auf Therapieentscheidungen zu erheben. Der Fragenkatalog beinhaltet Kriterien zu möglichen Fehlern und Verzerrungen im verwendeten Material, zur Klarheit der Zielsetzung, zur Qualität der Referenzen, zu Behandlungsoptionen, Risiken und Chancen und berücksichtigt auch Kriterien der Lebensqualität (www.discern.org.uk bzw. www.discern.de). Die Kriterien von DISCERN decken insofern ein breiteres Spektrum von Qualitätsmerkmalen ab als das im Übrigen vergleichbare Instrument von AFGIS.

⁸⁶ In Deutschland hat sich an der Medizinischen Hochschule Hannover an der Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung in Kooperation mit der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung ein deutsches Discern-Online-Team etabliert, das sich der Weiterentwicklung des Instruments widmet (www.discern.de).

Die Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung hat „Das DISCERN-Handbuch“ herausgegeben, in dem Qualitätskriterien für Patienteninformationen über Behandlungsalternativen genannt werden.

323. Die Stiftung Warentest hat im Jahr 2001 eine Checkliste mit Qualitätskriterien veröffentlicht (test 2001). Als geprüft und für gut befundener Internetwegweiser wird insbesondere www.patienten-information.de hervorgehoben, der im Auftrage der Bundesärztekammer und der Kassenzentralen Bundesvereinigung von der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung betrieben wird und im Wesentlichen eine bewertende Linkliste enthält.

324. Ein weiteres Instrument (Health Quality Assessment Tool) hat die Health Summit Working Group in North America entwickelt (<http://hitiweb.mittek.org/hswg>). Weitere Instrumente werden bei Eysenbach, G. und Diepgen, T. L. (1999) vorgestellt und diskutiert. Kim, P. et al. (1999) untersuchten 29 Instrumente zur Evaluierung medizinischer Websites und kommen zu dem Schluss, dass zunächst ein Konsens über allgemeinverständliche Kriterien gefunden werden müsste. Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangt eine aktuelle, systematische Übersichtsarbeit, die 79 Studien zur Qualität von gesundheitsbezogenen Internetinformationen vergleichend auswertet (Eysenbach, G. et al. 2002). Auch nach Auffassung des Rates besteht eine unverzichtbare Voraussetzung des Erfolges bei der Qualitätssicherung von gesundheitsbezogenen Websites und Portalen im Internet darin, dass unter den relevanten Akteuren Einigkeit über die Qualitätskriterien und ihre Operationalisierung hergestellt werden muss. Die bislang vorliegenden, einschließlich der in diesem Abschnitt dokumentierten Ansätze, lassen eine solche Einigung als möglich erscheinen. Der Rat fordert die Institutionen, die bereits entsprechende Instrumente entwickelt haben, auf, sich auf Kriterien und ihre Operationalisierung zu einigen und das Ergebnis dieser Bemühungen möglichst breit zu kommunizieren. Nach Möglichkeit sollte es auch international zu einer Einigung kommen, jedoch sollte dieses fernere Ziel nicht als Vorwand dienen, Bemühungen auf nationaler Ebene hinten anzustellen.

3.3.4.2.2 Implementation von Qualitätskriterien

325. Schwieriger als die Entwicklung und Bekanntmachung von Qualitätskriterien erscheint deren Implementierung. Dazu herrscht auch in der Literatur eine gewisse Skepsis vor (Eysenbach, G. und Diepgen, T. L. 1999; Eysenbach, G. 2000; Rigby, M. et al. 2001; Sanger, A. et al. 2002):

- Es besteht Handlungsbedarf, weil Nutzer durch die hohe Zahl an Websites und die Unverständlichkeit bzw. Widersprüchlichkeit von dort zu findenden Informationen verunsichert sind. Der Status quo ist inakzeptabel, nur vereinzelt wird er als nicht veränderbar angesehen (Delamothe, T. 2000).
- Verfassungsrechtlich und technisch scheidet eine Zensur im Internet aus.
- Auch *non-for-profit*-Initiativen können fachliche Fehler und Verzerrungen aufweisen.
- Die einfache Selbstverpflichtung ohne neutrale Kontrolle gilt angesichts der zum Teil vorhandenen ökonomischen Interessen als zu unsicher und anfällig für Missbrauch. Ihre Propagierung kann zu falscher Sicherheit führen.
- Die Entwicklung und verpflichtende Anwendung eines Systems bzw. von Institutionen einzig zur Qualitätssi-

cherung von Websites und Portalen für Gesundheit wird als extrem kostenintensiv und unbrauchbar eingeschätzt.

- Die bisher bekannten Methoden des Filterns, des Ratings und der Bekanntmachung unseriöser Websites weisen allesamt erhebliche Schwächen auf.

326. Hinzu kommt, dass die große Dynamik im Wachstum und in der Veränderung des Internet auch die Möglichkeiten der Qualitätssicherung tangiert. Eine Untersuchung aus dem Jahr 2002 (Gagliardi, A. u. Jadad, A. R. 2002) zeigt, dass von 47 Instrumenten der Qualitätsmessung, die im Jahr 1998 als unzureichend evaluiert worden waren, inzwischen nur noch wenige in Gebrauch waren. An ihre Stelle sind 51 neue Instrumente getreten, von denen wiederum die Mehrzahl erhebliche Defizite aufweist.

Die Autoren der oben zitierten Studie (Gagliardi, A. u. Jadad, A. R. 2002) halten die Propagierung guter Websites für einen pragmatischen Weg der Qualitätssicherung. Dies würde u. a. die Rolle von Ärzten und anderen Gruppen im Gesundheitswesen stärken, die erstens selber über Kriterien und Verzeichnisse „guter“ Websites verfügen und zweitens die Weitergabe dieser Informationen an die Patienten als ihre Aufgabe ansehen (Shepherd, S. et al. 1999).

327. Diskutiert wird auch, die Formalbeschreibung von Internetdokumenten zu standardisieren, den Erstellern von Websites die Beachtung der gleichen Maßstäbe zu empfehlen, wie sie auch beim normalen wissenschaftlichen Publizieren gelten, um auf diese Weise für das Internet einen ähnlich qualitätsgesicherten Zugriff zu ermöglichen, wie er zum Beispiel für Print-Medien durch Medline gewährleistet wird (vgl. dazu die 1999 von der Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie vorgelegten Kriterien für elektronisches Publizieren: www.imbi.uni-freiburg.de/medinf/gmdsqc/d.htm). Auch werden Möglichkeiten eines fälschungssicheren Qualitätssiegels diskutiert (Adelhard, K. u. Obst, O. 1998).

328. Andere Vorschläge zielen z. B. auf die Vernetzung gesundheitsbezogener Websites auf einer Telematik-Plattform. Angesichts rechtlicher und tatsächlicher Unmöglichkeit der Zensur, hohen Missbrauchspotentials bei Selbstverpflichtung, enormer Kosten und ungelöster logistischer Probleme einer umfassenden Zertifizierung und Akkreditierung sollen zudem die (auch rechtlichen) Verantwortlichkeiten von Informationsanbietern im Internet gestärkt werden. Die Nutzerqualifizierung soll durch Aufklärungskampagnen für Patienten, z. B. mit den Kriterien aus dem DISCERN-Instrument (s. o.), erhöht werden. Außerdem könnte ein Qualitätshandbuch für Anbieter erstellt werden und zur externen Qualitätssicherung kontinuierliche Qualitätsvergleichtests durch unabhängige Stellen (z. B. Stiftung Warentest, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) durchgeführt werden. Darüber hinaus könnten eine obligatorische Akkreditierung von institutionellen Websites und Beratungsdiensten sowie ein Portal mit qualitätsgeprüftem Informationsangebot für Bürger und Patienten eingeführt werden (Jäckel, A. 2002). Offen bleibt freilich, welche Institution mit welcher Autorität und welchen Anreiz- und Sanktionsmechanismen hierfür infrage kommen soll.

329. Als weitere Strategie der Qualitätssicherung wird vorgeschlagen, nicht kommerzielle Websites und Portale von vertrauenswürdigen, u. U. staatlichen Absendern qualitätsgesichert zu gestalten, um den Nutzern eine Alternative zu

nicht qualitätsgesicherten und kommerziell motivierten Informationen zu verschaffen. Diese Strategie, Nutzern des Internets zuverlässige Informationen durch eine gezielte Auswahl vertrauenswürdiger Anbieter zur Verfügung zu stellen, verfolgt z. B. der vom U. S. Department of Health and Human Services entwickelte Informationsdienst *healthfinder.gov*. Berücksichtigt werden vor allem Angebote von Organisationen, die dem Gemeinwohl verpflichtet sind. Dazu gehören Regierungsorganisationen, nicht gewinnorientierte Organisationen und Universitäten. Informationsangebote kommerzieller Anbieter werden nur ergänzend aufgenommen. Das *Procedere* bei der Auswahl von Anbietern ist auf der Website dokumentiert. Weitere internationale Beispiele sind Informationsangebote des amerikanischen „National Institute of Health“ (Konsumenteninformation unter www.nih.gov/health/consumer) oder des britischen „National Health Service“ (z. B. Informationen zur Gesundheitsförderung unter www.hea.org.uk/hpic).

3.3.5 Leistungsberichte als Instrument der Nutzerqualifikation

330. Bei Leistungsberichten ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen:

- fakultativen Berichten, die vorrangig der internen Qualitätssicherung dienen, bei denen es keine Verpflichtung zur Veröffentlichung gibt und die zu Werbezwecken marketingwirksam aufgearbeitet werden können und
- obligatorischen Berichten, z. B. nach § 137 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach bestimmten Richtlinien und mit vorgegebenen Inhalten anzufertigen sind. Sie dienen der externen Qualitätssicherung, die Daten werden nach bundes- und landesweiten Ergebnissen gliedert und veröffentlicht.

Der Rat sieht in beiden Arten von Leistungsberichten Instrumente, deren Weiterentwicklung neben qualitätssteigernden Effekten vor allem die Transparenz des Versorgungsgeschehens für Nutzer erhöhen sollte.

Neben Anlaufstellen für bestimmte Patientengruppen, unabhängigen Beratungsstellen nach § 65b SGB V, Callcentern und qualitätsgesicherten Informationen aus dem Internet kann auch der Ausbau des Berichtswesens über Leistungsprofile und Behandlungsergebnisse ambulanter und stationärer Einrichtungen zu einer gezielteren Inanspruchnahme und Nutzung der Versorgungsangebote beitragen. Diese Transparenz wird gerade im Rahmen zunehmender Wettbewerbsorientierung von Kassen und Leistungsanbietern mit immer größerem Nachdruck gefordert. Wahlmöglichkeiten zwischen konkurrierenden Anbietern sind nur sinnvoll, wenn Patienten korrekte Informationen über die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zur Verfügung stehen. Patienten sind jedoch nicht nur an ergebnisorientierten Berichten interessiert. Sie wollen nicht ausschließlich wissen, welches „das beste“ Krankenhaus oder welches „der beste“ Arzt ist, sondern sie suchen nach Einrichtungen, die ihren individuellen Bedürfnissen gerecht werden. Die Entscheidung für oder gegen eine Behandlung oder Einrichtung wird nicht nur medizinisch begründet, sondern u. a. auch von ethnischen, sozialen, kulturellen und religiösen Faktoren bestimmt (Kranich, C. et al. 2002).

331. Bisher erfolgt die Bewertung von Leistungsanbietern im ambulanten wie auch im stationären Sektor vor allem erfahrungsgelernt und basiert auf Empfehlungen von behandelnden Ärzten, Verwandten, Bekannten oder Selbsthilfegruppen. Verlässliche Informationsquellen, die über Erfahrungsumfang (Diagnose- und Interventionshäufigkeit), Heilungs-, Komplikations- und Mortalitätsraten, Lebensqualitätszunahme nach Behandlungen oder Steigerung des Aktivitätsradius und damit der Selbstständigkeit Auskunft geben, sind selten. Patienten stehen kaum Kriterien oder Verfahren zur Verfügung, um v. a. bei elektiven Behandlungen eine eigene fundierte Entscheidung zu treffen. Ohne vergleichende Informationen können Patienten jedoch nicht zu mündigen und teilhabenden Nutzern werden.

332. Potenziell wichtige Anhaltspunkte für die Wahl einer Einrichtung sind Zertifikate, Gütesiegel und Selbstdarstellungen. Meist ist für den Nutzer jedoch nicht klar erkennbar, für welche Leistungen die Einrichtung ausgezeichnet wurde. Die Unterscheidung zwischen Werbung und objektiver Information kann vom Patienten ohne besondere medizinische Vorbildung kaum geleistet werden. Deshalb ist es besonders wichtig, dem Nutzer Wert und Bedeutung von Zertifizierungsmaßnahmen offenzulegen.

Die Notwendigkeit bzw. der Anreiz, die eigene Dienstleistung zu bewerben, ist in den vergangenen Jahren auch im medizinischen Sektor gestiegen. Dies hat dazu geführt, dass verschiedene Einrichtungen sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich durch Internetauftritte und Informationsbrochüren auf sich aufmerksam machen. Meist finden sich aber neben Informationen zur Struktur oder zum Angebot einer Einrichtung jedoch nur äußerst selten Auskünfte über Häufigkeit und Ergebnisse der durchgeführten Behandlungen.

Seit einigen Jahren verfassen einzelne Krankenhäuser medizinische Leistungsberichte⁸⁷. Die Kriterien, die der Erstellung zu Grunde gelegt werden, sind jedoch zzt. nicht einheitlich, so dass die Berichte nur schwer vergleichbar sind. Sie dienen bisher vorrangig der internen Qualitätssicherung, werden selten veröffentlicht und richten sich nicht an Patienten. Die bisher nur vereinzelt über das Internet veröffentlichten Leistungsberichte von Krankenhäusern sind nur bedingt für Patienten ohne besondere medizinische Kenntnisse verständlich und enthalten in der Regel keine Vergleiche zu anderen Kliniken.

⁸⁷ Als Beispiel kann die Helios-Kliniken-Gruppe dienen, die für das Jahr 2001 einen Medizinischen Leistungsbericht veröffentlicht. Neben der Darlegung des Leistungsspektrums der Klinikgruppe, das auch medizinische Ergebnisvergleiche (Diagnosen und Krankenhaussterblichkeit) zwischen Einzelkliniken der Gruppe zulässt, wurde ein internationaler Vergleich medizinischer Versorgungsstrukturen vorgenommen. Als Vergleichsdaten für Deutschland wurden Daten der Bundesauswertung 2000 aus den Benchmarkingprojekten der Firma 3M herangezogen. Es handelte sich um Daten aus 392 deutschen Krankenhäusern. Ferner standen ca. 7 Millionen Fälle des amerikanischen Healthcare-Cost- and Utilisation-Projekts sowie ca. 6 Millionen Fälle aus Australien zur Verfügung. Dabei erlaubte die Gegenüberstellung der Daten zur Krankenhaussterblichkeit den Schluss, dass sich kein Qualitätsrückstand der berücksichtigten deutschen Krankenhäuser im Vergleich zu Klinikdaten aus den USA oder Australien ableiten lässt. Der Leistungsbericht der Universität München gilt als Leistungsbericht eines eher traditionellen Typs (vgl. den 12. Leistungsbericht der Medizinischen Klinik und Medizinischen Poliklinik des Klinikums der Universität München – Innenstadt 2001, hrsg. von D. Schlöndorff).

333. Bisher wird in den Berichten die Struktur- und Prozessqualität erfasst. Aussagekräftiger und bedeutsamer sowohl aus Nutzer- wie auch aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive ist jedoch die Ergebnisqualität (Schneeweiss, S. 2002). Bei der Aufnahme ist der Schweregrad der Erkrankung, der Begleiterkrankungen und anderer Faktoren (Alter, Geschlecht u. a.), bei der Entlassung der Behandlungserfolg zur Bestimmung der Ergebnisqualität zu bestimmen. Auch sollten zur Erhärtung der Aussagen über die Ergebnisqualität Studien zum Genesungsverlauf nach Klinikentlassung durchgeführt und veröffentlicht werden. Diese zu verschiedenen Zeitpunkten erhobenen Variablen stammen nicht nur aus der Dokumentation professioneller Gruppen, sondern auch aus Patientenbefragungen. Um Verzerrungen vorzubeugen, sollte bei der Erstellung von Zertifizierungs- und Leistungsberichten eine standardisierte Risikoadjustierung erfolgen (Sangha, O. u. Schneeweiss, S. 2000).

334. Die Dokumentation bietet ein großes Potential an Manipulationsmöglichkeiten, indem besonders schwere Fälle oder sehr unzufriedene Patienten nicht erfasst werden. Ebenso verhält es sich bei der Mortalitäts- und Komplikationserfassung. Um Verlegungen in nachgeordnete Einrichtungen zur Minimierung der Mortalitäts- und Komplikationsraten zu verhindern, könnte der Erhebungszeitraum verlängert werden. Zu berücksichtigen wäre dabei, dass für

Behandlungsergebnisse nicht nur die Behandlung im Krankenhaus bestimmend ist, da sich auch die Inanspruchnahme und Qualität anderer medizinischer Leistungen, z. B. ambulanter oder rehabilitativer Maßnahmen, und die Compliance der Patienten auswirken. Manipulationspotential besteht auch bei der Risikoadjustierung. Es erscheint sinnvoll, einen einheitlichen Standard zu definieren und Kliniken, die sich gegen diesen Standard entscheiden, zu verpflichten, ihre Gruppierungskriterien im Leistungsbericht zu veröffentlichen und Ergebnisse entsprechend zu kennzeichnen.

Die geplante Einführung eines prospektiven, fallpauschalierenden Entgeltsystems zur Vergütung voll- und teilstationärer Krankenhausleistungen schafft eine Basis zur Erstellung vergleichbarer Berichte. Im Zuge der Einführung eines G-DRG-Systems (German Diagnosis Related Groups), das nach Diagnosen, Prozeduren und Schweregraden klassifiziert, ergeben sich Möglichkeiten, aber auch die Notwendigkeit, die Transparenz des Leistungsgeschehens auch für Patienten zu erhöhen.

335. Der Sachverständigenrat hat sich bereits wiederholt für standardisierte und obligatorische Leistungsberichte in der stationären Versorgung ausgesprochen, zuletzt im Gutachten 2000/2001 (Band II, Ziffer 451). Die strukturellen Veränderungen, die durch die Einführung des DRG-Systems bedingt sind, reichen jedoch nicht aus, um dem Informa-

Zur Nutzung der durch das DRG-System gewonnenen Daten

Die Einführung eines DRG-Systems schafft mittels einer insgesamt deutlich besseren Leistungstransparenz neue Voraussetzungen für Versorgungsforschung, Qualitätssicherung und Setzung gesundheitspolitischer Handlungsschwerpunkte. Bisher steht in Deutschland nur die Statistik der Hauptdiagnosen flächendeckend zur Verfügung. Das DRG-System verbindet die Auswertung von Diagnosen und Prozeduren in einer gemeinsamen, in der Praxis handhabbaren und nach Schweregraden differenzierten Klassifikation und liefert damit zusätzliche Informationen, die über die Statistik der Hauptdiagnosen allein hinausreichen.

Für die Versorgungsforschung in Deutschland und die Weiterentwicklung der Vergütungssysteme ist es wichtig, bundesweit Daten über die Leistungsstrukturen der Krankenhäuser verfügbar zu machen. Das Krankenhausentgeltgesetz sieht die Erhebung derartiger Daten bereits vor (§ 21 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG). Die Sammlung der Daten erfolgt durch die DRG-Datenstelle, die von der Selbstverwaltung benannt worden ist. Den Auftrag der Datensammlung, Prüfung auf Plausibilität und Auswertung hat die Firma 3M erhalten, die diese Daten zusammengefasst an die Länder weiterleitet.

In den USA wird ein anonymisierter DRG-Datensatz der Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS; früher Health Care Financing Administration) auch unabhängigen Einrichtungen für Forschungszwecke und Marktvergleiche zur Verfügung gestellt. Dieser so genannte MEDPAR-Datensatz (Medicare Provider Analysis and Review file), der nach festgelegten Bedingungen weitergegeben wird, hat sowohl die Versorgungsforschung als auch andere medizinische Forschungsvorhaben (u. a. zur Qualitätssicherung) in den USA erheblich vorangebracht. Es handelt sich um vielfach genutzte Referenzdaten.

Auch im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung erlaubt der DRG-Datensatz neuartige Vorgehensweisen. Gemäß § 137 SGB V wurde ein zentrales Beratungs- und Beschlussgremium, das Bundeskuratorium Qualitätssicherung, für die externe vergleichende Qualitätssicherung in den Krankenhäusern gegründet. Das Bundeskuratorium erstellt u. a. Auswahlkriterien für Leistungen, die in die Qualitätssicherung einbezogen werden sollen und vergibt Aufträge, die auch die Datensammlung betreffen. Mit dieser Aufgabe wurde die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) betraut. Das Verfahren der Datenerfassung ist aufwendig. Eine Ausweitung auf alle ca. 660 DRG-Fälle ist bisher wegen des damit verbundenen Erfassungsaufwandes schwierig umzusetzen. Darüber hinaus wird eine Vielzahl von Daten erfasst, die auch für die DRG-Abrechnung relevant sind und die daher im DRG-Datensatz ohnehin berücksichtigt werden.

Eine redundante Mehrfacherfassung von Daten in oft nur geringgradig abgewandelter Form sollte vermieden werden. Schon leicht unterschiedliche Definitionen der zu erfassenden Datenklassen machen eine automatische Nutzung des Datenbestandes für unterschiedliche Zwecke (DRG-Abrechnung, Qualitätssicherung nach § 137 SGB V) oft unmöglich. Aus diesem Grunde ist eine bessere Abstimmung – besser noch eine weitgehende Zusammenführung durch Vereinheitlichung und Zusammenlegung – der verschiedenen Datenerfassungen anzustreben.

tionsbedürfnis der Patienten Rechnung zu tragen, da die Erstellung von Qualitätsberichten zwar vorgeschrieben, die Ausgestaltung und Aufbereitung weitgehend den einzelnen Krankenhäusern überlassen bleibt. Das Gesetz sieht obligatorische Leistungsberichte (§ 137 Abs. 1 Nr. 6 SGB V) ab dem Jahr 2005 für das Jahr 2004 vor. Diese strukturierten Qualitätsberichte sind im Abstand von zwei Jahren abzufassen. Da die Qualitätsberichte sich in Aufmachung und Aufbereitung der relevanten Daten möglicherweise stark unterscheiden – wie dies bei den bereits veröffentlichten Leistungsberichten der Fall ist –, wird es Patienten schwer fallen, sich basierend auf diesen Informationen für oder gegen ein Krankenhaus oder eine Behandlung zu entscheiden.

Aufgrund dieses Tatbestandes sind auch andere Wege der Aufbereitung relevanten Wissens für den Nutzer denkbar. Da Krankenhäuser neben der Erstellung eines Qualitätsberichtes auch zur Weitergabe von Daten an die DRG-Datenstelle gemäß § 21 KHEntgG verpflichtet sind, könnte die Sammlung und gegebenenfalls auch die Auswertung eines leicht erweiterten Datensatzes durch die Datenstelle erfolgen.

336. Der von jedem Krankenhaus geforderte Datensatz hat nach § 21 KHEntgG u. a. folgende Angaben zu enthalten:

- Strukturdaten: Institutionskennzeichen, Art und Trägerschaft, Anzahl der Betten, Angabe zur Teilnahme an der Notfallversorgung, Anzahl der Ausbildungsplätze sowie Anzahl der Auszubildenden und Auszubildenden.
- Datensatz je Krankenhausfall: Geburtsjahr und Geschlecht des Patienten, Aufnahme datum, Aufnahme grund und -anlass, aufnehmende Fachabteilung, bei Verlegung die weiter behandelnde Fachabteilung, Entlassungs- oder Verlegungsdatum, Entlassungs- oder Verlegungsgrund, Haupt- und Nebendiagnosen sowie Prozeduren.

Zur Erstellung eines nutzerorientierten Krankenhausvergleichs wären wenige Parameter zusätzlich zu erheben, um Behandlungsqualität und Patientenbezug besser abzubilden. Der DRG-Datenstelle sollten über die bisher gesetzlich vorgeschriebenen Daten hinaus folgende Informationen zur Verfügung gestellt werden:

- Angaben zu Ergebnissen der Behandlung (Erfolgs- und Komplikationsraten invasiver Eingriffe, Krankenhaussterblichkeit, nosokomiale Infektionen).
- Zur Abbildung des Patientenbezuges sind denkbar:
 - Ergebnisse systematischer Patientenbefragungen in Form von exemplarischen Stichproben (Behandlungsstandards, Aufklärung, Umgang des Personals mit dem Patienten, Berücksichtigung der Autonomie-wünsche, etc.) und
 - evaluierte Beschwerdedaten.

337. Im Rahmen einzelner Modellvorhaben und -projekte werden diese Daten bereits erfasst und ausgewertet. Im „Qualitätsmodell Krankenhaus (QMK)“ wurden medizinische Qualitätsindikatoren und Verfahren der Risikoadjustierung zur Bestimmung der Ergebnisqualität identifiziert (Sangha, O. u. Schneeweiss, S. 2002; Schneeweiss, S. et al. 2000). Erkrankungen, Gesundheitsstatus und Risikofaktoren wurden in unterschiedlichen Modulen erfasst, in die auch die Daten der Patientenbefragungen eingingen. Ergebnisse, die einen Vergleich der einzelnen Abteilungen untereinander erlauben, sind jedoch nur den einzelnen Häusern

zur internen Qualitätssicherung zugänglich gemacht und nicht veröffentlicht worden.

Mit dem freiwilligen krankenhausspezifischen Zertifizierungsverfahren „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ)“ wird ein vergleichbarer Weg beschritten. Die Zertifizierung basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach Kriterien, die sich auf die Patientorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement beziehen. Die Qualitätsberichte werden bei positiver Beurteilung, d. h. Erlangung des Zertifikats, im Internet veröffentlicht. Es finden sich allerdings keine Statistiken zu Erfolgsraten oder zur Patientenzufriedenheit, die für eine umfassende Beurteilung der Qualität hilfreich wären. Vergleiche zwischen zertifizierten Krankenhäusern sind nicht möglich, da keine Risikoadjustierung vorgenommen wird. Ferner ist der Aufwand durch Zusatzdokumentation höher als bei konsequenter Nutzung der Routinedaten.

Das von der EU geförderte Projekt „Patientennavigation“ bildete die bisherigen Bemühungen um Transparenz im Gesundheitswesen im europäischen Vergleich ab. In einigen anderen europäischen Ländern werden sowohl objektive Daten über Komplikationsraten wie auch subjektive Daten über Lebensqualität von staatlichen oder staatlich unterstützten Institutionen zur Veröffentlichung gebracht. Ein öffentlicher Diskurs und eine stärkere gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den Fragen der Qualitätstransparenz im Krankenhaus wird dadurch ermöglicht und ist hilfreich (Kranich, C. et al. 2002).

338. In mittelfristiger Zukunft sollten Leistungsberichte als zuverlässige Informationsquellen zur Qualitätssicherung beitragen. Das Interesse an Qualitätssicherungsmaßnahmen der Kliniken wird massiv zunehmen, wenn z. B. an die DRG-Stelle übermittelte Rohdaten und Leistungsberichte Vergleiche zwischen einzelnen Kliniken erlauben oder gar beinhalten (Benchmarking).

Nur im Vergleich mit anderen Krankenhäusern können Verbesserungen bei der Prozess- und Ergebnisqualität zur Stärkung der Position am Markt einer Klinik führen. Patienten erhalten durch diese Information die Möglichkeit, sich aufgrund vergleichbarer Ergebnisse für oder gegen eine Klinik zu entscheiden. Um Entscheidungen auf objektiver Grundlage zu ermöglichen, müssen die Berichte außer dem Fachpublikum auch Patienten zumindest auszugsweise zugänglich (z. B. über das Internet), klar strukturiert und verständlich sein. Die alleinige Veröffentlichung der Daten führt nicht automatisch zu einer Kompetenzsteigerung des Nutzers, wie durch internationale Studien belegt wird. Bei der Aufbereitung und Zusammenstellung der Daten sollten die im Ausland gemachten Erfahrungen berücksichtigt werden (McGlynn, E. A. et al. 1999; Marshall, M. N. et al. 2000). Es wird vom Rat als lohnendes Ziel betrachtet, die durch das Vergütungssystem gewonnenen Informationen in verantwortungsbewusster Weise transparent und allgemein verständlich zu machen.

339. Langfristig sollte die Forderung nach Leistungsberichten nicht auf stationäre Einrichtungen beschränkt bleiben. Patienten sollten die Möglichkeit erhalten, sich auch über die Leistungen ambulanter Anbieter objektiv zu informieren. In diese von übergeordneten Körperschaften, z. B. den Kassenärztlichen Vereinigungen, zu erstellenden Leis-

tungsberichte könnten Patientenzahlen und Behandlungsschwerpunkte aufgenommen werden.

3.3.6 Fazit und Empfehlungen

340. In diesem Kapitel werden Wege zur Kompetenzsteigerung des Nutzers im modernen Gesundheitssystem diskutiert. Gegenwärtig existiert eine Vielzahl von Ansätzen zur Informationsverbreitung, Beratung und Aufklärung, angeboten durch unterschiedliche Akteure. Die Qualität dieser Angebote wird sich letztendlich darin zeigen, ob korrekte und verständliche Informationen über Gesundheit und Krankheit auf kurzem Wege alle Menschen erreichen, die davon profitieren können.

Anlaufstellen für Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen

341. Der Rat empfiehlt den modellhaften Aufbau von Anlaufstellen für eine „integrierte Beratung“ von Menschen mit komplexen gesundheitlichen und begleitenden sozialen Problemen. Eine solche Investition kann zu selbstbestimmterem Handeln von Betroffenen und ihren Angehörigen, zu mehr Eigenverantwortung und einer gezielteren Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen sowie zu mehr Zufriedenheit mit der Versorgung führen. Eine Finanzierung auf Dauer sollte von positiven Effekten abhängig gemacht werden, die durch Begleitforschung nachgewiesen werden müssen.

Die Anlaufstellen sollen Wegweiserfunktion im komplexen Gesundheits- und Sozialsystem übernehmen und nach Prinzipien arbeiten, die geeignet sind, komplexe Problemlagen einer älter werdenden Bevölkerung zu bewältigen. Zu diesen Prinzipien zählen Beratungskonzepte, die sich an der Kompetenzerhaltung orientieren, auf eine erfolgreiche Anpassung an Verlustsituationen hinarbeiten oder ein Unterstützungsmanagement für komplexe Problemlagen initiieren.

342. Eine Vielzahl unterschiedlicher Beratungsangebote erschwert die Suche nach dem jeweils adäquaten Versorgungsangebot. Dagegen könnte eine „integrierte Beratung“ Beratungsbedürfnissen nachkommen oder in weiteren Schritten zuständige Spezialisten vermitteln. Der Rat empfiehlt, in den Anlaufstellen inhaltlich unterschiedliche Schwerpunkte, wie z. B. Informationen zur Prävention, Vermittlung von konkreten Behandlungsmöglichkeiten oder Versorgungsangeboten, Wohnberatung, Krisenintervention u. a. zu setzen. Zur Stärkung privater und familiärer Unterstützungsressourcen tritt eine qualifizierte Beratung von Angehörigen hinzu, die bereits in die gesundheitliche oder pflegerische Versorgung von Familienmitgliedern eingebunden sind.

343. Die Anlaufstellen sollen über persönliche Kommunikation (Sprechstunde), telefonische und postalische Kontaktmöglichkeiten sowie über moderne EDV-Kommunikation (E-Mail) arbeiten, um alle Fragen kurzfristig und kompetent zu beantworten. Zusätzlich sollte eine aufsuchende Hilfe möglich sein, um präventiv auf Problemsituationen Einfluss nehmen zu können. Sinnvoll ist die Anbindung an ein medizinisches und soziales Kompetenzzentrum.

Unabhängige Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V)

344. Der Rat begrüßt die relativ zügige Umsetzung des § 65b SGB V durch die Spitzenverbände der GKV und auch

den in der Förderungsentscheidung der Spitzenverbände zum Ausdruck kommenden Willen, einer möglichst großen Vielfalt von Institutionen, Ansätzen und Orientierungen die Möglichkeit zur Weiterentwicklung und zur Bewährung zu geben. Dies dürfte auch der Intention des Gesetzgebers entsprechen, der hier als Rahmen Modellvorhaben wählte.

Im Konzert der vorhandenen und sich entwickelnden Informationsangebote bleibt für neutrale und unabhängige Beratungsstellen absehbar ein genuin eigenes Feld. Zum Teil erklärt sich dies aus den geforderten Eigenschaften „neutral“ und „unabhängig“, mit dem – ähnlich der Selbsthilfe – Menschen angesprochen werden, die anderen Institutionen gegenüber möglicherweise Misstrauen empfinden. Speziell im Hinblick auf Bevölkerungsgruppen, die von Institutionen gebundenen oder lediglich über elektronische Medien erreichbaren Angeboten nicht oder nur schwer zu erreichen sind (Menschen mit geringer formaler Bildung, Migrant*innen etc.), können unabhängige und niedrigschwellige Beratungsstellen als erste Anlaufstelle eine unverzichtbare Rolle spielen. Zum Teil dürfte dies auch von der sozialen Qualität der Beratungsstellen abhängen, insoweit es ihnen gelingt, neben der reinen Information auch emotionalen Rückhalt und psychosoziale Unterstützung zu vermitteln (Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 3, Ziffer 322). Außerdem können nach § 65b SGB V geförderte Projekte auch wichtige Lotsendienste erbringen, die den Nutzern den Weg zu anderen Informationsquellen bahnen (z. B. durch Schulung in Internetnutzung oder durch Vermittlung an andere Institutionen).

Angesichts der viel versprechenden Perspektiven dieser Einrichtungen und Projekte erscheint es dem Rat verfrüht, allein aus theoretischer Sicht Empfehlungen für Funktionszuweisungen und Arbeitsteilung für die verschiedenen Typen der unabhängigen Beratungsstellen in der Versicherten- und Patienteninformation als Teil des Versorgungsgeschehens auszusprechen. Angemessen erscheint stattdessen, Suchprozesse so transparent zu gestalten, dass es nach gegebener Zeit möglich ist, auch auf empirischer Grundlage Stärken und Schwächen der verschiedenen Akteure und Zugangswege gegeneinander abzuwägen und auf dieser Basis Entscheidungen über die bedarfsgerechte und wirtschaftliche Gestaltung der Versicherten- und Patienteninformation und -aufklärung zu treffen.

345. Vor diesem Hintergrund begrüßt der Rat die im Januar 2002 getroffene Entscheidung der Spitzenverbände, die Umsetzung des § 65b SGB V durch die 31 geförderten Projekte mit einer gründlichen, partizipativ und formativ angelegten wissenschaftlichen Begleitforschung auszustatten. Neben der Untersuchung der Zielerreichung und Qualitätssicherung in jedem einzelnen dieser Projekte (s. Gutachten 2000/2001, Band II, Kapitel 3) und ihrer Vernetzung sollte die Begleitforschung auch darüber hinausgehende Fragen bearbeiten, deren Beantwortung wichtige Hinweise für die gesamthafte Gestaltung der Information und Beratung für Versicherte und Patienten verspricht.

346. Im Hinblick auf die Inanspruchnahme der Beratungseinrichtungen sind nicht nur die faktischen Nutzer von Interesse, sondern die – krankheitsspezifisch, regional oder sozial definierten – Zielgruppen. Die Analyse der Gründe für die Nicht-Nutzung der Angebote durch Teile der Zielgruppen verspricht wichtige Aufschlüsse über schwer erreich-

bare Gruppen und vermag dadurch auch Hinweise für die Optimierung von Zugangswegen zu liefern. Dies ist insbesondere von Bedeutung für die Erreichung sozial benachteiligter Gruppen (z. B. geringe formale Bildung, ältere Menschen, Migranten, Arbeitslose).

- Im Hinblick auf die existierenden Beratungsalternativen durch Kassen, Kammern oder kommerzielle Unternehmen ist es wichtig, die spezifischen Gründe zu erforschen, die zur Inanspruchnahme und auch Nicht-Inanspruchnahme eines oder mehrerer Beratungsangebote führen. Durch solche Analysen lassen sich zielführende Hinweise auf die anzustrebende flächendeckende Arbeitsteilung zwischen den genannten Institutionen und auf Zugänge zu Beratung und Information gewinnen.
- Soweit dies möglich ist, sollen auch die Wirkungen der Inanspruchnahme von Beratungsstellen auf den individuellen Gesundheitszustand erhoben und ausgewertet werden. Diese können beispielsweise in einem qualifizierteren Suchverhalten, einer gezielteren Inanspruchnahme, einer verbesserten Partizipation sowie einem veränderten Gesundheitsverhalten liegen.
- Die Ergebnisse der Begleitforschung sollten auch – zum Beispiel in Form von Check-Listen und Methodenhinweisen – für die Entwicklung einrichtungübergreifender Kriterien und Verfahren zur Qualitätssicherung unabhängiger Beratungsstellen nutzbar gemacht werden.

347. Der Rat empfiehlt, dass nicht nur für die nunmehr nach § 65b SGB V geförderten Projekte, sondern auch für die Informations- und Aufklärungsangebote anderer Träger eine entsprechend gründliche Begleitforschung und Qualitätssicherung betrieben wird und Ergebnisse veröffentlicht und zusammengeführt werden. Auf diese Weise kann ermittelt werden, welche spezifischen Stärken und Schwächen verschiedene Träger, Ansätze und Medien der Beratung im Hinblick auf die Bedürfnisse bestimmter Bevölkerungs- bzw. Patientengruppen aufweisen. Nur durch qualitativ hochwertige und vergleichbar angelegte wissenschaftliche Begleitung und ihre Auswertung als Teil der Versorgungsforschung können die viel versprechenden Suchprozesse letztlich für die Optimierung der Versicherten- und Patienteninformation als Teil des Versorgungsgeschehens genutzt werden.

Callcenter der GKV zur Versicherten- und Patientenberatung

348. Der Rat sieht qualitätsgesicherte Callcenter als eine prinzipiell nützliche und künftig in ihrer Bedeutung zunehmende Komponente eines zeitgemäßen Versorgungssystems. Er begrüßt ihre Entstehung und empfiehlt den Kassen, dieses Angebot breiter bekannt zu machen und bedarfsgerecht auszubauen sowie insbesondere auch die Qualitätssicherung weiter auszugestalten. Durch niedrigschwellige interaktive Kommunikation können präventiv wirksame Impulse gesetzt, überflüssige Arztbesuche vermieden und das Versorgungssystem rationaler genutzt werden. Qualitativ hochwertig arbeitende und von den Versicherten angenommene Callcenter können einen wichtigen Beitrag zur vom Rat geforderten Nutzerqualifizierung leisten und sind damit potenziell ein Instrument zur geforderten Präventionsorientierung und zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die derzeit vielfach im Aufbau befind-

lichen Callcenter für Disease-Management-Programme und für Case Management sind kein Ersatz für Callcenter, die zu allen Gesundheitsfragen qualifizierte und verständliche Informationen bereithalten. Die nebeneinander existierenden Callcenter sollten in der Qualitätssicherung voneinander lernen.

349. Neben der leichten und verlässlichen Erreichbarkeit sowie der Servicequalität liegt die wichtigste Voraussetzung für die Erfüllung des Beratungsauftrags in einer funktionierenden Qualitätssicherung. Durch kriteriengeleitete Auswahl von Callcenter-Betreibern sowie durch entsprechende Vertragsgestaltung soll gewährleistet werden, dass jeder Nutzer des Callcenters sicher sein kann, in verständlicher und seiner Frage entsprechenden Form das jeweils aktuellste Wissen zu seinem Problem ohne Verzug abrufen zu können. Zur Erfüllung dieses Anspruchs sollen die Callcenter vertraglich verpflichtet werden, bedarfsgerecht qualifiziertes Personal zu beschäftigen und dauernd zu qualifizieren, die Datenbestände zu pflegen und laufend zu aktualisieren. Nutzerfreundliche Beratungsroutinen sollen auch durch entsprechende Maßnahmen der externen Qualitätssicherung sichergestellt werden. Die Maßstäbe für die Qualität medizinischer und gesundheitlicher Informationen aus Callcentern sollen wissenschaftlichen Kriterien genügen und in der Perspektive möglichst denen der evidenzbasierten Medizin entsprechen. Zugleich muss auch sichergestellt sein, dass Callcenter dieses Wissen vollständig und ohne jede inhaltliche Einflussnahme durch die beauftragende Krankenkasse weitergeben dürfen.

Die gegenwärtig trotz einiger negativer Befunde insgesamt gute Qualität der von den Kassen beauftragten Callcenter kann als Beispiel dafür gelten, dass bei entsprechend gesetzten Anreizen auch zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ein funktionierender Qualitätswettbewerb in Gang kommen kann. Im Hinblick auf die Stabilisierung dieses erwünschten Zustandes sowie zur Steigerung der Transparenz für die Nutzer empfiehlt der Rat, die Kriterien, Verfahren und Ergebnisse der Qualitätssicherung für Callcenter – auch gegenüber den Nutzern – offenzulegen. Auch Leistungen der Callcenter unterliegen in der Sicht des Rates dem spezifizierten Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V. Der Rat empfiehlt den Kassen, Callcenter mit etablierter Qualitätssicherung (z. B. nach EFQM) unter Vertrag zu nehmen. Der Rat empfiehlt weiterhin, Evaluationen unter Einschluss der Kosten-Nutzen-Analyse durchzuführen (Begleitforschung).

350. In diesem Zusammenhang muss auch verbindlich geregelt werden, dass weder die beauftragende Kasse noch andere Interessenten (andere Krankenkassen, Leistungsanbieter etc.) Zugriff auf Daten Anrufer erhalten. Ebenso ist durch Vertrag und Qualitätssicherung sicherzustellen, dass Informationen aus kassengeprägten Callcentern nach rein wissenschaftlichen Kriterien und unabhängig von kommerziellen Interessen (z. B. von Leistungsanbietern) gegeben werden.

351. Bei den bisherigen Maßnahmen der Qualitätssicherung werden außer Alter und Geschlecht offenbar nur wenige soziodemografische Merkmale der Nutzer erhoben. Weitergehende Erhebungen (z. B. zur formalen Bildung oder sonstigen Indikatoren des sozio-ökonomischen Status) sind aus Sicht des Rates notwendig, um zu klären, inwieweit das Angebot der Callcenter tatsächlich alle Zielgruppen er-

reicht. Das ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn die Einrichtung von Callcentern⁸⁸ die Schließung von Geschäftsstellen der Krankenkassen kompensieren soll, die nach übereinstimmenden Beobachtungen insbesondere von Versicherten aus sozial weniger privilegierten Gruppen und Schichten als Informationsstellen in Anspruch genommen werden. Die bisherige Qualitätssicherung erfasst und bewertet die Qualität der Beratung. Im Rahmen der Versorgungsforschung wäre auch die Wirkung der Nutzung von Callcentern auf Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten zu klären. Davon erhofft sich der Rat wichtige Hinweise auf weitere Verbesserungsmöglichkeiten dieser Dienstleistung.

Gesundheitsinformationen aus dem Internet

352. Der Rat tendiert im Sinne einer vorläufigen Bewertung der außerordentlich dynamischen Entwicklung internetbasierter Informationen zur Befürwortung einer Strategie der Qualitätssicherung im Internet mit dem Ziel, durch eine freiwillige Zertifizierung gesundheitsbezogener Websites durch eine neutrale, unabhängige Stelle die „Spreu vom Weizen zu trennen“ und dies für den Nutzer eindeutig kenntlich zu machen.

Hierzu gibt es bereits verschiedene Ansätze:

1. Das europäische Pilotprojekt MedCERTAIN kombiniert Elemente von Konsumentenschulung mit einer Selbstverpflichtung der Autoren von Internetseiten und mit externer Kontrolle. Mit diesen Maßnahmen wird das Ziel einer Zertifizierung verfolgt (www.medcertain.org).
2. Das auf MedCERTAIN aufbauende MedCIRCLE-Projekt (Collaboration for Internet Certification, Rating, Labeling and Evaluation, www.medcircle.org) soll semantische Abfragen über Gesundheitsinformationen im Internet ermöglichen. Die Qualitätssicherung erfolgt durch Selbstbeurteilung, Beurteilung der Projektpartner und Beurteilung durch ausgewiesene Experten.
3. Im Rahmen des TEAC-Health-Projekts (Towards European Accreditation and Certification of Telematics Services in Health) sollen außer medizinischer Software und telemedizinischen Leistungen auch Websites in ihrer Qualität gesichert werden. Vorgesehen ist die Vergabe eines EuroSeal, das ähnlich vergeben werden soll wie das Gerätegütesiegel CE (Rigby, M. 2001).
4. Die „Health on the Net Foundation“ (HON, www.hon.ch) in Genf stellt eine eigene Suchmaschine für die von ihr zertifizierten Websites (von bisher über 300 Abonnenten) zur Verfügung (MedHunt, HONselect). Sie propagiert das HON-Logo als Selbstzertifizierung nach vorgegebenen und in einem Fragebogen dokumentierten Qualitätskriterien. Zu diesen Kriterien gehören u. a. Evidenznachweise, Quellenangaben und Angabe der Sponsoren. Auf Basis der Prüfung dieses Fragebogens, der von den jeweiligen Website-Autoren selbst ausgefüllt wird, vergibt die

Stiftung das HON-Logo und überprüft die zertifizierten Seiten zumindest in Stichproben. Sind die Kriterien der Stiftung erfüllt, erhält die Website das Logo, und der Nutzer kann sich beim Anklicken des Logos über die damit verbundenen Qualitätskriterien informieren. Wird das Logo missbräuchlich genutzt (worauf die Stiftung auch von Nutzern aufmerksam gemacht wird) oder wurde es wegen Qualitätsmängeln entzogen, hat die Stiftung zwar keine Möglichkeiten, die Entfernung zu erzwingen. Sie unterbricht in diesen Fällen den „Link“, so dass Nutzer, die auf ein „totes“ HON-Logo stoßen, auf diesem Weg darauf hingewiesen werden, dass die Qualität der Website nicht gesichert ist.

5. Die „American Accreditation HealthCare Commission“ hat das Zertifizierungsverfahren URAC entwickelt, das in seinen Standards HON ähnelt, aber ausführlicher ist und eine Akkreditierung auf der Basis einer formellen Prüfung vorsieht (www.urac.org) (Jäckel, A. 2002).
6. Seit März 2002 vergibt auch AFGIS an seine Mitglieder ein Logo für deren Websites, wenn sie sich verpflichten, die oben genannten Qualitätskriterien einzuhalten (www.afgis.de/ueberafgis).

353. Der Rat empfiehlt den Herstellern von Websites, den Betreibern von Portalen und Suchmaschinen sowie den damit befassten Akteuren der Gesundheitspolitik, in ihren Verlautbarungen und Aktionen die Öffentlichkeit für das bislang ungelöste Problem der Qualitätssicherung von internetbasierten Gesundheitsinformationen zu sensibilisieren.

Langfristig empfiehlt der Rat die freiwillige Zertifizierung von Websites zur Gesundheit nach transparenten und zumindest national, möglichst EU-weit und als Fernziel weltweit einheitlichen und transparenten Kriterien. Die Organisation und Kontrolle dieser Qualitätssicherung sollte in Händen einer neutralen, unabhängigen und anerkannten Institution liegen. Ob diese Rolle in Deutschland letztlich von AFGIS, der Stiftung Warentest, der BZgA oder von akademischen Institutionen wahrgenommen wird und welche Rolle dabei anerkannte Institutionen der Qualitätssicherung und Nutzerinformation wie die ÄZQ oder auch Verbraucherverbände spielen sollen, wäre Gegenstand von Verhandlungen, die der Rat zügig aufzunehmen empfiehlt. In einem ersten Schritt könnte Qualitätssicherung auch in spezifischen Hinweisen auf bereits qualitätsgesicherte Websites oder Portale bestehen. Im Hinblick auf die Vergabe und den Entzug der Zertifizierung erscheint das von der HON-Stiftung gewählte Verfahren als gangbarer Weg.

Der Rat empfiehlt den Bundesministerien für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft, auf die zügige Inangasetzung diesbezüglicher Beratungen zwischen den Akteuren hinzuwirken. Dabei wäre auch zu prüfen, inwieweit die Verfasser fachlich unzutreffender und unzureichender Websites rechtlich stärker zur Verantwortung gezogen werden können.

354. Neben die Qualitätssicherung der internetbasierten Informationen müssen in verstärktem Maße Bemühungen zur „Nutzerqualifizierung“ treten. Die Dissemination von Qualitätskriterien stellt einen gangbaren Weg hierzu dar. Sowohl Qualitätskriterien als auch Instrumente zu ihrer Durchsetzung können nur dann wirksam werden, wenn sie von autorisierten, z. B. staatlichen Stellen, öffentlich und breit kommuniziert werden. Aber auch andere Akteure im Ge-

⁸⁸ Callcenter sind nicht nur Orte, an denen gesundheitsbezogene Dienstleistungen produziert werden, sondern bieten auch Arbeitsplätze mit derzeit vielfach noch ungünstigen Arbeitsbedingungen (Isic, A. et al. 1999; Baumgart, U. et al. 2002). Die Herstellung und Aufrechterhaltung menschengerechter und gesundheitsförderlicher Strukturen und Prozesse in diesen Unternehmen sollte auch von den Kassen als Auftraggeber als Bestandteil der Qualitätssicherung der Callcenter gesehen und betrieben werden.

sundheitswesen, insbesondere die Ärzte, sowie die Betreiber von Suchmaschinen oder die Veranstalter von Computer- und Internetschulungen können hierzu wertvolle Beiträge liefern.

Obligatorische Leistungsberichte als Instrument der Nutzerinformation

355. Bei Leistungsberichten ist grundsätzlich zwischen fakultativen und obligatorischen Berichten zu unterscheiden. Die fakultativen Berichte dienen vorrangig der internen Qualitätssicherung oder werden für Werbezwecke marketingwirksam aufgearbeitet. Es besteht keine Verpflichtung zur Veröffentlichung. Obligatorische Berichte werden aufgrund gesetzlicher Vorgaben mit festgelegten Inhalten verfasst. Sie dienen der externen Qualitätssicherung, die Daten werden nach bundes- und landesweiten Ergebnissen gegliedert und veröffentlicht.

356. Für öffentliche Krankenhäuser wird im Zuge der DRG-Einführung die Erstellung von Leistungsberichten obligatorisch werden. Die veröffentlichten Statistiken sollten als Mindeststandard Aufschluss über bundesweite und regionale Fallzahlverteilungen sowie über Verweildauer, Komplikationsraten, Krankenhaussterblichkeit, Verlegungsraten und Altersstruktur geben. Die zur Erstellung der Statistiken erforderlichen Daten sind in großen Teilen im Datensatz, der der DRG-Stelle zu übermitteln ist, bereits vorhanden und müssen nur zusammengestellt werden.

Die Versorgungsforschung hat nach Ansicht des Rates nach geeigneten Wegen zu suchen, um die Patientenorientierung in Einrichtungen zu erfassen. Eine Einrichtung weist sich erst dann als patientenorientiert aus, wenn Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten beachtet, gemeinsame Definitionen der angestrebten diagnostischen und therapeutischen Ziele entwickelt, Patienten am diagnostischen und therapeutischen Prozess beteiligt und die bereits gemachten Erfahrungen berücksichtigt werden.

357. Die durch die DRG-Datenstelle gesammelten und veröffentlichten Daten sollten nicht nur der internen und externen Qualitätssicherung dienen. Die Daten sollten in einem „Patientenwegweiser“ oder „Patientenführer“ zusammenge-

führt werden, nutzerfreundlich abgefasst und einfach zugänglich sein, z. B. auf speziellen Internetseiten, bei Anlaufstellen, Callcentern und unabhängigen Beratungsstellen. Der nutzerfreundlich abgefasste Vergleich von Leistungsanbietern muss Patienten ohne besondere medizinische Vorkenntnisse befähigen, anhand der für sie wichtigen Parameter Wahlentscheidungen treffen zu können⁸⁹.

358. Der Rat sieht die Krankenhäuser in einer Pilotfunktion, da die Erstellung von Leistungsberichten bisher nur für sie obligatorisch ist. Leistungsberichte sollten zukünftig aber auch von anderen Institutionen und Netzwerken der Krankenversorgung erstellt werden. Der Rat regt an, umgehend mit der Schaffung der dazu notwendigen wissenschaftlichen, technischen und rechtlichen Voraussetzungen zu beginnen. Erfolge auf diesem Wege können aus Sicht des Rates einen wichtigen Beitrag zur Qualitätsorientierung in der Patientenversorgung leisten.

359. Aus Sicht des Rates besteht eine wesentliche Voraussetzung für die notwendige Entwicklung der Nutzerkompetenz darin, dass jeder Mensch mit einem gesundheitlichen Anliegen oder Problem ohne größeren zeitlichen und finanziellen Aufwand Zugriff auf qualitativ verlässliche und für ihn verständliche Informationen hat. Dies sollten die unterschiedlichen Kanäle und Medien der Information in ihrer Gesamtheit gewährleisten. Der Rat fordert alle Beteiligten dazu auf, dieses Gesamtziel bei der Gestaltung der jeweiligen Kanäle und Komponenten der Informationsinfrastruktur zu beachten. Der Grad der Erfüllung dieses wichtigen gesundheitspolitischen Ziels sowie die Möglichkeiten einer verbesserten Zielerreichung sollten Gegenstand der Versorgungsforschung sein.

⁸⁹ Zur Unterstützung der Versorgungsforschung begrüßt der Rat die beschränkte Weitergabe anonymisierter Datensätze an Forschungseinrichtungen in Anlehnung an die Praxis in den USA und unter Berücksichtigung der dort gemachten Erfahrungen hinsichtlich Anonymisierung, Datennutzung und Datenschutz. Auf der Grundlage der erhobenen Daten kann, neben der Erstellung der Leistungsberichte, auch ein wesentlicher Teil der Qualitätssicherung aufgebaut, so dass sich die zusätzliche Datenerfassung für die Qualitätssicherung auf ausgewählte Zusatzinformationen beschränken kann.

3.4 Literatur

Adelhard, K. und Obst, O. (1998): Evaluation von medizinischen Internetressourcen. Qualitätskriterien. Das Gesundheitswesen, 60. Jg., S. 287–289.

Aebischer, K. (1987): Brustkrebs. Psychische Belastung und deren Bewältigung. Bern, Stuttgart, Toronto.

Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem: www.afgis.de.

Althaus, E. (2001): Auf dem Weg zum mündigen Patienten. Informationen durch Gesundheitsportale. Medizin online, 02/2001, S. 20–23.

Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco.

Arbeitsgruppe geriatrisches Assessment (Hrsg.) (1997): Geriatrisches Basisassessment. Handlungsanleitung für die Praxis. 2. Aktualisierte Auflage. München.

Arnold, K. (1992): Gesundheitserleben und Verhalten älterer Menschen, in: Kaiser, H. J. (Hrsg.): Der ältere Mensch – wie er denkt und handelt, 1. Auflage, Bern; Göttingen; Toronto, S. 117–138.

Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2000): Das Discern-Handbuch. Qualitätskriterien für Patienteninformationen über Behandlungsalternativen. München.

Badura, B. (1999) (Hrsg.): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens: Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Baden-Baden.

Badura, B. und Hungeling, G. (1999): Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Perspectives on Managed Care, Impulse für das Gesundheits- und Sozialwesen, 2. Jahrgang, Ausgabe 1, S. 26–30.

Badura, B. und Schellschmidt, H. (1999): Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Herausforderung und Chance für das Arzt-Patienten-Verhältnis. In: Feuerstein, G. und Kuhlmann, E. (Hrsg.), Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis. Bern. S. 153–162.

Badura, B., Hart, D. und Schellschmidt, H. (Hrsg.) (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens: Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Baden-Baden.

Bahrs, O. (2001): Das Sprechstundengespräch beim Hausarzt aus der Sicht von Patientinnen – Ergebnisse einer europäischen Vergleichsstudie. Nach einem Vortrag bei der Fachtagung „Qualität im Gesundheitswesen aus der Sicht der Patientinnen und Patienten“ der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und AOK am 20. 11. 2000 in Celle.

Bahrs, O. (2003): Mein Hausarzt hat Zeit für mich – Wunsch und Wirklichkeit. Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. G+G Wissenschaft, 3. Jg., S. 17–23.

Baltes, M. und Montada, L. (Hrsg.) (1996): Produktives Alter, Frankfurt/Main; New York.

Baltes, M. und Carstensen, L. L. (1996): Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozeßorientierten Meta-

modell erfolgreichen Alterns. Psychologische Rundschau, 47. Jg., Göttingen, S. 199–215.

Baltes, M., Maas, I., Wilms, H.-U. und Borchelt, M. (1996): Alltagskompetenz im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In: Mayer, K. U. und Baltes, P. B. (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie, Berlin, S. 525–542.

Baumgart, U., Debitz, U., Metz, A.-M., Richter, P., Schulze, F., Timm, E. und Wieland, R. (2002): Callcenter auf dem arbeitspsychologischen Prüfstand, Teil 2: Arbeitsgestaltung, Belastung, Beanspruchung und Ressourcen, Call Report 11, Hamburg.

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen et al. (2002): Eckpunktepapier für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht chronisch kranker und behinderter Menschen, Berlin.

Beckmann, P. (1999): Medizin und Recht – einige Überlegungen aus der Sicht der Philosophie. Jura Forum Münster 1999 „Medizin und Recht. Juristische Fragen in Gesundheitswesen und Forschung“. Eine Veranstaltung des Freundeskreises Rechtswissenschaft e. V. Münster.

Behlendorf, N. (2002): Anrufe im Drei-Minuten-Takt strapazieren nicht nur die Stimmbänder. Frankfurter Rundschau vom 20. 09. 2002, S. 29.

Bengel, J., Strittmatter, R. und Willmann, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.

Bensing, J. M., Verhaak, P. F., van Dulmen, A. M. and Visser, A. P. (2000): Communication: the royal pathway to patient-centered medicine. Patient Educ Couns., Vol. 39(1), S. 1–3.

Berland, G. K., Elliott, M. N., Morales, L. S., Algazy, J. I., Kravitz, R. L., Broder, M. S., Kanouse, D. E., Munoz, J. A., Puyol, J. A., Lara, M., Watkins, K. E., Yang, H. and McGlynn, E. A. (2001): Health Information on the Internet: accessibility, quality and readability in English and Spain. Journal of the American Medical Association, Vol. 285, Nr. 20, 05/2001.

Boston Consulting Group (2001): Vital Signs Update, The E-Health Patient Paradox. BCG Focus, 05/2001.

Brandenburg, H. und Schmitt, E. (1996): Soziale Integration bei unterschiedlichen Formen der Selbständigkeit im Alter. In: Farny, D. (Hrsg.), Lebenssituation älterer Menschen: Beschreibung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht, Berlin, S. 125–160.

Braun, B. (2002): Häufigkeit und Auswirkungen von Leistungsrationierungen im Gesundheitswesen. In: Böcken, J., Braun, B. und Schnee, M. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh, S. 97–111.

Büchi, M., Bachmann, L. M., Fischer, J. E., Peltenburg, M. und Steurer, J. (2000): Alle Macht den Patienten? Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared-decision-making. Schweizerische Ärztezeitung, 49. Jg., S. 2776–2780.

Buller, M. K. and Buller, D. B. (1987): „Physicians“ communication style and patient satisfaction. J Health Soc Behav, Vol. 28(4), S. 375–388.

- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin.
- California Health Care Foundation/RAND Health (05/2001): Proceed with caution. A report on the quality of health information on the internet, report summary, Oakland, CA.
- Choices in Health Care (1992): A Report by the Government Committee on Choices in Health Care. The Netherlands.
- Clark, N. M. and Gong, M. (2000): Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things. *BMJ*, Vol. 320(26), S. 572–575.
- Clark, N. M., Gong, M., Schork, M. A., Evans, D., Roloff, D., Hurwitz, M., Maiman, L. and Mellins, R. B. (1998): Impact of education for physicians on patient outcomes. *Pediatrics*. Vol. 101(5), S. 831–836.
- ComCult (2000): Besuch von Online-Angeboten, <http://www.comcult.de/ccstudie/onbesuch.htm>.
- Delamothe, T. (2000): Quality of websites. Kitemarking the west wind, Editorials. *BMJ*, Vol. 321, S. 834–844.
- Denollet, J. and Brutsaert, D. L. (2001): Reducing emotional distress improves prognosis in coronary heart disease: 9-year mortality in a clinical trial of rehabilitation. *Circulation*, Vol. 104, S. 2018–2023.
- Deuschle, M., Lederbogen, F., Borggrefe, M. und Ladwig, K.-H. (2002): Erhöhtes kardiovaskuläres Risiko bei depressiven Patienten. *Deutsches Ärzteblatt*, 99. Jg., S. C-2614.
- Dienel, P. C. (1998): Die Planungszelle – Eine Alternative zur Establishment-Demokratie, Opladen.
- Dierks, M. L., Schwartz, F. W. und Walter, U. (2000): Konsumentenrolle und Konsumenteninformation aus Sicht der Public-Health-Forschung. In: *Psychomed* 2000, 12 (2), S. 77–82.
- Dierks, M. L. (2001): Empowerment und die Nutzer im deutschen Gesundheitswesen. Habilitationsschrift. Medizinische Hochschule Hannover.
- Dietzel, G. T. W. (2001): Gesundheitstelematik, Telemedizin & E-Health, Deutsche und Europäische Perspektiven. In: Jäckel, A. (Hrsg.), *Telemedizinführer Deutschland*, Bad Nauheim.
- Discern online – Qualitätskriterien für Patienteninformation: www.discern.org.uk oder www.discern.de.
- Doyal, L. (1998): Public participation and the moral quality of healthcare rationing. *Qual Health Care*, Vol. 7, S. 98–102.
- Dräger, D., Kuhlmeier, A. und Feige, L. (2000): Zielgruppenorientiertes Beraten. Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung älterer und alter Menschen. Unveröffentlichter Forschungsbericht 003, Wolfsburger Institut für Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung.
- Eng, T. R., Gustafson, D. H. and Henderson, J. (1999): Introduction to evaluation of interactive health communication applications. Science Panel on Interactive Communication and Health. *American Journal of Prevention Medicine*, 16 (1), S. 10–15.
- Engfer, R. und Grunow, D. (1989): Gesundheitsbezogenes Alltagshandeln im Lebenslauf, Bielefeld.
- Eßer, P. (2001a): IKKmed – Der medizinische Telefonratgeber. *Die Krankenversicherung*, 53. Jg., Mai 2001, S. 147–148.
- Eßer, P. (2001b): IKKmed – Zwischenbilanz zum medizinischen Telefonratgeber von Innungskrankenkassen. *Die Krankenversicherung*, 53. Jg., Oktober 2001, S. 313–315.
- Eysenbach, G. (2000): Consumer Health Informatics. *BMJ*, Vol. 320(7251), S. 1713–6.
- Eysenbach, G. and Diepgen, T. L. (1999): Labeling and Filtering of Medical Information on the Internet. *Methods InfMed*, 38 (2), S. 80–8.
- Eysenbach, G., Powell, J., Kuss, O. and Eun-Ryoung, S. (2002): Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web. *JAMA*, Vol. 287, S. 2691–2700.
- Eysenbach, G., Sa, R. E. and Diepgen, T. L. (1999): Shopping around the internet today and tomorrow. *British Medical Journal*, Vol. 319:1294.
- Faltermaier, T. (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln, Weinheim.
- Fleischhauer, K. (1997): Probleme der Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen durch Prioritätensetzung – ein Blick über die Grenzen. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Band 2, S. 137–156.
- Fleischhauer, K. (1999): Altersdiskriminierung bei der Allokation medizinischer Leistungen. Kritischer Bericht zu einer Diskussion. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Band 4, S. 195–252.
- Fleischhauer, K., Hermerén, G., Holms, S., Honnefelder, L., Kimura, R., Quintana, O. and Serrao, D. (2000): Comparative report on transplantation and relevant ethical Problems in five European Countries, and some Reflections on Japan. *Transplant International*, Vol. 13, S. 266–275.
- Forbriger, A. (1999): Neue Medien in der gesundheitlichen Aufklärung. *Public Health* 10/1999 Nr. 26, S. 19.
- Fozouni, B. und Güntert, B. (2000): Prioritätensetzung im Deutschen Gesundheitswesen – Die Triade zwischen Rationierung, Rationalisierung und rationaler Allokation. *Gesundheitswesen*, 62. Jg., S. 559–567.
- Fozouni, B. und Güntert, B. (Hrsg.) (2002): Tagungsband „Prioritätensetzung im Gesundheitswesen“ am 4./5. Mai 2001 im ZIF Bielefeld, Berlin.
- Franke, R. und Hart, D. (2000): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen, Baden-Baden.
- Frankenberg, G. (1994): Solidarität in einer „Gesellschaft der Individuen“? Stichworte zur Zivilisierung des Sozialstaats. In: Frankenberg, G. (Hrsg.), *Auf der Suche nach der gerechten Gesellschaft*, Frankfurt, S. 210–223.
- Funnell, M. M., Anderson, R. M., Arnold, M. S., Barr, P. A., Donnelly, M., Johnson, P. D., Taylor-Moon, D. and White, N. H. (1991): Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *Diabetes Educ*, Vol. 17(1), S. 37–41.

- Gäfgen, G. (1998): Das Dilemma zwischen humanem Anspruch und ökonomischer Knappheit im Gesundheitswesen. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Band 3, S. 149–158.
- Gagliardi, A. and Jadad, A. R. (2002): Examination of instruments used to rate quality of health information on the internet. *Chronicle of a voyage with an unclear destination*. *BMJ*, Vol. 324, S. 569–573.
- Gerber, U. und v. Stütznern, W. (1999): Einführung in die Gesundheitswissenschaften. 1. Studententext des Weiterbildenden Fernstudiums Angewandte Gesundheitswissenschaften, Bielefeld; Magdeburg.
- Gibis, B. (2000): Chancen und Limitationen der Prioritätensetzung in der Vertragsärztlichen Versorgung. *Z. Ärztl. Fortbild. Qual.sich. (ZaeFQ)*, 94. Jg., S. 603–609.
- Gibson, C. H. (1991): A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs*, Vol. 16(3), S. 354–361.
- Gräbel, E. (1998): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. *Deutsche Hochschulschriften 1134*, Egelsbach.
- Greenhalgh, T. and Hurwitz, B. (Hrsg.) (1998): *Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*, London.
- Greer, S., Morris, T. and Pettingale, K. W. (1979): Psychological response to breast cancer. Effect of outcome. *Lancet*, Vol. 13, S. 785–787.
- Gunzelmann, T. (1991): Problemsituation und Beratung von Angehörigen dementiell erkrankter älterer Menschen. *Stand der Forschung und Praxis. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 4, 1, S. 41–56.
- Hakimi, R. (2002): Medizinische Callcenter – „Gesundheitstelefon“. Erste Erfahrungen und Auswertungen. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 37. Jg., Heft 9/2002, S. 436–440.
- Hauß, F. O. (2002): *Disease-Management-Programme: Neue Kommunikationsformen mit den Versicherten nötig*, unveröff. Manuskript, Berlin 2002 (zur Veröffentlichung in der *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* eingereicht).
- Health on the Net Foundation: www.hon.ch.
- Helios Kliniken Gruppe: *Kompetenz in der Medizin. Medizinischer Jahresbericht der Helios Kliniken Gruppe 2001*, Fulda, (www.helios-kliniken.de).
- Henße, S. und Ruhnau-Wüllenweber, M. (1999): *Hilfesuchverhalten älterer Menschen und ihrer Angehörigen*.
- Hern, M., Weitkamp, T., Haag, D. et al. (1997): Nursing the community in cyberspace. *Computers in Nursing*, Vol. 15, No. 6, S. 316–321.
- Hild, P. und Beck, J. (2002): *Callcenter. Unternehmensstrategien und Arbeitssysteme aus markt- und ressourcenbasierter Sicht*, Berichte des ISO 65, Köln.
- Hurrelmann, K. (2001): Wie läßt sich die Rolle der Patienten stärken? In: Reibnitz, C., Schnabel, P. E. und Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen*, Weinheim und München, S. 35–47.
- Hurrelmann, K. und Leppin, A. (Hrsg.) (2001): *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaft (1998): *Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. Ergebnisse einer Repräsentativbewertung im Auftrag der AOK – Die Gesundheitskasse Hessen*, Bonn.
- Infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaft (1999): *Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung im Auftrag der AOK*. In: AOK Hessen (Hrsg.), *Qualität nachgefragt*, Bad Homburg, S. 59–82.
- IOM – Institute of Medicine (2001): *IOM Report on the Quality of Health Care*. Washington DC National Academy Press, Washington.
- Isic, A., Dormann, C. und Zapf, D. (1999): Belastungen und Ressourcen an Callcenter-Arbeitsplätzen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 53. Jg., S. 202–208.
- Jäckel, A. (2002): *Qualität medizinischer und gesundheitsbezogener Informationen im Internet*. In: Jäckel, A. (Hrsg.), *Telemedizinführer Deutschland*, Ober-Mörlen, S. 5.
- Janssen-Cilag (2002): *Der Patient vor der Wahl – Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung. Ergebnisse der Janssen-Cilag-Bevölkerungsbefragung 2002*, Neuss.
- Jones, R. Pearson, J., McGregor, S. et al. (1999): „Cross sectional survey of patients“ satisfaction with information about cancer. *BMJ*, 319, 11/1999, S. 1247–1248.
- Joos, S. K., Hickam, D. H., Gordon, G. H. and Baker, L. H. (1996): Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. *J Gen Intern Med*, Vol. 11(3), S. 147–155.
- Kant, I. (1977): *Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?* In: Weischedel, W. (Hrsg.), *Immanuel Kant. Schriften zur Anthropologie, Geschichtsphilosophie, Politik und Pädagogik* 1. Werkausgabe Band XI, Frankfurt am Main, S. 53–61.
- Kaplan, S. H., Greenfield, S. and Ware, J. E. Jr. (1989): Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*, Vol. 27(3 Suppl), S. 110–127.
- Keupp, H. (1999): *Ermutigung zum aufrechten Gang – Trotz und gerade wegen der gesellschaftlichen Krise. Die Chancen einer Zivilgesellschaft für das Subjekt. Vortrag im Rahmen des Psychologisch-Medizinischen Mittwochs-kolloquiums an der Medizinischen Hochschule Hannover am 24. 03. 1999. Vortragsmanuskript*.
- Kim, P., Eng, T. R., Deering, M. J. and Maxfield, A. (1999): Published criteria for evaluating health related web sites: review. *BMJ*, Vol. 318, S. 647–649.
- Klinikum der Universität München (2002): *Jahresbericht 2001 des Klinikums der Universität München*, München.
- Kollwitz, A. A. (1999): *Verteilungsgerechtigkeit und Generationenkonflikt. Uneingeschränkte Gesundheitsleistungen auch für Ältere?* *Berliner Medizinethische Schriften*, Heft 35, Dortmund.

- Kolodinsky, J. M. (1999): Verbraucherinformation im US-amerikanischen Gesundheitswesen. *Public Health Forum*, 7. Jg., Nr. 26, S. 4.
- Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus: www.ktq.de
- Kostka, U. (1998): Ethische Dilemmata des Arztes. Zwischen dem Anspruch des Patienten und der ökonomischen Wirklichkeit. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Band 3, S. 205–209.
- Kranich, C., Vitt, K. D., Berger, B. und Pritzkeleit, R. (2002): Verbraucherinformation über Leistungen und Qualität der Anbieter von Gesundheitsleistungen in Europa, Hamburg (www.patientennavigation.org).
- Krupat, E., Rosenkranz, S. L., Yeager, C. M., Barnard, K., Putnam, S. M. and Inui, T. S. (2000): The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns*, Vol. 39(1), S. 49–59.
- Kruse, A. (1994): Die psychische und soziale Situation pflegender Frauen. Beiträge aus empirischen Untersuchungen. *Zeitschrift für Gerontologie* 27, 1, S. 42–51.
- Kruse, A. (2002): Gesund Altern – Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien, Bericht an die Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. Heidelberg.
- Kuhlmann, E. (1999): Aufklärung im Dienste der Ressourcenallokation? In: Feuerstein, G. und Kuhlmann, E. (Hrsg.), *Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis*, Bern, S. 137–193.
- Labisch, A. und Spree, R. (Hrsg.) (2001): *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert – Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*, Frankfurt, New York.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*, New York.
- Lenaghan, J. (1999): Involving the public in rationing decisions. The experience of citizens juries. *Health Policy*, Vol. 49, S. 45–61.
- Levy, S. B. (1994): *The empowerment tradition in american social work – a history*, New York.
- Lüth, P. (1989): *Das Ende der Medizin?: Entdeckung der neuen Gesundheit*, München.
- Makoul, G., Arntson, P. and Schofield, T. (1995): Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. *SocSciMed (England)*, Nov 1995, 41(9), S. 1241–54.
- Marckmann, G. und Siebert, U. (2002): Prioritäten in der Gesundheitsversorgung: Was können wir aus dem „Oregon Health Plan“ lernen? *Dtsch Med Wochenschr*, 127. Jg., S. 1601–1604.
- Marshall, M. N., Shekelle, P. G., Leatherman, S. and Brook, R. H. (2000): The public release of performance data: What do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA*; 283(14), S. 1866–1874.
- Marvel, M. K., Epstein, R. M., Flowers, K. and Beckman, H. B. (1999): Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*, Vol. 281(3), S. 283–287.
- McGlynn, E. A., Adams, J. L., Hicks, J. and Klein, D. (1999): *Developing Health Plan Performance Reports: Responding to the BBA*. RAND DRU-2122-HCFA.
- Mitscherlich, A. und Mielke, F. (Hrsg.) (1993): *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*, Frankfurt/Main, S. 273–281.
- Mort, M. and Harrison, S. (1999): Healthcare users, the public and the consultation industry. In: Ling, T. (Hrsg.), *Reforming Healthcare by consent: Involving those who matter*, Oxford, S. 107–119.
- NFO Infratest/NOP World London (2002): *Euro.net 9*, www.nfoeurope.com/euro.net.
- o. V. (2001): Umfrage bestätigt Trend – Kliniker unter Druck. *Ärzte Zeitung* vom 28. 02. 2001.
- Oberlander, J., Marmor, T. and Jacobs, L. (2001): Rationing medical care: rhetoric and reality in the Oregon Health Plan. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 164(11), S. 1583–1587.
- Olbrich, E. (1990): Zur Förderung von Kompetenz im höheren Lebensalter. In: Schmitz-Scherzer, R., Kruse, A., Olbrich, E. (Hrsg.), *Altern ein lebenslanger Prozeß der sozialen Interaktion: Festschrift zum 60. Geburtstag von Frau Prof. Ursula Maria Lehr*, Darmstadt, S. 7–28.
- Olbrich, E. (1998): Versorgung mit Rehabilitations- und Pflegeleistung. In: Hurrelmann, K. und Laaser, U. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften, Neuausgabe*, Weinheim; München, S. 639–658.
- Patienten-Informationsdienst der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ), einer gemeinsamen Einrichtung der Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlichen Bundesvereinigung: www.patienten-information.de.
- Preusker, U. K. (2001): Rationierung im internationalen Vergleich – Skandinavien. *Arbeit und Sozialpolitik* 1–2/2001, S. 45–53.
- PriceWaterhouse Coopers Unternehmensberatung GmbH (02/2001): *Gesundheitsportale 2001*, Düsseldorf.
- Prilleltensky, I. (1994): Empowerment in mainstream psychology: Legitimacy, obstacles and possibilities. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, Vol. 35, S. 358–375.
- Rappaport, J. (1985): The power of empowerment language. *Social Policy*, Vol. 15, S. 15–21.
- Raspe, H. (2002): Ethische Implikationen der Evidenzbasierten Medizin. *Dtsch Med Wochenschr*, 127. Jg., S. 1769–1773.
- Reibnitz, C. v. und Litz, D. (1999): Konsumentensouveränität und -partizipation im Gesundheitswesen – Ein wichtiger Schritt zu mehr Demokratie und Effizienz. *Recht und Politik im Gesundheitswesen*, 5. Jg., S. 23–29.
- Rigby, M., Forsstrom, J., Roberts, R. and Wyatt, J. (2001): Verifying quality and safety in health informatics services. *British Medical Journal* 323, 09/2001, S. 552–556.
- Roberts, K. J. (1999): Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expect*, Vol. 2, S. 82–92.

- Roter, D. (2000): The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Pat Educ Couns*, Vol. 39, S. 5–15.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997): Sondergutachten 1997. *Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche*, Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bände I bis III, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001): Für Stetigkeit – Gegen Aktionismus. *Jahresgutachten 2001/2002*.
- Sänger, S., Nickel, J., Huth, A. und Ollenschläger, G. (2002): Gut informiert über Gesundheitsfragen, aber wie? *Das Gesundheitswesen*, 64. Jg., S. 391–397.
- Sangha, O. und Schneeweiss, S. (2000): Weiterentwicklung von Krankenhausbetriebsvergleichen: Wie wichtig ist die Risiko-Adjustierung für den Krankenhausvergleich? In: Sieben, G. und Litsch, M. (Hrsg.), *Krankenhausbetriebsvergleiche*, Berlin, S. 131–148.
- Sangha, O. und Schneeweiss, S. (2002): Ergebnisse zählen: Bedeutung der Erfassung von Ergebnisqualität im Krankenhaus. *Z. ärztl. Fortbild. Quali.sich.*, Vol. 96, S. 53–57.
- Savage, R. M. and Armstrong, D. (1990): Effect of a general practitioner's consulting style on patients satisfaction: a controlled study. *BMJ*, Vol. 301, S. 968–971.
- Scheiber, A. und Gründel, M. (2000): Virtuelle Gemeinschaften? Das Internet als Informations- und Diskussionsforum für Krebspatienten. In: Jazbinsek, D. (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation*, Opladen, S. 164–183.
- Schipperges, H. (1981): Einführung in die Thematik. In: Jacob, W. und Schipperges, H. (Hrsg.), *Kann man Gesundsein lernen? Kolloquium zu Grundfragen der Gesundheitsbildung*. Schriftenreihe des Instituts für Gesundheitsbildung, Band I, Stuttgart, S. 11–15.
- Schmidt, T., Schwartz, F. W. und Walter, U. (1996): Psychologische Potentiale der Langlebigkeit und Gesundheit im evolutionsbiologischen und kulturellen Kontext: Grundvoraussetzung für ein produktives Leben. In: Baltes, M. und Montada, L. (Hrsg.), *Produktives Alter*, Frankfurt/Main; New York, S. 69–130.
- Schneeweiss, S. (2002): Ergebnismessung im Krankenhaus: Das Qualitätsmodell Krankenhaus (QMK). *GGW*, 2. Jg., Heft 4, S. 7–15 (www.qmk-online.de).
- Schneeweiss, S., Sangha, O., Manstetten, A., Schlottmann, N., Liebetrau, M., Hartmann, H., Walter, B., Schultz, W., Paege, A., Euler, P., Eichenlaub, A., Leber, W. D. und Rauh, G. (2000): Identifikation von medizinischen Indikatoren für Ergebnisqualität in der internistischen Krankenhausversorgung: Ergebnisse der QMK-Pilotstudie. *Gesundh ökon Qual manag*, Vol. 5, S. 173–182.
- Schroeder, C. (2002): AOK-Clarimedis-Center: Ganz Ohr für die Mitglieder. *Rheinische Post* v. 13. 11. 2002.
- Schuster, W. (1999): Gesundheitsbeiräte auf Länderebene. Optimierung des Gesamtversorgungssystems. *Gesellschaftspolitische Kommentare*, Nr. 6, Juni 1999, S. 9–10.
- Schwartz, F. W. (1999a): Der „kundige Kunde“: sein Informationsbedarf, seine Informationsdefizite. *Die Betriebskrankenkasse*, Nr. 7, S. 334–338.
- Schwartz, F. W. (1999b): Mehr Patientenorientierung durch die Gesundheitsreform 2000?! *Public Health Forum*, 26. Jg., S. 9–11.
- Schwartz, F. W. (1999c): Patienten- und Konsumentensouveränität: Ein neues Leitbild?! Referat: Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände e. V. und Verbraucherzentralen Berlin Patientenschutz in Deutschland, Berlin.
- Schwartz, F. W. (2000): Auf dem Weg zu mehr Gesundheit. *Forum Public Health*, 8. Jg., (28) S. 2–3.
- Schwartz, F. W., Siegrist, J. und v. Troschke, J. (1998): Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In: Schwartz, F. W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. und Siegrist, J. (Hrsg.), *Das Public Health Buch*, München, S. 8–31.
- Shepherd, S., Charnock, D. and Gann, B. (1999): Helping patients access high quality health information. *British Medical Journal*, Vol. 319.
- Siminoff, L. A., Ravdin, P., Colabianchi, N. and Sturm, C. M. (2000): Doctor-patient communication patterns in breast cancer adjuvant therapy discussions. *Health Expect*, Vol. 3(1), S. 26–36.
- Steffen, E. (2000): Die Arzthaftung im Spannungsfeld zu den Anspruchsbegrenzungen des Sozialrechts für den Kassenpatienten. In: Brandner, H. E. (Hrsg.), *Festschrift für Karlmann Geiß*, Köln-München, S. 487–502.
- Steinhagen-Thiessen, E. (1991): Konzepte von Prävention und Rehabilitation in der Geriatrie. In: Müller, H.-W. (Hrsg.), *Prävention von Krankheiten im Alter: Kongreßbericht 1990*, Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., S. 125–138.
- Swedish Parliamentary Priorities Commission (1995): *Priorities in health care. Ethics, economy, implementation*. Swedish Government Official Reports 1995:5, Stockholm.
- Tenbelsel, T. (2002): Interpreting public input into priority-setting: the role of mediating institutions. *Health Policy*, Vol. 62(2), S. 173–194.
- test (2001) (o. V.): *Doktor www*. Stiftung Warentest 6/2001, S. 86–90.
- test (2002) (o. V.): *Krankenversicherung Hotlines: Wissenslücken*. Stiftung Warentest 8/2002, S. 91–95.
- Theunissen, G. und Plaute, W. (1995): *Empowerment und Heilpädagogik*. Ein Lehrbuch, Freiburg im Breisgau.
- Turk, F. (2002): Bürokratisch-korporatistische Rationierung im Deutschen Gesundheitswesen – System der „barmherzigen Lüge“? *Arbeit und Sozialpolitik*, 3–4/2002, S. 10–15.
- Uexküll, T. v. (1979) (Hrsg.): *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*, München.
- Törne, I. v. und Potthoff, P. (2001): *Wissenschaftliche Begleitung der Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V)*, Projektangebot, Ms., München.

- Viell, B. (2002): Gesundheitsinformationen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Eine Übersicht. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 45. Jg., S. 595–604.
- W&V online; Wochenmagazin für Marketing, Werbung, Medien und E-Business (2001): Immer mehr Senioren gehen online, http://www.wuv.de/servlet/wuv/news/archiv_newsdisplay.html.
- Wagner, U. (2002): Stimulation der Prioritätensetzung im schweizerischen Gesundheitswesen und ein Konzept dazu: „Der Priority Cube“. In: Fozouni, B. u. Güntert, B. (Hrsg.), Tagungsband „Prioritätensetzung im Gesundheitswesen“ am 4./5. Mai 2001 im ZIF Bielefeld, Berlin, S. 179–195.
- Wahl, H.-W. (1998): Alltagskompetenz: Ein Konstrukt auf der Suche nach einer Identität. Zeitschrift für Gerontologie, Jahrgang 31, Darmstadt: Steinkopf Verlag, S. 243–249.
- Wasem, J. u. Buchner, F. (1999): Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. 6. Studententext des Weiterbildenden Fernstudiums Angewandte Gesundheitswissenschaften, Bielefeld; Magdeburg.
- Wasem, J. und Güther, B. (1998): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung, Delphi, Studienreihe zur Zukunft des Gesundheitswesens, Janssen-Cilag GmbH, Neuss.
- Weiß, H. (2000): Selbstbestimmung und Empowerment – Kritische Anmerkungen zu ihrer oftmaligen Gleichsetzung im sonderpädagogischen Diskurs. Behindertenpädagogik, 39. Jg., S. 245–60.
- Weizsäcker, V. v. (1941): Arzt und Kranker, Leipzig.
- Weizsäcker, V. v. (1946): Studien zur Pathogenese. 2. unveränd. Aufl, Wiesbaden.
- WHO – World Health Organization (1986): Ottawa Charta for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa (<http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>).
- WHO (1997): General policy issues. Sale of medical products through the internet. WHO Drug Information 1997, 11 (2), S. 51–52.
- Wieland, R., Metz, A.-M. und Richter, P. (2001): Call Center auf dem arbeitspsychologischen Prüfstand, Teil 1: Verfahren, Tätigkeitsmerkmale und erste Ergebnisse zur psychischen Belastung. CCall Report 3, Hamburg.
- Wissert, M. (1999): Beratungshilfen bei der Pflege und Versorgung alter Menschen durch das Unterstützungsmanagement. In: Klie, T. und Schmidt, R. (Hrsg.), Die neue Pflege alter Menschen, 1. Auflage, Bern; Göttingen; Toronto, S. 121–164.
- Working Group on Health Priorization (1995): From Value to choices. Report of the Working Group on Health Priorization. National Research and Development Centre for Welfare and Health, Saarijärvi.
- Zank, S., Wilms, H.-U. und Baltes, M. M. (1997): Gesundheit und Alter. In: Schwarzer, R. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie: ein Lehrbuch, 2. überarbeitete u. erw. Auflage, Göttingen; Bern; Toronto, S. 245–266.
- ZEKO – Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen wir uns entscheiden? Deutsches Ärzteblatt, 97. Jg., Heft 15, S. C-786–792.
- Ziegler, G. (1989): Psychische Folgen von Tumorerkrankungen. In: Ziegler, G. (Hrsg.), Krankheitsverarbeitung bei Tumorkranken, Stuttgart.

4 Fehler in der Medizin – Ursachen, Vermeidungsstrategien und patientenorientierte Schadensregulierung

4.1 Einleitung

4.1.1 Vorbemerkungen

360. Fehler in der Medizin und daraus resultierende Schäden müssen als allgegenwärtiges Risiko im Alltag des Versorgungsgeschehens gesehen werden. Dennoch ist die offene Diskussion darüber auch heute noch tabuisiert (siehe z. B. Rautenstrauch, J. 2000). Über Ursachen, Ausmaß und Folgen von Fehlern liegen bislang nur unzureichende Daten vor, wirksame Strategien zur Fehlervermeidung sind kaum implementiert. Der Rat sieht in der vorbehaltlosen Analyse von Entstehungsbedingungen von Fehlern in der medizinischen Versorgung und der darauf basierenden Entwicklung und Implementierung effektiver und effizienter Vermeidungsstrategien großes Potential für die Optimierung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung. Ziel ist es in erster Linie, unnötiges Leid, materielle und immaterielle Schäden für Patienten zu verhindern. Dazu bedarf es aus Sicht des Rates einer neuen Kultur des offenen Umgangs mit Behandlungsfehlern, verstärkten Bemühungen um die Vermeidung von Fehlern und Schäden in der Medizin und einer Verbesserung der Verfahren zur Regulierung von Schäden, die einem Patienten aus vermeidbaren Fehlern erwachsen.

361. Nach einleitenden Ausführungen zu Begriffsdefinitionen (Abschnitt 4.1.2) und Fehlerhäufigkeiten (Abschnitt 4.2) analysiert der Rat daher in den folgenden Abschnitten die Ursachen von Fehlern (Abschnitt 4.3) und stellt Strategien zur Fehlervermeidung (Abschnitt 4.4) vor, um auf dieser Basis eine neue „Fehlerkultur“ zu skizzieren (Abschnitt 4.5). Daran anschließend werden die Möglichkeiten des Nutzers bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler beschrieben und bewertet (Abschnitt 4.6). Die Empfehlungen des Rates sind in Abschnitt 4.7 zusammengefasst.

362. Der Rat hat in seinem Gutachten 2000/2001 (Band I, Kapitel 3) unter dem Leitgedanken „Optimierung des Nutzerverhaltens durch Kompetenz und Partizipation“ ein zukunftsweisendes Bild vom Nutzer des medizinischen Versorgungssystems entworfen, das an der Vorstellung vom mündigen Bürger ansetzt und einen eigenverantwortlichen, informierten und an Entscheidungen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens angemessen beteiligten Nutzer fordert⁹⁰. Dazu gehören auch verbesserte Informationsrechte des Patienten, seine verbesserte Rechtsstellung bei der Abklärung von Fehlern und Schäden sowie der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen im Einzelfall. Der Rat begrüßt daher das am 1. August 2002 in Kraft getretene Gesetz zur Reform des Schadensersatzrechts

(Zweites Gesetz zur Änderung schadensersatzrechtlicher Vorschriften), das auch Änderungen des Arzneimittelgesetzes umfasst. Damit wurden für den Patienten bei Schadensvermutungen bzw. -ersatzansprüchen Beweiserleichterungen und erweiterte Informationsrechte gegenüber Herstellern und zuständigen Behörden geschaffen.

4.1.2 Begriffsdefinitionen

363. Grundsätzlich ist jede medizinische Maßnahme mit unerwünschten Wirkungen und Gefahren verbunden⁹¹. In der Regel gelangen medizinische Verfahren jedoch nur dann zur Anwendung, wenn wahrscheinlich scheint, dass der potentielle Nutzen mögliche Schäden überwiegt. Dennoch zeigen sich immer wieder unvorhersehbare negative Auswirkungen medizinischer Maßnahmen, da z. B. unerwünschte Arzneimittelwirkungen häufig erst in der langfristigen Anwendungsbeobachtung erkannt werden.

Darüber hinaus ist ein gewisses Maß an Schädigungen von Patienten durch die Medizin anzunehmen, das für die Betroffenen, oft auch für den Arzt, unerkannt bleibt. Schadensfolgen aus medizinischen Behandlungen sind ein immanenter Bestandteil der Medizin. Die prioritäre Vermeidung von Risiken und Schäden bei Behandlungsentscheidungen für und mit dem Patienten gehört deshalb zu den wesentlichen ethischen und professionellen Prinzipien der Medizin, niedergelegt in dem Grundsatz des *primum nil nocere*.

364. Wie Ergebnisse von Patientenbefragungen und die Alltagserfahrung zeigen, erleben daneben Patienten bei der Begegnung mit der Medizin in erheblichem Umfang psychische und soziale Beeinträchtigungen, die sich als Verunsicherung und Angst oder Enttäuschung und Gefühl des Missachtetwerdens äußern. Ebenfalls lassen sich Belastungen durch Aufwand und Zeitverluste des Patienten durch unnötige Maßnahmen als Folge von Über- und Fehlversorgung als materielle und immaterielle Schäden werten. Im weiteren Sinne kann beispielsweise auch eine Beratung, die unnötige Befürchtungen erzeugt, als Behandlungsschaden verstanden werden. Ein solcher bleibt jedoch weit überwiegend unbemerkt bzw. wird nicht als vermeidbarer Schaden eingeschätzt, trotz u. U. gravierender Auswirkungen⁹².

Hinzu kommen dem Patienten durch Unter- oder Fehlvorsorgung vorenthaltene Gesundheitschancen als entgangener

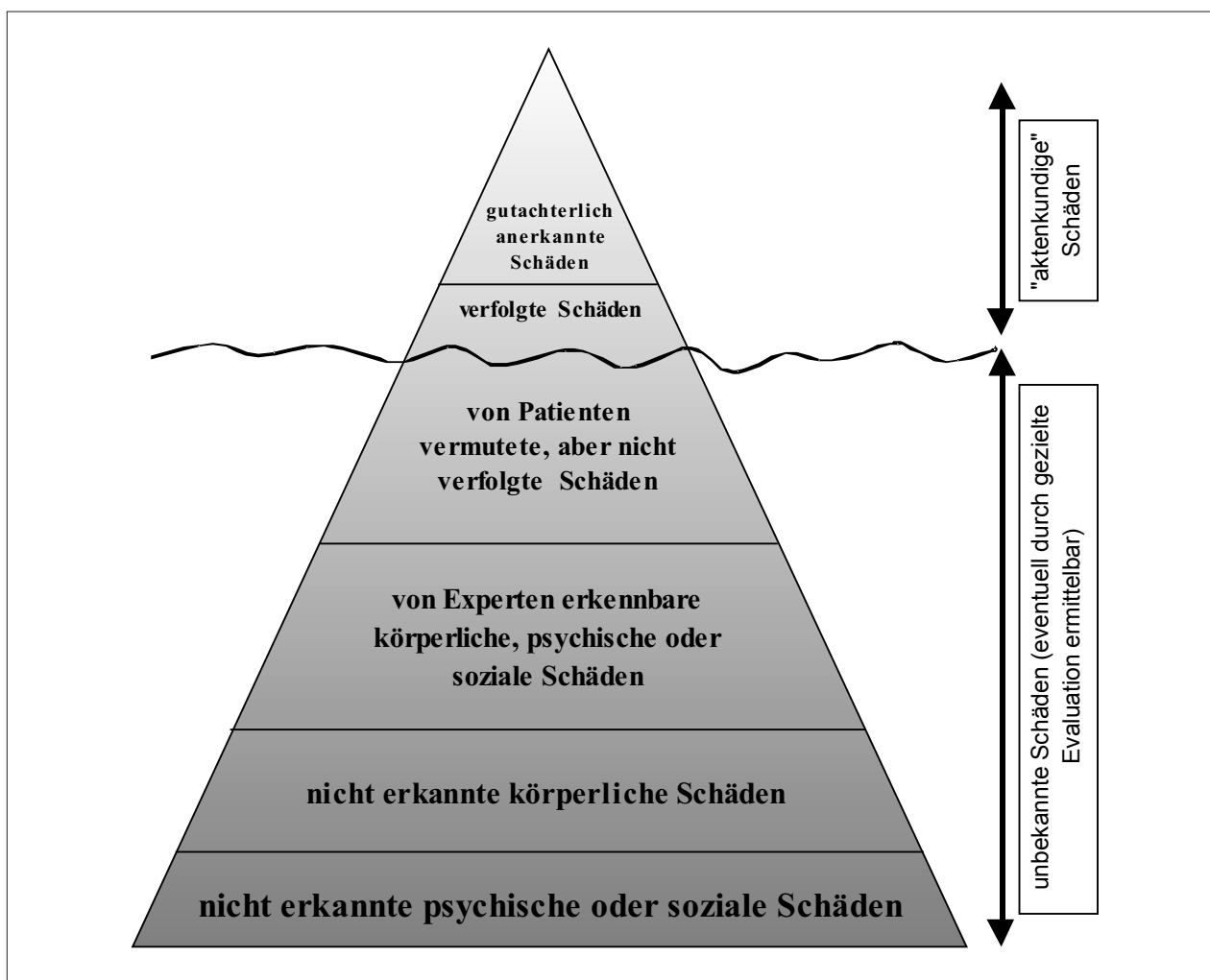
⁹⁰ Der Rat verkennt nicht, dass kranke Menschen diesem Idealbild des mündigen, eigenverantwortlich handelnden Bürgers nicht unbedingt entsprechen können und/oder wollen. In seinen Gutachten hat er auf die besondere Schutz- und Fürsorgebedürftigkeit von Patienten, aus der insbesondere den behandelnden Ärzten große Verantwortung erwächst, ausdrücklich hingewiesen (vgl. z. B. Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 3 und Band II, Abschnitt 3.3).

⁹¹ Dies gilt ebenso für den Verzicht auf mögliche Maßnahmen. Sowohl das Durchführen als auch das Unterlassen von Interventionen beinhalten ein Restrisiko (vgl. hierzu SG 1994, Ziffer 256-257). Dieses muss – soweit möglich – vom Arzt verantwortungsvoll bestimmt und dem Patienten verständlich kommuniziert werden, damit eine gemeinsam getragene Entscheidung getroffen werden kann.

⁹² Der Rat verweist hier auf seine Ausführungen zu den Versorgungsschäden Krankheitsfixierung, Labelling und iatrogene Chronifizierung durch eine fehlerhafte Beratung (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II, Abschnitt 3.3).

Abbildung 20

Arten und Erkennungswahrscheinlichkeiten von durch medizinische Interventionen verursachten Schäden



Quelle: Eigene Darstellung

Nutzen. Es ist davon auszugehen, dass diese genannten Schäden bzw. der entgangene Nutzen zumeist vom Patienten unbemerkt bleiben oder ohne Konsequenzen hingenommen werden. Erst ein aus Patientensicht offenkundiger Schaden, meist gravierender körperlicher Art, führt dazu, dass ein Schadensersatzanspruch geltend gemacht und formal registriert wird. Im Rahmen der dann versuchten „Objektivierung“ des Sachverhaltes in Schlichtungsverfahren oder vor Gericht erfolgt die Selektion der auch aus medizinisch-fachlicher Perspektive anerkannten vermeidbaren Fehler, kausal dadurch verursachten Schäden und schließlich daraus abzuleitenden Ersatzansprüche für den Patienten (Abbildung 20; vgl. auch Palm, S. et al. 2002; Battles, J. B. et al. 1998; Reason, J. 2000; Staender, S. 2001).

365. Ein Schaden liegt vor, wenn die Schädigung vermeidbar ist und der „negative Nutzen“ einer medizinischen Maßnahme den „positiven Nutzen“ übersteigt (Nettonutzenprinzip). Diese Definition entspricht der vom Rat in seinem Gutachten 2000/2001 (Band III.1, Kapitel 3) vorgenomme-

nen Begriffsauslegung der Fehlversorgung⁹³. Danach ist von Fehlversorgung auszugehen, wenn ein vermeidbarer Schaden entstanden ist oder der (mögliche) Schaden den (potenziellen) Nutzen einer Versorgungsleistung überwiegt. Dabei lassen sich folgende Konstellationen unterscheiden:

⁹³ In seinem Gutachten 2000/2001 hat der Rat zahlreiche Beispiele für Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen angeführt. Exemplarisch sei auf Defizite bei der Versorgung von Menschen mit Herz-Kreislaufkrankungen einschließlich des Schlaganfalls (vgl. Band III.2, Abschnitte 8.3.3, 8.3.4, 9.3.1.2 und 9.3.3), mit Diabetes mellitus oder mit chronischen, obstruktiven Lungenerkrankungen (vgl. Band III.1, Abschnitt 7.5.4 sowie Band III.2, Abschnitt 10.3.1.2 und 10.3.5) sowie bei der Indikationsstellung und Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (vgl. Band III.2, Abschnitte 8.3.2.3 und 8.3.2.5 sowie Band III.3, Abschnitte 11.3.1 und 12.2.3) hingewiesen. Die Gegebenheiten des deutschen Gesundheitssystems führen insbesondere bei der Versorgung chronisch Kranker zu strukturbedingter Fehlversorgung (vgl. Band III.1, Abschnitt 7.4).

- Die Versorgung mit Leistungen, die an sich zwar bedarfsgerecht sind, aber nicht entsprechend anerkannter Qualitätskriterien fachgerecht erbracht werden, was vermeidbare Risiken bzw. Schäden implizieren kann.
- Die Unterlassung von indizierten und an sich bedarfsgerechten Leistungen kann auch als Fehlversorgung interpretiert werden, da entgangener Nutzen als Schaden verstanden werden kann. Unterversorgung ist in diesem Sinne auch Fehlversorgung.
- Die Versorgung mit nicht bedarfsgerechten Leistungen, d. h. mit solchen, die nicht indiziert sind und/oder keinen hinreichend gesicherten Netto-Nutzen aufweisen, ist Fehlversorgung.

366. Sowohl die Definition von Fehlversorgung als auch die juristische (primär zivilrechtliche) Definition eines Behandlungsfehlers beinhalten das Schadenskriterium. Der Begriff des Behandlungsschadens wird als Oberbegriff für alle Gesundheitsschäden verwendet, die nicht durch krankheitsimmanente Komplikationen, sondern entweder durch vermeidbare Behandlungsfehler oder durch nicht vermeidbare, so genannte behandlungsimmanente Wirkungen entstanden sind. Diese Schadensarten voneinander abzugrenzen, kann im Einzelfall sehr schwierig sein. Ein Behandlungsschaden kann die im Grundgesetz verankerten Rechtsgüter des Lebens und der körperlichen, mentalen oder psychischen Unversehrtheit betreffen. Im weiteren Sinne sind als Behandlungsschäden auch Verletzungen der Würde und des Rechts auf Selbstbestimmung aufzufassen, die Menschen im Rahmen der Gesundheitsversorgung erleiden, z. B. durch Aufklärungsfehler, Verletzung der Schweigepflicht (z. B. mit der Folge sozialer Stigmatisierung) oder nicht indizierte Freiheitseinschränkungen durch Zwangseinweisung in stationäre Einrichtungen oder Fixierung.

den, z. B. durch Aufklärungsfehler, Verletzung der Schweigepflicht (z. B. mit der Folge sozialer Stigmatisierung) oder nicht indizierte Freiheitseinschränkungen durch Zwangseinweisung in stationäre Einrichtungen oder Fixierung.

Ein Behandlungsfehler im Sinne des Zivilrechtes liegt dann vor, wenn medizinische Standards nicht beachtet werden (Sorgfaltsverletzung) und dadurch ein (vorhersehbarer und vermeidbarer) Gesundheitsschaden beim Patienten entsteht (Kausalität). Als Behandlungsfehler sind auch Pflegefehler und andere Sorgfaltspflichtverletzungen mit schädigender Wirkung einzustufen. Abzugrenzen sind darüber hinaus strafrechtlich relevante Tatbestände wie vorsätzliche oder missbräuchliche Schädigung oder Gewaltanwendung.

367. Im Unterschied zur juristischen Betrachtung zielt der Rat mit seiner Definition nicht auf einzelne Schadensereignisse und die hierfür verantwortlich zu machenden Individuen, sondern auf systematisch, regelhaft, offen oder latent auftretende Fehler und Schäden sowie deren Ursachen. Die Feststellung von Fehlversorgung (bzw. eines Fehlversorgungsgrades, vgl. SVR 2000/2001, Band III.1, Ziffer 50) erfolgt nicht auf der Ebene des Individuums, sondern bezieht sich auf (den Bedarf von) Populationen. Somit kann Fehlversorgung auch dann bestehen, wenn nicht jedes Individuum der betrachteten Bevölkerungsgruppe einen Behandlungsschaden erleidet. Dagegen setzt die zivilrechtliche Anerkennung eines Behandlungsschadens genau diese individuelle Schadensfeststellung voraus. Eine Übersicht über die Definitionen von Behandlungsfehlern bzw. Fehlversorgung ist Tabelle 11 zu entnehmen.

Tabelle 11

Definition von Behandlungsfehlern und Fehlversorgung

Begriff	Definition
Gesundheitsschaden	Unerwünschtes körperliches, psychisches oder mentales Ereignis mit gesundheitsbeeinträchtigender oder tödlicher Folge Unterformen: bedingt durch a) einen ungünstigen Krankheitsverlauf (krankheitsimmanent) und/oder durch b) einen Behandlungsschaden (behandlungsimmanent)
Behandlungsschaden „iatrogener Schaden“	Unerwünschtes körperliches, psychisches oder mentales Ergebnis der Gesundheitsversorgung Unterformen: bedingt durch a) nicht vermeidbare, behandlungsimmanente schädigende Wirkungen und/oder durch b) vermeidbare, fehlerbedingte Behandlung (Behandlungsfehler) Beispiele: Gewebeschädigung durch Bestrahlung; Schaden durch ärztlichen Behandlungs- oder Diagnosefehler, Pflegefehler oder durch mangelnde Hygiene
Beinahe-Behandlungsschaden	Ein Behandlungsfehler bleibt ohne negative gesundheitliche Auswirkungen aufgrund glücklicher Umstände, durch rechtzeitiges, korrigierendes Eingreifen und/oder „überholende Kausalität“
Fehler	Ein richtiges Vorhaben wird nicht wie geplant durchgeführt, oder dem Geschehen liegt ein falscher Plan zugrunde (Reason, J. 1990; IOM 2000) Unterformen: Der Fehler führt zu a) keinem Behandlungsschaden, b) einem Behandlungsschaden, c) einem Beinaheschaden Beispiele: diagnosebezogene, arzneimittelbezogene Fehler
Behandlungsfehler	Ein Fehler, der zu einem (bei Einhaltung der gebotenen Sorgfalt) vermeidbaren Behandlungsschaden geführt hat Unterformen: a) haftungsrechtlich anerkannter Behandlungsfehler und b) medizinisch anzuerkennender Behandlungsfehler Schweregrade: einfach, grob, fahrlässig, grob fahrlässig

noch Tabelle 11

Begriff	Definition
Haftungsrechtlich anerkannter Behandlungsfehler	Ein gerichtlich oder außergerichtlich nach Einholung eines medizinischen Gutachtens anerkannter Behandlungsfehler, der auf einem nachweisbaren Fehler (Sorgfaltspflichtverletzung im Vergleich zum medizinisch anerkannten Standard) beruht, der nachweislich (Kausalität) einen nachweisbaren Behandlungsschaden (Schadensnachweis) verursacht hat und dem bzw. den beklagten Leistungserbringern oder der beklagten Gesundheitseinrichtung zuzurechnen ist (Zurechenbarkeit) ⁹⁴
Medizinisch anzuerkennender Behandlungsfehler	Ein Behandlungsfehler, der im Rahmen von Studien oder Qualitätssicherungsmaßnahmen festgestellt worden ist oder nach Maßgabe medizinischer Standards anerkannt werden müsste. Eine haftungsrechtliche Anerkennung ergibt sich hieraus nicht zwingend, weil u. U. die juristischen Kriterien der Zurechenbarkeit und Kausalität nicht mit der geforderten hohen Wahrscheinlichkeit als erfüllt gelten können
Fehlversorgung	Eine Form der durchgeführten oder unterlassenen Versorgung, die gemäß medizinischer Evidenz oder nach Maßgabe der Erfahrung häufig zu einem Behandlungsschaden (potenzieller Schaden) oder zu einem entgangenen Nutzen führt
Fehlversorgungsgrad	Die Versorgungsangebote sind nach Art und Umfang der vorgehaltenen Leistungen bzw. Einrichtungen zwar an sich bedarfsgerecht, ihre Qualität entspricht jedoch nicht dem Stand des gebotenen fachlichen Wissens und Könnens, wodurch der mögliche Nutzen nicht ausgeschöpft werden kann oder das Eintreten eines vermeidbaren Schadens wahrscheinlich ist. Ein Fehlversorgungsgrad kann mit einem Unter- oder Überversorgungsgrad einhergehen

Quelle: Eigene Darstellung

368. Die oben angeführten Begriffsdefinitionen beziehen sich auf den bisherigen deutschen, vorwiegend an den juristischen Definitionen orientierten Sprachgebrauch. Verwirrung entsteht durch die Verwendung inhaltlich abweichender, einander überlappender und teilweise ungenauer Begriffe aus englischsprachigen Publikationen. Wie u. a. Hofer, T. P. et al. (2000) zu Recht kritisieren, mangelt es an klaren Konzepten und gut handhabbaren Definitionen (vgl. Abbildung 21, S. 135). Anders als im Bereich der deutschen Rechtsprechung wird in Untersuchungen und Berichten aus englischsprachigen Ländern der Begriff des Fehlers (*error*) nicht notwendigerweise im engen Kontext mit „Vernachlässigung der Sorgfaltspflicht“ und „Schaden“ gebraucht. Einem „Behandlungsfehler mit vermeidbarem Schaden“ entspricht am ehesten der Terminus *negligence*, was i. d. R. gleichbedeutend ist mit *substandard care*. Konsequenz dieser uneinheitlichen Begriffsdefinitionen sind u. a. unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Schäden in der medizinischen Versorgung (vgl. Abschnitt 4.2).

369. Vor dem Hintergrund differierender Begriffsbestimmungen definieren z. B. Ollenschläger und Thomeczek „Fehler“ abweichend vom juristischen Sprachgebrauch als „nicht beabsichtigtes, oft auch nicht erwartetes, unerwünschtes Ergebnis einer bewusst oder unbewusst ausgeführten oder unterlassenen Maßnahme“. Sie geben allerdings zu bedenken, dass man wohl besser von *incident* bzw. „unerwünschtem Ereignis“ sprechen sollte (Ollenschläger, G. u. Thomeczek, C. 2002, S. 565).

370. Da unmißverständliche, allgemein akzeptierte Definitionen bislang fehlen, muss es eines der vordringlichen

Anliegen einer zu etablierenden Medizinfehler- und Medizinschadensforschung sein, diesbezüglich Konsens herzustellen und auf eine einheitliche Verwendung der Begriffe hinzuwirken. Aus Sicht des Rates sind dabei „Behandlungsfehler“ im engeren Sinne gemäß der juristisch gebräuchlichen Definition abzugrenzen von „Fehlversorgung“, wie sie der Rat beschrieben hat, und von „vermeidbaren unerwünschten Ereignissen“. Unter dem letztgenannten Begriff können Vorkommnisse zusammengefasst werden, die möglicherweise, aber nicht zwangsläufig zu einem konsekutiven Schaden für den Patienten führen. Als „vermeidbar“ sind unerwünschte Ereignisse dann einzustufen, wenn sie durch Einhaltung der zum Zeitpunkt des Auftretens geltenden Sorgfaltsregeln verhinderbar gewesen wären.

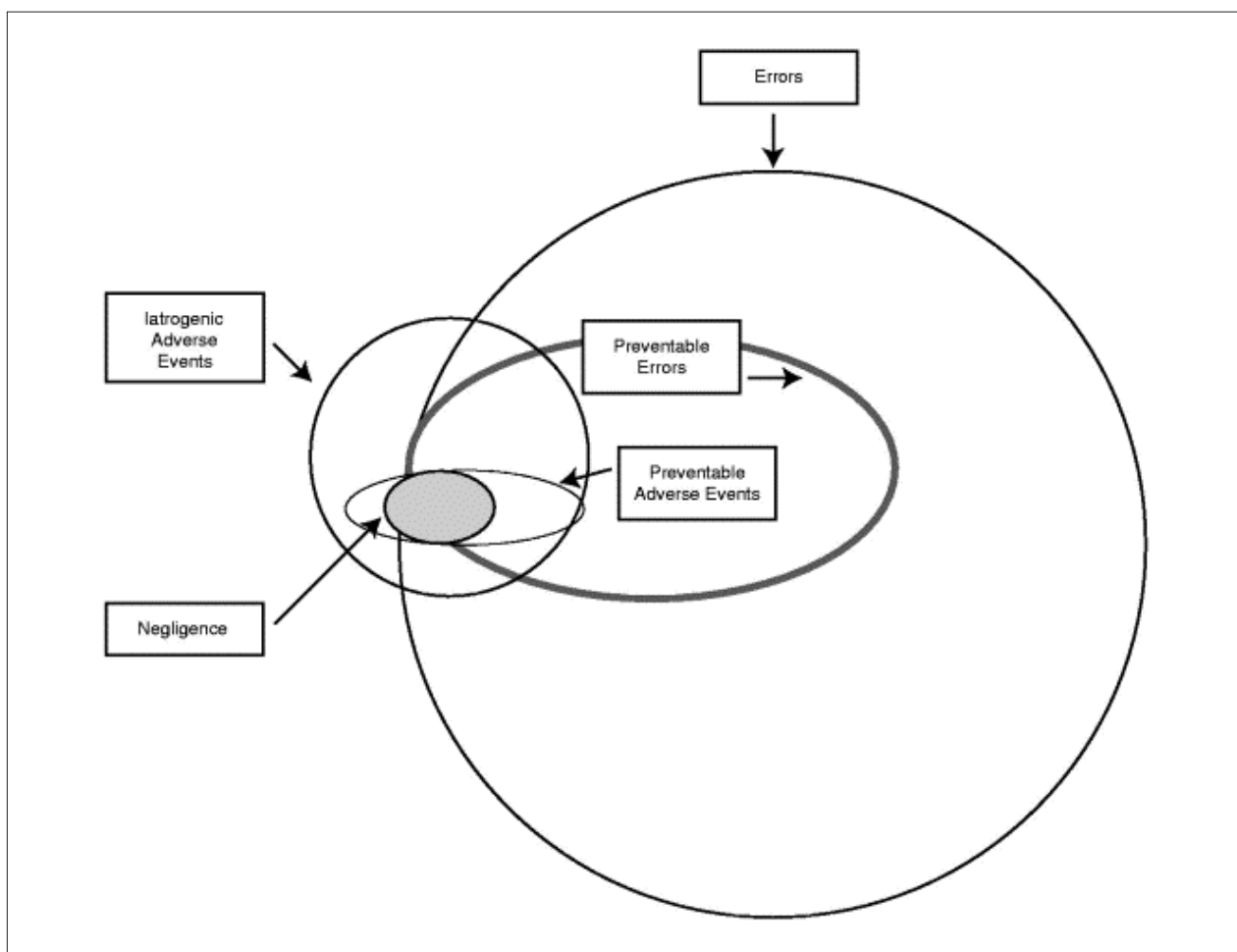
371. Anhand empirischer Daten kann versucht werden, Ereignisse, die als Fehler bzw. *error* eingestuft werden, sowie fehlerbegünstigende Konstellationen, näher zu klassifizieren. Für den Bereich der Medikationsfehler existieren entsprechende Entwürfe beispielsweise des US-amerikanischen National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (www.nccmerp.org; vgl. auch Tabelle 21). Eine Taxonomie für Fehlertypen im Bereich der allgemeinmedizinischen Versorgung wird im Rahmen der Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME) bzw. der Learning from International networks About Errors and Understanding Safety in Primary Care (LINNEAUS)-Collaboration entwickelt (Makeham, M. A. B. et al. 2002; vgl. Tabelle 12, S. 136). Der letztgenannten Klassifikation liegt ein sehr weit gefasstes Verständnis von Fehlern zugrunde: Jedes Ereignis, das eine Bedrohung des Wohlbefindens des Patienten ist, die aus der Sicht des meldenden Arztes zukünftig verhindert werden sollte, unabhängig davon, ob Auswirkungen erkennbar sind, wird als *error* gewertet.

372. Um zuverlässige Aussagen über das Vorliegen von Behandlungsfehlern, Fehlversorgung und vermeidbaren un-

⁹⁴ Die bloße Nichtbeachtung von Leitlinien wirkt sich allein noch nicht haftungsbegründend aus.

Abbildung 21

Überlappung englischsprachiger Definitionen



Quelle: Hofer, T.P. et al. (2000)

erwünschten Ereignissen treffen zu können, bedarf es – wie vom Rat bereits in seinem vorangegangenen Gutachten angemahnt (Gutachten 2000/2001, Band III.1, Abschnitt 5.5) – einer validen Datenbasis. Daher muss auch in Deutschland eine Versorgungsforschung gefördert werden, welche die Realität der Versorgung zeitnah abbildet und zur Aufdeckung von Behandlungsfehlern und Fehlversorgung beiträgt. (Siehe Tabelle 12, S. 136)

373. Bei der Bewertung von Fehlern (verstanden als Handlungen, die nicht korrekt durchgeführt werden oder die der gegebenen Situation nicht adäquat sind) müssen folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Auftretenshäufigkeit des Fehlers,
- Wahrscheinlichkeit für konsekutive Schäden,
- Schweregrad der potenziellen Schäden („Fatalität“),
- Vermeidungspotenzial und
- Ressourcenverbrauch für die Fehlervermeidung.

Unter der Prämisse, dass Konsens über die Definition von Fehlern bzw. unerwünschten Ereignissen erzielt wird, können diese fünf Kriterien dazu dienen, die Aktivitäten zur

Vermeidung von Fehlern in der Medizin sinnvoll zu lenken. Es kann nicht das Ziel dieser Bemühungen sein, aus medicolegalen Gründen mit hohem finanziellen und personellen Aufwand eine Defensivmedizin zu etablieren, die wiederum neue Risiken für den Patienten mit sich bringt und letztlich doch nur den Irrglauben an ärztliche Unfehlbarkeit zementiert. Auch unsinnige Kontroll- und Dokumentationszwänge müssen vermieden werden, die Ärzte und anderes medizinisches Personal vom Kontakt mit den Patienten abhalten.

4.2 Häufigkeit medizinischer Fehler und Schäden

4.2.1 Daten aus Deutschland

374. Daten zur Zahl vermuteter oder festgestellter Behandlungsfehler und -schäden sind derzeit nur partiell verfügbar. Ein zentrales Register besteht bislang noch nicht einmal für einschlägige Gerichtsverfahren. Bereits 1941 hat Heinrich in Untersuchungen zur Häufigkeit von Unfällen in der Industrie festgestellt, dass auf eine schwerwiegende unfallbedingte Verletzung 29 leichtere und 300 Unfälle ohne Verlet-

Tabelle 12

Fehlertaxonomie der LINNAEUS-Collaboration^{a)}

1. Process errors
1.1 Office administration: <ul style="list-style-type: none"> – 1.1.1 Filing system – 1.1.2 Chart completeness – 1.1.3 Patient flow – 1.1.4 Message handling
<ul style="list-style-type: none"> – 1.1.5 Appointments – 1.1.6 Maintenance of physical buildings/surroundings/practice site
1.2 Investigations <ul style="list-style-type: none"> – 1.2.1 Laboratory – 1.2.2 Diagnostic imaging – 1.2.3 Other investigations
1.3 Treatments <ul style="list-style-type: none"> – 1.3.1 Medications – 1.3.2 Other treatments
1.4 Communication <ul style="list-style-type: none"> – 1.4.1 Communication with patients – 1.4.2 Communication with non-physician colleagues – 1.4.3 Communication with physician colleagues – 1.4.4 Communication between whole healthcare team – patients, care-givers, primary care doctor, consultant
1.5 Payment <ul style="list-style-type: none"> – 1.5.1 Insurance problems – 1.5.2 Electronic payment disrupted – 1.5.4 Wrongly charged for care not received
1.6 Workforce <ul style="list-style-type: none"> – 1.6.1 tasks of absent staff not covered – 1.6.2 Referrals – 1.6.3 After hours workforce inadequately defined
2. Knowledge and Skill errors
2.1 Execution of a clinical task <ul style="list-style-type: none"> – 2.1.1 Non-clinical staff making wrong clinical decision – 2.1.2 Failure to follow standard or recommended practice – 2.1.3 Lack of experience/knowledge in clinical procedure
2.2 Wrong diagnosis <ul style="list-style-type: none"> – 2.2.1 Wrong diagnosis by nurse or midwife – 2.2.2 Delay in diagnosis – 2.2.3 Wrong or delayed diagnosis attributable to investigations – 2.2.4 Wrong or delayed diagnosis attributable to examination by doctor – 2.2.5 Wrong or delayed diagnosis by pharmacist – 2.2.6 Wrong or delayed diagnosis by hospital consultant
2.3 Wrong treatment decision <ul style="list-style-type: none"> – 2.3.1 Patient made wrong treatment decision – 2.3.2 Wrong treatment decision – attributable to doctor's action(s) oder omission(s)

a) Auszugsweise Darstellung der vorläufigen Fassung; das vollständige Klassifikationsschema umfasst fünf Gliederungsebenen.

Quelle: Eigene Darstellung (die zugrunde liegende vorläufige Fassung der LINNAEUS-Fehlertaxonomie wurde freundlicher Weise von Gerlach, F. M. zur Verfügung gestellt).

zungsfolgen kommen (Heinrich, H. 1941). Ein ähnlicher Zusammenhang besteht zwischen eingetretenen Fehlern und den sehr viel häufigeren „Beinahe-Fehlern“ (*near misses*). Hinsichtlich ihrer Aussagekraft über fehlerträchtige Maßnahmen und Systemkonstellationen sind Beinahefehler den bekannt gewordenen Behandlungsfehlern bzw. unerwünschten Ereignissen vergleichbar. Wie in Abbildung 20 dargestellt, muss daher davon ausgegangen werden, dass die bekannten Daten zu Behandlungsfehlern und Schadensfällen lediglich die „Spitze eines Eisbergs“ darstellen (Battles, J. B. et al. 1998; Reason, J. 2000; Staender, S. 2001).

375. Bei den Schlichtungsstellen bzw. Gutachterkommissionen der Landesärztekammern wurden im Jahr 2000 bundesweit etwa 9 700 Anträge auf die Einleitung eines Überprüfungsverfahrens wegen der Vermutung eines Behandlungsfehlers eingereicht. Die Zahl der Anträge liegt damit etwa auf dem Niveau der beiden Vorjahre. In ca. einem Drittel der durch Sachentscheidung abgeschlossenen Fälle (2 126 von 6 372) wurde ein Behandlungs- und/oder Aufklärungsfehler festgestellt. Lag ein Behandlungsfehler vor,

wurde von den Gutachtern in der Regel auch eine kausal auf diesen zurückzuführende Schädigung attestiert. Die Quote der gutachterlich anerkannten fehlerbedingten Behandlungsschäden schwankt dabei regional zwischen 19 % in Westfalen-Lippe und gut 30 % im Bereich der Norddeutschen Schlichtungsstelle. Bezogen auf alle bundesweit entschiedenen Fälle ergibt sich eine Anerkennungsquote von 26,7 %. Die Zahl der (unabhängig vom Fachgebiet) anerkannten Fehler- und Schadensfälle variiert also zwischen den einzelnen Bundesländern bzw. den regional zuständigen Gutachten- und Schlichtungsstellen (Tabelle 13). Diese regionalen Unterschiede können als ein Indiz für die derzeitige Heterogenität der Schlichtungs- und Begutachtungsverfahren der Landesärztekammern gewertet werden⁹⁵.

⁹⁵ Die Daten des Jahres 2000 weichen etwas vom Muster der Vorjahre ab, in denen ein eindeutiges Nord-Süd-Gefälle hinsichtlich der Rate gutachterlich anerkannter Fehler zu verzeichnen war (vgl. Robert Koch-Institut 2001 bzw. Tätigkeitsberichte der BÄK und der Landesärztekammern (www.aerztekammer.de)).

Tabelle 13

Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen im Jahr 2000

	Baden-Württ.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Nordtschl.	Saarland	Sachsen	Westf. Lippe	Rhld. Pfalz	Insgesamt
Neue Anträge 2000	1 040	485	728	1 602	3 744	92	345	1 280	350	9 666
Ende 2000 noch offene	848	786	591	1 466	3 534	65	130	922	218	8 560
2000 erledigte Anträge insgesamt	994	430	662	1 400	3 590	122	328	1 320	411	9 257
Davon durch Sachentscheidungen 2000 erledigt ^{a)}	634	241	476	1 032	2 430	75	215	1 008	261	6 372
Ergebnis dieser Entscheidungen (jeweils in Prozent der von den jeweiligen Kammern im Jahr 2000 getroffenen Entscheidungen)										
Aufklärungsfehler ja	0,5	–	1,7	0,8	0,8	–	0,9	0,2	1,9	0,7
Behandlungsfehler und kausal darauf zurückzuführender Schaden „ja“	20,7	27,8	29,0	28,3	30,4	21,3	28,4	19,0	25,3	26,7
Behandlungsfehler „ja“, aber kein kausal darauf zurückzuführender Schaden	2,1	–	3,6	5,9	7,1	1,5	3,3	1,4	3,4	4,6
Behandlungsfehler „ja“, Kausalzusammenhang mit Schaden unklar	1,7	–	0,8	3,5	0	–	0	2,4	2,7	1,3
Behandlungs-/Aufklärungsfehler „nein“	74,0	72,2	63,7	58,3	61,7	86,2	68,4	76,2	65,5	65,7

a) Die Differenz zwischen „erledigten Anträgen“ und „ergangenen Sachentscheidungen“ ergibt sich aus der Zahl der Anträge, die aus formalen Gründen (Rücknahme des Antrags, Nicht-Zuständigkeit, fehlende Zustimmung zum Verfahren etc.) nicht zur Entscheidung angenommen wurden.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen nach Angaben der Bundesärztekammer (Tätigkeitsbericht 2001/2002)

376. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen hat im Jahr 1999 ca. 9 700 Begutachtungen wegen Verdachtes auf einen Behandlungsfehler durchgeführt. Die Rate der festgestellten Behandlungsfehler lag bei 24 %, weicht also nur leicht von der in Schlichtungsverfahren festgestellten ab (Robert Koch-Institut 2001). Wie viele der vom MDK begutachteten Fälle letztlich in Verfahren vor den Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen bzw. vor Gericht oder direkt mit den Haftpflichtversicherungen verhandelt werden, ist nicht bekannt.

377. Über die Anzahl der zivilgerichtlichen Arzthaftungsprozesse liegen ebenfalls keine genauen Angaben vor. Eine entsprechende Statistik wird nicht geführt. Nach Angaben der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände e. V. (www.agv.de, Veröffentlichungsdatum: 29. März 2001) werden jährlich über 15 000 Klagen wegen ärztlicher Behandlungsfehler eingereicht. In maximal 10 % der Fälle wurde den Klägern Schadensersatz zuerkannt. Von einer großen Haftpflichtversicherung für Ärzte stammt die Information, dass 1999 nur 4 % der gerichtlich verhandelten Behandlungsfehlerwürfe durch Urteil als solche anerkannt wurden (Robert Koch-Institut 2001). Dem steht z. B. die Angabe des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie entgegen, der zufolge zumindest in Sachsen ca. 30 % der zivilrechtlichen Arzthaftungsverfahren zugunsten der Kläger entschieden werden (Deutscher Bundestag 1998).

378. Bezüglich der Zahl der direkt (d. h. ohne Verfahren vor Gutachterkommissionen oder Gerichten) mit Haftpflichtversicherungen regulierten Behandlungsfehlerfälle kann lediglich auf die veröffentlichten Daten einzelner Versicherungen zurückgegriffen werden. So trafen bei einer Gesellschaft mit über 100 000 versicherten Ärzten im Jahr 1999 ca. 4 500 Schadensmeldungen ein, von denen etwa 30 % durch ein Schlichtungsverfahren und rund 10 % per Gerichtsverfahren geklärt wurden. Jeder anerkannte Schadensfall verursachte der Versicherung im Durchschnitt Kosten von 50 000 DM⁹⁶. Je 100 Krankenhausbetten erfolgten im Jahr 1999 vier Meldungen wegen vermuteter Behandlungsfehler, was hochgerechnet auf den damaligen Gesamtbettenbestand ca. 22 600 Fehlerwürfen entspräche. Für Schadensersatzzahlungen im stationären Versorgungsbereich wandten die Haftpflichtversicherer 1997 über 300 Mio. DM auf (Robert Koch-Institut 2001).

379. Der größte Teil dieser Gelder entfällt jedoch nicht auf Zahlungen an betroffene Patienten oder deren Angehörige, sondern auf Schadensersatzansprüche der Krankenversicherungen (gemäß § 116 SGB X). Krankenkassen verhandeln ihre Schadensersatzansprüche häufig direkt mit den Haftpflichtversicherungen. Außerdem gehen ca. 35 % der Schlichtungsverfahren vor Kommissionen der Ärztekammern auf Initiativen der Krankenversicherungen zurück (Weizel, I. 1999). Im Jahr 2001 verzeichneten die gesetzlichen Krankenkassen Einnahmen in Höhe von ca. 481 Mio. Euro aus Ersatzansprüchen gegen Dritte gemäß § 116 SGB X (GKV-Statistik 2002). Welchen Anteil daran Einnahmen aus Regressen im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungsfehlern haben, lässt sich nicht beziffern (Neu, J. und

Hansis, M. L., jeweils persönliche Mitteilung; vgl. auch Deutscher Bundestag 1998).

Auf der Basis der hier wiedergegebenen verfügbaren Daten wird die Zahl der vermuteten und angezeigten Behandlungsfehler in Deutschland gegenwärtig auf ca. 40 000 pro Jahr und die der anerkannten Schadensersatzansprüche auf rund 12 000 geschätzt (Robert Koch-Institut 2001).

380. Die Mehrzahl der registrierten Fehlerwürfe betrifft die operativ tätigen ärztlichen Disziplinen einschließlich der Gynäkologie und Geburtshilfe, vermutlich weil fehlerhafte Behandlungsverläufe hier für den Laien einfacher erkennbar erscheinen (Tabelle 14, S. 139)⁹⁷. Die Anerkennungsraten von Fehlern in konservativen Fächern (Allgemeinmedizin: 27 %; Innere Medizin: 20 %) liegen jedoch nach Daten der Schlichtungsstelle der Ärztekammer Baden-Württemberg über denen in der Orthopädie (12 %) und Chirurgie (16 %). Am häufigsten werden Schäden in der Geburtshilfe und operativen Gynäkologie anerkannt (28 %) (Robert Koch-Institut 2001).

381. Die vorhandenen empirischen Daten belegen ferner, dass stationäre Einrichtungen bzw. Krankenhausärzte häufiger mit Fehlerwürfen konfrontiert werden als ihre niedergelassenen Kollegen. Das Verhältnis liegt trotz der etwa gleichen Anzahl angestellter und freiberuflich tätiger Ärzte bei ca. 2 : 1. Als mögliche Ursachen kommen neben einem Zusammenhang mit der oben erwähnten Fächerverteilung (operative Eingriffe, Entbindungen und andere komplexe Interventionen werden häufiger stationär vorgenommen) sowie der Schwere des Erkrankungsbildes⁹⁸ auch eine prinzipiell geringere Bindung des Patienten an den einzelnen Krankenhausarzt in Frage. Die Verbindlichkeit und Vertrautheit der Arzt-Patient-Beziehung in der „totalen“ Einrichtung Krankenhaus ist geringer, wodurch der Dienstleistungscharakter medizinischer Leistungen mit den damit im Alltagsleben verbundenen Qualitätserwartungen und Regressansprüchen stärker hervortritt. Darüber hinaus macht ihre im Verhältnis zur Arztpraxis komplexere Struktur Krankenhäuser anfälliger für die Auswirkungen organisato-

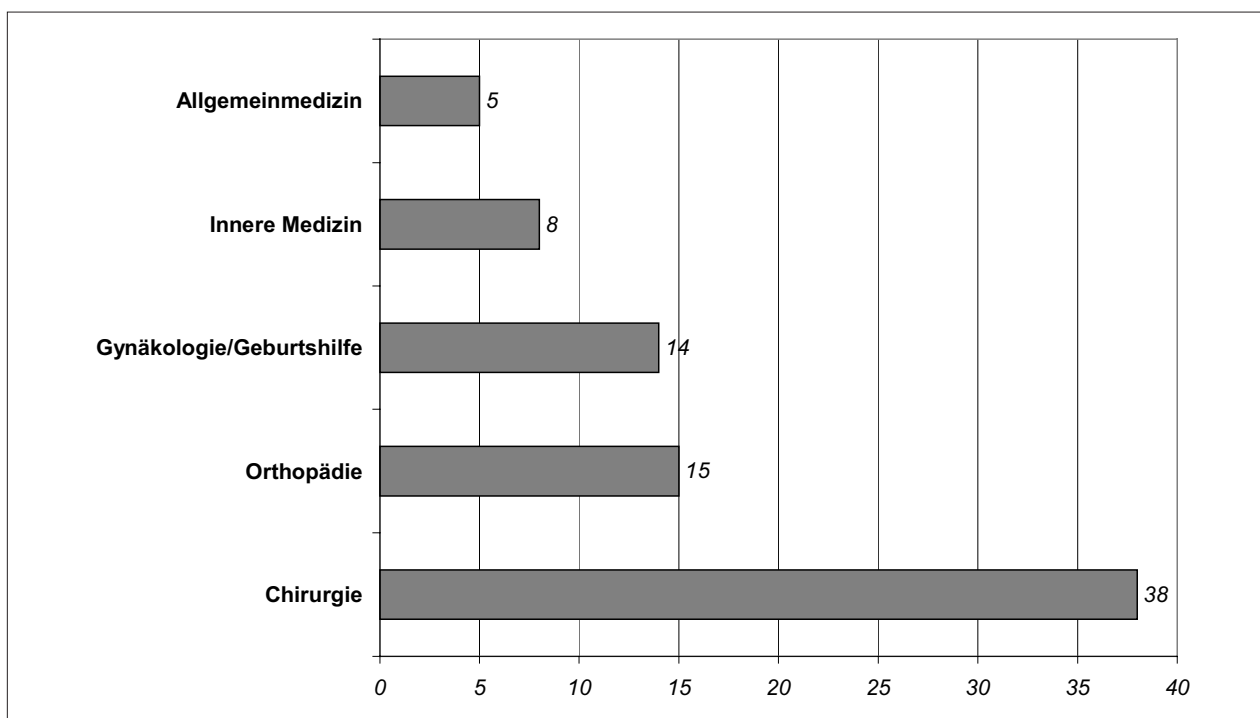
⁹⁷ Zu ähnlichen Ergebnissen kommen beispielsweise auch dem Rat vorliegende interne Auswertungen einer gesetzlichen Krankenkasse und eine im Auftrag der Techniker Krankenkasse durchgeführte repräsentative Bevölkerungsbefragung zu Behandlungsfehlern (forsa 2002). Auch in anderen Ländern werden die operativ tätigen Ärzte einschließlich der Gynäkologen häufiger mit Fehlerwürfen konfrontiert als konservativ tätige Mediziner, wie beispielsweise Internisten (vgl. z. B. Hickson, G. B. et al. 2002).

⁹⁸ Bestimmte Patientenmerkmale beeinflussen generell die Auftretenswahrscheinlichkeit von Fehlern. Hierzu zählen neben den Charakteristika der Erkrankung (z. B. Schweregrad und Häufigkeit), das Alter der Patienten und sozioökonomische Faktoren. Insbesondere unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Stürze und Komplikationen diagnostischer und therapeutischer Interventionen treten bei älteren Patienten häufiger auf, wobei dies nicht unbedingt einen Versorgungsfehler im Sinne des deutschen Arzthaftungsrechtes implizieren muss. Alter scheint keine unabhängige Variable zu sein, sondern korreliert mit Multimorbidität und der Komplexität der Versorgung. Bei Angehörigen unterer sozialer Schichten, vor allem wenn zudem Sprachbarrieren existieren, können ebenfalls öfter unerwünschte Ereignisse im Behandlungsverlauf und *substandard medical care* nachgewiesen werden (Burstin, H. R. et al. 1992; Thomas, E. J. u. Brennan, T. A. 2000b; Brown, P. et al. 2002). Obwohl tendenziell häufiger von Behandlungsfehlern betroffen, initiieren diese Patientengruppen seltener Schadensersatzprozesse (Burstin, H. R. et al. 1993).

⁹⁶ Schadensfälle in den Disziplinen Gynäkologie und Geburtshilfe schlugen mit durchschnittlich ca. 200 000 DM je Fall zu Buche.

Tabelle 14

Häufigkeit von Fehlervorwürfen nach Fächern bzw. Fachgruppen (Angaben in Prozent)^{a)}



a) Die Angaben beziehen sich auf Verfahren vor Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern. Ad 100 fehlende Prozente: Fehlervorwürfe in anderen, hier nicht aufgeführten Fächern.

Quelle: Robert Koch-Institut (2001)

rischer und kommunikativer Defizite, die sich insbesondere an den Schnittstellen der Versorgung manifestieren (vgl. Abschnitt 4.3). Allerdings besteht zwischen der Rate anerkannter Behandlungsfehler und der Größe bzw. dem Spezialisierungsgrad der beschuldigten Kliniken ein umgekehrt proportionales Verhältnis: Je kleiner die Einrichtung ist, desto häufiger werden Fehlervorwürfe als berechtigt anerkannt (Tabelle 15). Dies weist auf den empirisch vielfach nachgewiesenen Zusammenhang zwischen Eingriffshäufigkeit bzw. spezieller Kompetenz und Behandlungsergebnis hin (*volume-outcome relationship*, Hewitt, M. 2000; vgl. SVR 2000/2001, Band III.2, Abschnitt 8.3.2.3).

Tabelle 15

Anerkennungsraten von Fehlervorwürfen in Abhängigkeit von der Größe des Krankenhauses

Größe des Krankenhauses	Anerkennungsrate
Weniger als 200 Betten	44 %
200 bis 500 Betten	30 %
Über 500 Betten	29 %
Universitätskliniken	24 %

Quelle: Robert Koch-Institut (2001)

382. Einer im Auftrag der Techniker Krankenkasse durchgeführten Untersuchung⁹⁹ zufolge vermuten ca. 19 % der befragten Bürger über 16 Jahre, mindestens einmal in ihrem Leben einen Behandlungsfehler erlitten zu haben (forsa 2002). Die Hälfte dieser Ereignisse soll sich im Rahmen einer Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt, ein Drittel im Rahmen einer stationären Versorgung, 10 % bei der ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus und 8 % bei einer Entbindung ereignet haben. Die Mehrzahl (62 %) der Befragten entdeckte den vermuteten Behandlungsfehler selbst; 37 % wurden darauf durch einen Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchgeführt hatte, aufmerksam gemacht¹⁰⁰.

383. Ein Teil der Betroffenen fühlt sich durch die Folgen des vermuteten Behandlungsfehlers in seiner Lebensqualität

⁹⁹ Untersuchungszeitraum: 21. Januar bis 6. Februar 2002; Grundgesamtheit: deutschsprachige Bevölkerung ab 16 Jahre; systematische Zufallsauswahl von 1 000 Befragten; computergestützte Telefoninterviews anhand eines strukturierten Fragebogens. 69 % der Befragten waren bereits mindestens einmal zu einem operativen Eingriff im Krankenhaus. 94 % hatten einen (Haus-)Arzt, der sie regelmäßig behandelte.

¹⁰⁰ In 7 % der Fälle wurde der Behandlungsfehler durch den die Behandlung durchführenden Arzt, in 2 % durch einen Familienangehörigen und in 1 % durch die Behandlung in einem Krankenhaus entdeckt (Mehrfachnennungen waren möglich).

stark (23 %) oder zumindest etwas (41 %) beeinträchtigt (vgl. Tabelle 16). Dennoch behielten die meisten der Betroffenen ihre Vermutung für sich (54 %) oder wandten sich an einen Arzt (38 %) bzw. eine stationäre Einrichtung (6 %); nur eine Minderheit schaltete die Krankenkasse (3 %), eine Ärztekammer (1 %), eine Verbraucherzentrale (1 %) oder einen Rechtsanwalt (1 %) ein¹⁰¹.

Tabelle 16

Subjektive Beeinträchtigungen durch vermutete Behandlungsfehler

Art der beklagten Beeinträchtigung	Nennungen in Prozent ^{a)}
Einschränkungen des Bewegungsapparates	28
Allgemeinbefinden beeinträchtigt	20
Schmerzen	16
Psychische Probleme	11
Beeinträchtigung des Aussehens	7
Eingeschränkte Berufsfähigkeit	5
Beeinträchtigung der Atemwege	4
Zahnprobleme	3
Narbenbildung	3

a) Offene Frage, Mehrfachnennungen möglich; berücksichtigt wurden nur Befragte, die über eine etwas oder stark eingeschränkte Lebensqualität infolge eines vermuteten Behandlungsfehlers berichteten; angegeben sind nur Beeinträchtigungen, die noch bestehen und über die mindestens 3 % der Antwortenden berichteten.

Quelle: Eigene Darstellung nach forsa (2002)

384. Sicherlich bedarf es fundierterer Studien als der oben zitierten Untersuchung, um die Häufigkeit von Behandlungsfehlern und das Ausmaß der durch diese verursachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Bevölkerung zuverlässig schätzen zu können. Die Diskrepanz zwischen der Zahl der „öffentlich“ gewordenen Fälle und der Zahl der von Patienten vermuteten Behandlungsfehler wird jedoch deutlich. Für eine hohe „Dunkelziffer“ an Behandlungsfehlern (bzw. korrekter: an teilweise vermeidbaren unerwünschten Ereignissen) sprechen u. a. auch die folgenden Beobachtungen:

- Unerwünschte Arzneimittelereignisse, d. h. Medikationsfehler und pharmakon-immanente (Neben-)Wirkungen, werden für ca. 2 bis 5 % aller Krankenhauseinweisungen verantwortlich gemacht (Schoenemann et al. 1998; Frölich, J. C. et al. 1998)¹⁰².

¹⁰¹ Die Befragten begründeten ihr Verhalten vor allem mit Hinweisen auf fehlende schwerwiegende Konsequenzen des vermuteten Behandlungsfehlers, mangelnde Informationen über dieses Thema und das Gefühl der Machtlosigkeit (vgl. Abschnitt 4.6).

¹⁰² Die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände e. V. (www.agv.de, Veröffentlichungsdatum 29. März 2001) nennt eine geschätzte Zahl von 5 000 bis 8 000 „durch Spätschäden aufgrund fälscher Medikamentenverordnung“ verursachten Todesfällen pro Jahr.

– Eine vergleichbare Situation findet sich hinsichtlich der Schäden, die zum Teil auf Hygienemängel zurückzuführen sind. Allerdings sind diese wesentlich schwerer nachzuweisen. Je nach medizinischem Fachgebiet liegen die (konservativ geschätzten) Prävalenzraten für nosokomiale Infektionen¹⁰³ in deutschen Krankenhäusern zwischen 3,0 und 15,3 %, d. h. an einem Stichtag weist jeder 33. bzw. fast jeder 6. Krankenhauspatient eine erst während der stationären Behandlung erworbene Infektion auf. Die Inzidenz nosokomialer Infektionen wird mit 6,3 bis 6,9 % angegeben. Dies bedeutet, dass etwa jeder 17. Patient im Verlauf seines Krankenhausaufenthaltes ein unerwünschtes Ereignis in Form eines nosokomialen Infektes erleidet (Robert Koch-Institut 2002). Ein Hygienefehler wird jedoch nur selten (1 % der im Rahmen von Schadensregulierungsverfahren begutachteten Fälle laut Robert Koch-Institut 2001) als Schadensursache gutachterlich anerkannt.

– In Autopsiestudien werden seit langem relativ hohe Raten an Fehldiagnosen bzw. nicht zutreffenden Angaben zu Todesursachen in amtlichen Todesbescheinigungen nachgewiesen (Brinkmann, B. et al. 2002; Modelmog, D. et al. 1992; Burton, E. C. et al. 1998; Sarode, V. R. et al. 1993; Lloyd-Jones, D. M. 1998; Höpker, W. W. u. Wagner, S. 1998). Bemerkenswerterweise hat anscheinend – zumindest bei einigen Erkrankungen wie Pneumonie, Lungenembolie, Herzinfarkt und Tumorleiden – der medizinisch-technische Fortschritt die praemortale „diagnostische Trefferquote“ nicht wesentlich erhöht (Kirch, W. u. Schafii, C. 1996). Ähnliches gilt für die Fehldiagnoserate beispielsweise bei Blinddarmentzündung (Flum, D. R. et al. 2001).

385. Das sektoral fragmentierte deutsche Gesundheitsversorgungssystem, das sehr viele Schnittstellen schafft und sowohl den einzelnen Leistungserbringern als auch den Patienten die Übersicht über Behandlungsabläufe erschwert, wie auch der technologische Fortschritt und die zunehmende Spezialisierung bilden ein hoch komplexes, fehleranfälliges Umfeld (vgl. Abschnitt 4.3). Um so erstaunlicher ist es aus Sicht des Rates, dass dieses Thema – jenseits reißerischer Medienberichterstattung in Einzelfällen – erst in der letzten Zeit vermehrte Aufmerksamkeit in Forschung, Politik und Öffentlichkeit findet.

4.2.2 Internationale Daten

386. Studien in den USA wiesen bei 2,9 bis 3,7 % aller im Krankenhaus behandelten Patienten unerwünschte Ereignisse (*adverse events*) nach. Diese führten in 6,6 % bzw. 13,6 % zu Todesfällen (Brennan, T. et al. 1991; Leape, L. L. et al. 1991; Thomas, E. J. et al. 2000a). Vergleichbare Un-

¹⁰³ Als nosokomial werden Infektionen eingestuft, wenn sie während der medizinischen Behandlung in Einrichtungen des Gesundheitswesens erworben werden. Dies ist in erster Linie eine deskriptive Bezeichnung, die sich auf die zeitliche Assoziation zwischen Infektion und z. B. Krankenhausaufenthalt bezieht. Ein Kausalzusammenhang im Sinne eines vermeidbaren Behandlungsfehlers (z. B. Nichtbeachtung von Hygieneregeln) als Ursache besteht dagegen nicht notwendigerweise. Vielmehr spielen Patienten- und Umweltfaktoren sowie mit Infektionsrisiken behaftete moderne Behandlungs- und Pflegeverfahren eine wichtige Rolle (vgl. Robert Koch-Institut 2002).

tersuchungen aus anderen Ländern sprechen für z. T. noch höhere Raten unerwünschter Ereignisse. Die dadurch verursachten Kosten sind immens (vgl. Tabelle 17). Als Hauptkostenfaktor wird immer wieder die verlängerte Krankenhausaufenthaltsdauer identifiziert¹⁰⁴.

387. Nach Daten einer aktuellen US-amerikanischen Studie (Blendon, R. J. et al. 2002) haben 35 % der schriftlich befragten Ärzte und 42 % der telefonisch interviewten Laien selbst oder bei Familienangehörigen Behandlungs-

fehler (*errors*) erfahren. Die Folgen wurden in jeweils ca. einem Fünftel der Fälle als schwerwiegend eingeschätzt (Tabelle 18). In ca. einem Drittel der Fälle wurden die Befragten über den vorgefallenen Fehler unterrichtet. 2 % der Ärzte und 6 % der befragten Laien, die einen Behandlungsfehler vermuteten, gingen deshalb vor Gericht.

388. Unter der vereinfachenden Annahme, angloamerikanische Untersuchungsergebnisse (Institute of Medicine 2000; Brennan, T. A. et al. 1991a; Leape, L. L. et al. 1991; Thomas, E. J. et al. 2000a) wären auf die Verhältnisse in Deutschland übertragbar, ergäben sich bei ca. 16,5 Millionen Krankenhausbehandlungsfällen im Jahr 2001 zwischen 31 600 und 83 000 Todesfälle aufgrund unerwünschter Folgen medizinischer Interventionen in Krankenhäusern. Damit würden mehr

¹⁰⁴ Dies ist allerdings i. d. R. darauf zurückzuführen, dass sich die Untersuchungen auf Krankenhauspatienten beziehen bzw. Kostendaten für Krankenhausbehandlungen relativ einfach zu erheben sind.

Tabelle 17

Unerwünschte Ereignisse (*adverse events*) bei Krankenhausbehandlungen im internationalen Vergleich

Studie bzw. Studienort	Zahl der untersuchten Fälle	Unerwünschte Ereignisse (<i>adverse events</i>)	Potenziell vermeidbare <i>adverse events</i> an allen unerwünschten Ereignissen	Geschätzte durch <i>adverse events</i> verursachte Kosten
New York ^{a)}	31 000	3,7 %	–	3,8 Mrd. US-\$
Colorado und Utah ^{b)}	14 321	2,9 %	58 %	661 Mio. US-\$ Kosten insgesamt; 348 Mio. US-\$ für medizinische Kosten
Australien ^{c)}	14 179	16,6 %	51 %	900 Mio. \$A
London ^{d)}	1 014	10,8 %	46 %	2 400 £ pro Fall; hochgerechnet auf alle stationären Behandlungsfälle in GB 1 Mrd. £ pro Jahr (allein durch Verlängerung der Verweildauer)
Neuseeland ^{e)}	6 579	12,9 %	63 %	10 264 NZ\$ pro Fall; 1,6 Mrd. NZ\$ hochgerechnet auf Gesamtbevölkerung

Quelle: Eigene Darstellung (Originalquellen: a) Johnson, W. et al. 1992, b) Thomas, E. et al. 1999, c) Wilson, R. et al. 1995, d) Vincent, C. et al. 2001, e) Brown, P. et al. 2002)

Tabelle 18

Häufigkeit und Folgen von Behandlungsfehlern (Angaben in Prozent)

(Alle Befragten)	Ärzte (n = 831)	Laien (n = 1207)
Behandlungsfehler selbst oder bei Angehörigen erlebt	35	42
Schwerwiegende gesundheitliche Folgen	18	24
Leichtere gesundheitliche Folgen	10	13
Keine gesundheitlichen Folgen	7	5
(Befragte, die über Fehler berichteten)	Ärzte (n = 290)	Laien (n = 507)
Wurden über Fehler informiert	31	30
Reichten Klage ein	2	6

Quelle: Blendon, R. J. (2002)

Menschen an den Konsequenzen medizinischer Diagnostik und Therapie bzw. an Behandlungsfehlern versterben, als beispielsweise an Dickdarmkrebs (20 200), Brustkrebs (18 000), Lungenentzündung (17 800) oder Verkehrsunfällen (7 700) (Statistisches Bundesamt 2002).

389. Der Rat verkennt nicht die methodischen Probleme solcher Untersuchungen und der Übertragung der Ergebnisse auf andere Länder und Gesundheitssysteme. Zur Veranschaulichung der anzunehmenden Dimensionen des Problems „Fehler und Schäden in der Medizin“ hält es der Rat jedoch für durchaus legitim, einige „illustrative Zahlen“ zu verwenden, wenn auf die Limitationen solcher Angaben angemessen hingewiesen wird.

In den meisten Studien zur Identifizierung unerwünschter Ereignisse (*adverse events*), vermeidbarer medizinischer Fehler und fehlerbedingter Schäden begutachten geschulte Experten Krankheitsverläufe retrospektiv anhand der vorhandenen Unterlagen. Dies kann u. a. beinhalten, dass relevante Informationen nicht zugänglich sind, weil sie in den Unterlagen nicht vermerkt wurden. Die Diskrepanz der Fehlerraten in den verschiedenen Studien ist ferner auf Unterschiede in der Definition der Fehler- und Schadensergebnisse sowie in den Versorgungsgewohnheiten und der Art der Verlaufsdocumentation zurückzuführen. Ein zusätzliches, seit langem auch aus anderen Bereichen bekanntes Problem ist die hohe Rate nicht übereinstimmender Expertenurteile (Interrater-Variabilität)¹⁰⁵. Durch Schulung der Reviewer, Erhöhung der Zahl der Gutachter, Vorgabe von Kriterienlisten und Kombination von Verfahren zur Fallidentifikation lassen sich die Validität und Reliabilität der Beurteilungen jedoch erhöhen (vgl. Brennan, T. A. et al. 1989; Localio, A. R. et al. 1996; Rubin, H. R. et al. 1992; Thomas, E. J. et al. 2000a). Wird die Varianz der Expertenurteile sowie z. B. das fehlerunabhängige Sterberisiko der Patienten in die Berechnungen zur Schätzung der Fehlerraten einbezogen, ergeben sich tendenziell niedrigere Schätzwerte für medizinische Fehler mit Todesfolge (Hayward, R. A. u. Hofer, T. P. 2001). Bei Vergleichen zwischen verschiedenen Einrichtungen muss eine angemessene Adjustierung der Fälle erfolgen (vgl. z. B. Sax, H. et al. 2002). Auch qualitative Methoden, wie z. B. die „teilnehmende Beobachtung“, sind geeignet, wertvolle Erkenntnisse über die Häufigkeit und Entstehungszusammenhänge von Behandlungsfehlern zu liefern (Andrews, L. B. et al. 1997). Generell ist zu berücksichtigen, dass das Auftreten unerwünschter Ereignisse nicht automatisch gleichzusetzen ist mit erkennbaren negativen Auswirkungen auf die Patienten. Kausale Zusammenhänge können nur in Einzelfallbetrachtungen wahrscheinlich gemacht werden.

390. Die vorhandenen internationalen Untersuchungen beziehen sich vorwiegend auf den stationären Versorgungsbereich. Berücksichtigt werden müssten zusätzlich die vielfäl-

tigen Risiken und Fehlermöglichkeiten im ambulanten Versorgungssektor einschließlich der Pflege- und Altenheime, zumal die ambulante Versorgung zunehmend komplexer wird¹⁰⁶. Beispielhaft sei auf die i. d. R. durch korrekte Lagerungstechniken und andere Maßnahmen vermeidbare Entstehung von Druckgeschwüren bei bettlägerigen Menschen hingewiesen (Grünwald-Funk, D. 2002). Nur wenn das gesamte Versorgungsgeschehen untersucht würde, könnte das ganze Ausmaß potenzieller physischer, psychischer, sozialer und ökonomischer Folgen von medizinischen Fehlern offensichtlich gemacht werden¹⁰⁷.

4.3 Ursachen von Behandlungsfehlern

391. Im Allgemeinen werden zu den Faktoren, welche auf den Versorgungsprozess einwirken, der institutionelle Kontext, übergeordnete Organisations- und Managementmerkmale, die unmittelbare Arbeitsumgebung, Strukturen und Interaktionen innerhalb des Teams, persönliche Eigenschaften des einzelnen Mitarbeiters, Charakteristika der zu bewältigenden Aufgabe sowie individuelle Patientenmerkmale gezählt (Vincent, C. A. et al. 1998). Zur Beschreibung der zur Entstehung von Fehlern führenden Konstellationen komplexer Systeme existieren verschiedene Modelle, die darin übereinstimmen, dass sie von vielfältigen Interaktionen auf verschiedenen Handlungsebenen ausgehen, die letztlich erst in ihrem Zusammenwirken Schäden entstehen lassen.

392. So berücksichtigt z. B. das SHEL-Modell (de Leval, M. R. 1997) vier Komponenten, die jeweils einzeln oder durch Interaktionen Fehlerquelle sein können:

- **Software:** Organisation, Regeln, prozedurale Charakteristika,
- **Hardware:** Technik,
- **Environment:** Umgebungsfaktoren (einschließlich sozio-kultureller) und
- **Liveware:** Mensch, Team, Kommunikation.

Die verschiedenen Einflussfaktoren wirken sich sowohl auf die Auftretenshäufigkeit von Fehlern als auch auf die Wahrscheinlichkeit der Fehlererkennung und der Vermeidung eines konsekutiven Schadens für den Patienten aus. Helmreich unterscheidet zwischen „verborgenen“ Einflussvariablen (*latent threats*), wie z. B. nationaler, organisationsinterner und professioneller Kultur, und „erkennbaren“ Faktoren

¹⁰⁵ Die kappa-Werte als statistisches Maß für die Übereinstimmung der Expertenratings liegen z. B. bei den großen Studien aus den USA und Australien bei ca. 0,4 für unerwünschte Ereignisse und bei ca. 0,2 für *adverse events*, die vermutlich durch Nichtbeachtung der gebotenen Sorgfaltspflicht (*negligence*) zustande gekommen sind. Allerdings lässt sich auch bei anderen, methodisch vergleichbaren Verfahren eine ähnlich hohe Interrater-Variabilität nachweisen (Thomas, E. J. et al. 2000c; Leape, L. L. 2000; Wilson, R. M. 1995; Brennan, T. A. et al. 1991; Hofer, T. P. et al. 2000).

¹⁰⁶ Bezogen auf die deutsche Situation ist zu erwarten, dass durch die Einführung der DRG eine Verlagerung zusätzlicher Aufgaben in den ambulanten Bereich erfolgen wird, was u. U. die Gefahr von Behandlungsfehlern erhöht.

¹⁰⁷ Der Mangel an Daten zu Fehlern in der ambulanten Versorgung veranlasste zum Beispiel die amerikanische Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) zur Formulierung einer Research Agenda for Ambulatory Patient Safety (siehe www.ahrq.gov/about/cpr/ptsafety/ambpts1.htm). Eine der wenigen Studien zu Behandlungsfehlern in der allgemeinärztlichen Praxis ist die unter deutscher Beteiligung laufende PCISME-Study (Primary Care International Study of Medical Errors). Ziel der Studie ist es u. a. empirisch eine Taxonomie möglicher Fehler und fehlerbegünstigender Faktoren zu erstellen (vgl. Tabelle 12). Inzidenzen von Fehlern können allerdings aufgrund des Erhebungsmodus (freiwillige Meldung von Ereignissen) nicht bestimmt werden (Makeham, M. A. et al. 2002). In Deutschland plant z. B. das Kieler Institut für Allgemeinmedizin Studien zur Identifikation und Prävention von Fehlern in der allgemeinmedizinischen Praxis (Gerlach, F. M., persönliche Mitteilung).

(*overt threats*) der Umwelt, der Einrichtung, der individuellen Leistungserbringer, des Teams oder des Patienten (Helmreich, R. L. 2000).

393. Die Manifestation von Fehlern lässt sich als das Versagen von Abwehrstrategien beschreiben, das eine Verkettung unglücklicher Umstände ermöglicht, an deren Ende ein schadenverursachender Fehler steht. Das Konzept des *organisational accident* (Reason, J. T. 1994, Vincent, C. A. et al. 1998; Palm, S. et al. 2002) gibt die Abfolge der Ereignisse wie folgt wieder:

1. Durch Managemententscheidungen oder den Ablauf bestimmter Prozesse entstehen latente Schwachstellen (*latent failures*) innerhalb der Einrichtung, die zunächst folgenlos bleiben.
2. Es kommt wiederholt zu Situationen, die mit einem erhöhten Fehlerrisiko behaftet sind (*conditions of work*).
3. Den Mitarbeitern vor Ort (*sharp end*) unterlaufen Fehler (*active failures*).
4. Mechanismen zur Abwehr der unerwünschten Folgen des Fehlers versagen.
5. Ein unerwünschtes Ergebnis tritt ein.

Dieses Ablaufmuster veranschaulicht Reason in seinem „Schweizer-Käse-Modell“ (Reason, J. 2000; vgl. Tabelle 19): Nur wenn die Schwachstellen des Systems an zueinander passenden Stellen liegen, ermöglichen sie die Entstehung eines Behandlungsschadens.

394. Die Ursachen von Behandlungsfehlern lassen sich also auf der Ebene

- des individuellen Leistungserbringers,

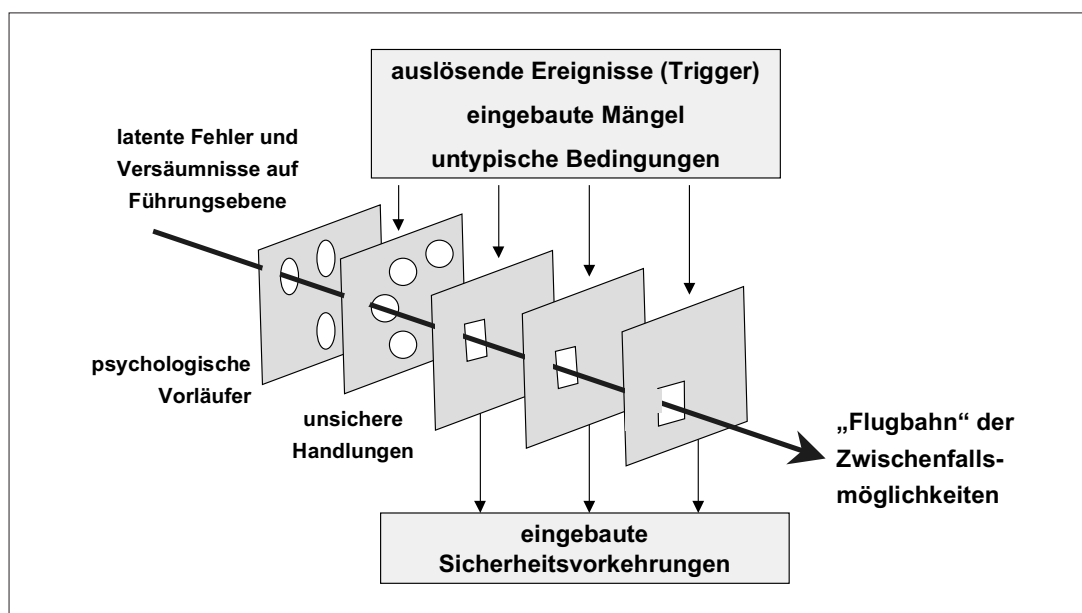
- des Versorgungsteams bzw. der -einrichtung und
 - des Gesundheitssystems
- lokalisieren.

Beispielsweise können sich individuelle Fehlerursachen wie mangelndes fachliches Wissen eines Leistungserbringers mit Qualitätsmängeln auf der Organisationsebene (z. B. Defizite bei der innerbetrieblichen Weiterbildung oder der abteilungsinternen Überwachung von Hygienevorschriften) und mit Schwächen des deutschen Versorgungssystems (z. B. mangelhafte Qualität der Fortbildung oder Informationsverluste durch fehlendes Schnittstellenmanagement) mischen¹⁰⁸. Darüber hinaus müssen eindeutige Fehler, beispielsweise eine nicht beachtete bekannte absolute Kontraindikation, von „schicksalhaft“ eingetretenen Komplikatio-

¹⁰⁸ Zur Veranschaulichung sei auf eine Studie verwiesen, die den Kenntnisstand von Allgemeinärzten und Internisten zum Thema Diagnostik und Therapie des Bluthochdrucks untersuchte und dabei die aktuelle Leitlinie der Deutschen Hypertoniegesellschaft/Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks zugrunde legte, deren Inhalte zuvor als allgemein gut bekannt galten (Schneider, C. A. et al. 2001; Hagemeyer, J. et al. 2001): Lediglich 18,8 % der teilnehmenden Allgemeinmediziner und 26,6 % der Internisten wurde eine angemessene Leitlinienkenntnis bescheinigt. Etwa zwei Drittel der Ärzte konnte den zurzeit anerkannten Grenzwert zur Definition der arteriellen Hypertonie nicht korrekt benennen. Als Konsequenz erscheint eine fehlerhafte, d. h. möglicherweise zu spät einsetzende Behandlung von Patienten denkbar, die ihre Ursache in einem unzureichenden individuellen Kenntnisstand der Ärzte hat. Diese Defizite sind jedoch vermutlich u. a. auf die unzulängliche Qualität von Fortbildungsveranstaltungen und die nahezu fehlende gezielte Dissemination und Implementierung von Leitlinien zurückzuführen, also nicht allein in persönlichen Defiziten der Ärzte begründet.

Tabelle 19

„Schweizer-Käse-Modell“ zur Veranschaulichung des Schadeneintritts durch konsekutives Versagen verschiedener Ebenen der Fehlerabwehr



Quelle: Ollenschläger, G. u. Thomeczek, C. (2002), modifiziert nach Reason, J. (2000)

nen, wie etwa einer nicht vorhersehbaren, selten auftretenden Nebenwirkung, abgegrenzt werden. Diese komplexen Sachverhalte zu analysieren und vor allem auch dem betroffenen Patienten plausibel darzustellen, ist eine wichtige Aufgabe der medizinischen Gutachter in Verfahren zur Schadensfeststellung.

Im Folgenden werden die Fehlerursachen auf den verschiedenen Ebenen differenzierter dargestellt, wobei aus der systembezogenen Perspektive des Rates dem Erkennen und der Vermeidung überindividueller Fehlerquellen eine besondere Bedeutung zukommt.

4.3.1 Fehlerursachen bei einzelnen Leistungserbringern

395. Individuelle Qualifikationsdefizite, d. h. mangelnde theoretische und praktische Kenntnisse, sind neben Verletzungen der Sorgfaltspflicht bzw. Fahrlässigkeit häufige Fehlerquellen. Selbst wenn auf Organisations- und Systemebene Mängel bestehen, welche die Qualifizierung von Mitarbeitern und die Einhaltung von Versorgungsstandards behindern, kann kein Leistungserbringer von seiner individuellen Verpflichtung zu sorgfältigem, dem aktuellen Wissensstand entsprechenden Arbeiten entbunden werden. Diese persönliche Verantwortung lässt sich aus den tradierten Prinzipien der professionsspezifischen Ethik und dem Charakter der therapeutischen Zweierbeziehung herleiten und ist Bestandteil des ärztlichen Standesrechts sowie des Straf- und Zivilrechts. Das Wohl des Patienten konsequent als oberste Handlungsmaxime anzunehmen, verpflichtet zur selbstkritischen Reflexion. Die Grenzen der eigenen Kom-

petenz und Leistungsfähigkeit¹⁰⁹ zu erkennen, sie offenzulegen, den Rat Erfahrener einzuholen und den Patienten gegebenenfalls rechtzeitig weiterzuverweisen, sollte selbstverständliche Folge dieser Verpflichtung sein.

396. Am Beispiel klinisch gestellter Fehldiagnosen lässt sich aufzeigen, dass vielfältige Faktoren auf Seiten der Ärzte und der Patienten (bzw. der Merkmale ihrer Erkrankung) beim Zustandekommen einer falschen Diagnose – aus der u. U. Schaden für den Patienten resultiert – zusammenwirken können (Tabelle 20).

397. Als Ursache von medizinischen Behandlungsfehlern und -schäden auf der Ebene der einzelnen Leistungserbringer ist besonders auf Defizite in der Kommunikation hinzuweisen. Der Rat hat an verschiedenen Stellen seines Gutachtens 2000/2001 ausgeführt, dass eine ausreichende Information, Beratung und empathische Zuwendung, die an den individuellen Bedürfnissen, Präferenzen, Erwartungen oder Ängsten des Patienten ansetzt, zu den Qualitätsmerkmalen der Versorgung gehören (Gutachten 2000/2001, Band II, Abschnitte 1.1 und 3.3). So zählen Versäumnisse in Form von Aufklärungsmängeln (vor allem hinsichtlich der Gefahren oder Alternativen einer Maßnahme) als ärztliche Fehler, die u. U. den Schadensersatzanspruch eines Patienten begründen können. Eine angemessene Kommunikation

¹⁰⁹ Dies scheint unter Ärzten immer noch ein Problem zu sein: Laut Sexton, J. B. et al. 2000 glaubten ca. 60 % des antwortenden medizinischen Personals (47 % der anästhesiologischen und 70 % der chirurgischen Fachärzte), dass sie in kritischen Situationen gut arbeiten, auch wenn sie müde sind. Im Gegensatz dazu behaupteten dies nur 26 % der Piloten von sich.

Tabelle 20

Ursachen von Fehldiagnosen

Arztseitige Ursachen	„Patientenseitige“ Ursachen ^{a)}
oberflächliche Anamneseerhebung	polytope, uncharakteristische Beschwerden
fehlender Kontakt zum Patienten/fehlendes Vertrauen der Patienten	unspezifische oder praemonitorische Beschwerden
Geringschätzung der Familienanamnese	oligosymptomatische Manifestation von Krankheiten
oberflächliche Untersuchung	seltene Erkrankungen
Verwechslung von Befunden und Deutungen	Interferenz mehrerer Erkrankungen
vorschnelle Urteile	modifizierende Einflüsse des Alters
unzureichende Zusatzuntersuchungen	modifizierende Einflüsse der Therapie
Laborgläubigkeit	Depression oder psychosomatische Störungen
Überschätzung der eigenen Kenntnisse	pseudoneuasthenische Beschwerden organischer Krankheiten
diagnostische Vorurteile	
Festhalten an früheren Diagnosen	

a) „Patientenseitig“ manifestieren sich bestimmte Merkmale der Erkrankung oder andere Faktoren (z. B. Co-Morbiditäten), welche das Stellen der zutreffenden Diagnose erschweren.

Quelle: Eigene Darstellung nach Gross, W. L. (2002)

mit den Patienten und ihren Angehörigen geht jedoch weit über die Einhaltung von formalen Regeln für die Aufklärung über medizinische Maßnahmen hinaus.

Wie gut die Kommunikation zwischen Arzt und Patient funktioniert und wie tragfähig die therapeutische Zweierbeziehung ist, erweist sich häufig gerade bei unvorhergesehenen Komplikationen, Behandlungsfehlern oder -schäden. Patienten, die sich nicht ernst genommen fühlen, neigen viel häufiger dazu, sich zu beschweren oder Klage einzureichen als andere. Amerikanische Schätzungen gehen davon aus, dass in 80 % der eingereichten Zivilklagen Kommunikationsmängel und von Patienten als inadäquat empfundenes persönliches Verhalten des Arztes eine Rolle spielen (Levison, W. 1994). Als Gründe für den Gang vor Gericht scheinen die Suche nach Erklärungen und der Wunsch, zukünftige Fehler bei anderen zu vermeiden, eine mindestens ebenso große Rolle zu spielen wie das Streben nach finanzieller Kompensation für Verlust, Leid und Versorgungsaufwand sowie nach Bestrafung der Ärzte (Vincent, C. A. et al. 1994). Nach deutschen Daten kritisierten 15 % der Betroffenen in ihren Anträgen an die Schlichtungsstelle Nord explizit die kommunikative Kompetenz des Arztes. Der Wunsch, Aufklärung über die Geschehnisse zu erhalten, erklärt vermutlich auch teilweise, warum 11 % der als begründet anerkannten Schadensersatzansprüche von den Betroffenen nicht weiterverfolgt wurden (Scheppokat, K. D. u. Held, K. 2002; vgl. auch Scheppokat, K. D. 2000).

398. Die häufig nachweisbaren Mängel in der Dokumentation und Patientenaufklärung sind oft einzelnen Leistungserbringern zuschreibbar. Allerdings können Nachlässigkeiten im Hinblick auf diese Aufgaben vom Handlungsumfeld in unterschiedlichem Ausmaß gefördert werden. Ein so genanntes Übernahmeverschulden kann sowohl individuell (z. B. einzelner Arzt) als auch institutionsbezogen (z. B. einzelne Krankenhausabteilung, s. u.) vorliegen. Zu den individuellen Fehlerursachen können ferner auch technische Unzulänglichkeiten wie Geräte- oder Materialdefekte gezählt werden, sofern sie beispielsweise nicht auf mangelhafter institutionsinterner Organisation routinemäßiger Wartungsarbeiten beruhen. Sie sind insgesamt jedoch nur selten alleinige Ursache von gesundheitlichen Schäden.

399. Individuelles menschliches Versagen stellt zwar sowohl in der Industrie als auch im Medizinbereich die Hauptfehlerursache dar (vgl. Institute of Medicine 2000). Bei komplexen Abläufen und Systemen entstehen folgeträchtige Fehler in der Regel aber aus einer Kette von Interaktionen, an deren Ende ein nicht intendiertes Ereignis steht. Die den einzelnen Leistungserbringern unterlaufenden „aktiven“ Fehler¹¹⁰ stellen dabei lediglich das sichtbare Glied dieser Fehlerkette dar (*sharp end* nach Reason, J. T. 1994; vgl. auch Vincent, C. et al. 1998). Eine Betrachtungsweise, die einseitig auf einzelne Beteiligte als Fehler- bzw. Schadens-

verursacher fokussiert, ist daher kontraproduktiv und verstellt den Blick auf die zugrunde liegenden interferierenden Ursache-Wirkungsgefüge. Präventiv ausgerichtetes Fehlermanagement geht über die Identifikation und Bestrafung fehlerhaft handelnder Individuen weit hinaus. Die Analyse der Entstehungsbedingungen von Fehlern hat sich als weit aus konstruktiver zur Vermeidung von Fehlern erwiesen (Institute of Medicine 2000; Robert Koch-Institut 2001; Palm, S. et al. 2002; Paschen, U. u. Bastek, A. 2002).

400. Zur Illustration dieser Zusammenhänge werden häufig Beispiele von Medikationsfehlern angeführt. Wer trägt die Schuld an einem schwerwiegenden Zwischenfall durch die versehentliche Verabreichung eines falschen oder nicht richtig dosierten Pharmakons? Die noch in der Ausbildung befindliche Pflegekraft, die beim Verteilen der Medikamente mehrfach unterbrochen wurde? Die erfahrenere Pflegekraft, die aus Zeitmangel keine Kontrolle der Medikamente durchführte? Der Arzt, der die Arzneimittelbezeichnungen unleserlich in die Kurve eingetragen hat? Das Klinikmanagement, das nicht für eine angemessene personelle Besetzung der Station gesorgt hat? Der Patient, der sich zwar über die anders aussehenden Tabletten gewundert, aber nichts gesagt hat? Die Pharmafirma, die ihr Produkt ähnlich benannt und verpackt hat wie ein anderes auf dem Markt befindliches Präparat?

Medikationsfehler zählen zu den am häufigsten vorkommenden Fehlern überhaupt¹¹¹, obwohl sie vielfach durch geeignete Organisation der Abläufe und den Einsatz technischer Hilfsmittel vermieden werden können (Bates, D. W. 2000; Bates, D. W. et al. 1999). Nach einer aktuellen US-amerikanischen Analyse (U. S. Pharmacopeia Convention 2002) treten 42 % der Fehler beim Verabreichen, 27 % bei der Dokumentation, 17 % bei der Ausgabe, 13 % bei der Verschreibung und 1 % beim Monitoring der Pharmaka auf. Auch wenn Fehler einem einzelnen Mitarbeiter zugeordnet werden können, sind häufig als eigentliche Fehlerursache Mängel in der Gestaltung der Arbeitsbedingungen, der Versorgungsprozesse und der Qualifikation der Mitarbeiter festzustellen (vgl. Tabelle 21, S. 146).

401. Bislang fehlt ein legitimer Raum oder ein geschütztes Forum, um offen und sanktionsfrei über Behandlungsfehler sprechen zu können. Insbesondere trifft dies auf den ambulanten vertragsärztlichen Versorgungssektor zu, wo zudem das in größeren Einrichtungen potenziell fehlervermeidend wirksam werdende „Mehraugenprinzip“ praktisch nicht existiert. Qualitätszirkel und andere ärztliche Gesprächskreise übernehmen diese Funktion allenfalls am Rande, nicht aber strukturiert. Anderen medizinischen Professionen stehen i. d. R. noch weniger Diskussionsforen zur Verfügung. Erst recht gilt dies für den interdisziplinären Austausch. Selten gehören in Deutschland strukturierte Fallkonferenzen z. B. bei unerwarteten Todesfällen oder komplikationsbehafteten Behandlungsverläufen zur klinischen Routine. Die generell niedrige Obduktionsrate trägt ein Übriges zum Nicht-Erkennen möglicher Diagnose- und Behandlungsfehler bei (Höpker, W. W. u. Wagner, S. 1998; Habeck, J. O. u. Waller, H. 1993; Kirch, W. u. Schaffii, C. 1996).

¹¹⁰ In angelsächsischen Publikationen wird häufig zwischen *latent* und *active errors* (bzw. *failure*) unterschieden: „Aktive“ Fehler sind den direkt handelnden Personen unmittelbar zuzuordnen und häufig vergleichsweise leicht erkennbar. „Latente“ Fehler verbergen sich in dem nur einer tiefer greifenden Analyse zugänglichen Handlungsumfeld, das durch kommunikative, organisatorische, prozessuale und strukturelle Mängel die Fehlerentstehung begünstigt oder sogar bedingt (Institute of Medicine 2000; Palm, S. et al. 2002; vgl. Konzept der *latent* und *overt threats*, Abschnitt 4.3).

¹¹¹ 19,4 % aller unerwünschten Ereignisse laut Leape, L. L. (1994); 7,9 % aller Fehlervorwürfe in 903 ausgewerteten internistischen Schlichtungsstellenverfahren laut Scheppokat, K. D. und Held, K. (2002).

Tabelle 21

Unmittelbare Ursachen von Medikationsfehlern^{a)} und zusätzlich wirksame Einflussfaktoren^{b)}

Vermutete Fehlerursache (Mehrfachnennungen möglich)	Anteil an den gemeldeten Fällen in Prozent
Ausführungsmängel	42 (55 in Kombination mit anderer Ursache)
Abweichen vom üblichen Vorgehen (Protokoll)	20 (75 in Kombination mit anderer Ursache)
Übertragung (der Verordnung in der Kurve) nicht korrekt oder vergessen	14
Dokumentationsfehler	13
Fehlerhafte Eintragung in Computer	10
Kommunikationsdefizite	10
Wissensdefizite	9
Mängel im Medikamentenverteilungssystem (Lagerung, Transport etc.)	4
Schriftliche Anweisung (inkomplett, verwirrend etc.)	4
Handschrift (unleserlich etc.)	4
Einflussfaktoren (Mehrfachnennungen möglich)	Anteil an den gemeldeten Fällen in Prozent
Ablenkung	53
Erhöhte Arbeitsbelastung	21
Unerfahrene Mitarbeiter	18
Zahl/Qualifikation der Mitarbeiter unzureichend	11
Schichtwechsel	7
Mitarbeiter übt vorübergehend andere Tätigkeit als gewohnt aus	5
Mitarbeiter vertritt Kollegen (<i>Cross coverage</i>)	4
Aushilfskraft	4
Notfallsituation	3
Keine Apotheke mit 24-Stunden-Bereitschaft	3
Kein Zugang zu Patienteninformationen	2
Arbeitszeit länger als normal	1

a) Die Auswertung beruht auf 38 077 freiwillig gemeldeten Fällen; Mehrfachnennungen beim Fehlertyp waren möglich (40 936 Angaben).

b) Zur Auswertung kamen 10 063 Fälle, in denen zusätzliche Einflussfaktoren angegeben wurden (13 450 Nennungen).

Quelle: Eigene Darstellung nach U. S. Pharmacopeia Convention (2002)

4.3.2 Fehlerursachen innerhalb eines Versorgungsteams oder einer Versorgungseinrichtung

402. Zu den bekannten organisationsinternen Fehlerquellen gehören vor allem Mängel in der Koordination, der Kommunikation und der Informationsweitergabe. Kommunikation zwischen den einzelnen am Versorgungsprozess beteiligten Personen dient nicht allein der reinen Informationsweitergabe, sondern ist auch eine wichtige Voraussetzung für die

vollständige Erfassung der Sachverhalte. Die Defizite bestehen sowohl zwischen den einzelnen Leistungserbringern innerhalb der jeweiligen Institution als auch in der Kooperation und Kommunikation mit Patienten und Angehörigen sowie mit externen Stellen. Je mehr Personen in den Versorgungsprozess involviert sind, um so größer sind die Anforderungen an eine angemessene Kommunikation, Informationsübermittlung und das Schnittstellenmanagement. Das Fehlen von einrichtungs- bzw. abteilungsinternen und -übergreifenden Koordinationsstrukturen, von verbindlichen Vorgaben für die

Ablauforganisation und von internen Leitlinien bzw. *standard operating procedures* (SOPs) wurde als häufig anzutreffende Fehlerursache ermittelt (vgl. Tabelle 22).

Tabelle 22

Organisatorische Mängel als Ursachen von Behandlungsfehlern – Analyse gutachterlicher Begründungen für anerkannte Fehlervorwürfe^{a)}

Fehlerursachen	Anteil
Ungenügende Absprache/Koordination	23
Davon: – zwischen ambulanter und stationärer Versorgung	42
– zwischen niedergelassenen Ärzten	58
Dokumentationsmängel	20
Übernahmeverschulden	13
Mangelhaftes Erkennen und Behandeln von Komplikationen	10
Aufklärungsmängel	7
Hygienemängel	1
Notfallsituation	0,07

a) Angaben in Prozent; analysiert wurden Verfahren vor Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern; ad 100 fehlende Prozent: andere Fehlerursachen.

Quelle: Eigene Darstellung nach Robert Koch-Institut 2001 (vgl. auch Hansis, M. L. 2001b, Scheppokat, K. D. u. Held, K. 2002a und 2002b)

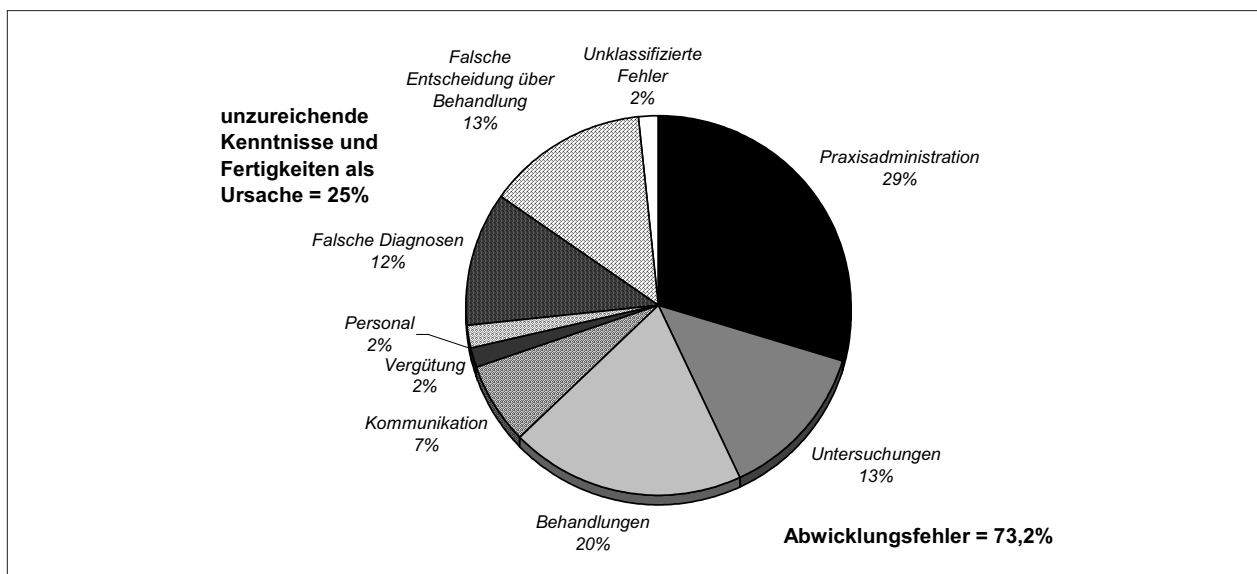
403. Auch eine vorläufige Auswertung von 172 Fehlerberichten aus deutschen Hausarztpraxen lässt erkennen, dass die Mehrzahl der unerwünschten Ereignisse letztlich auf Probleme bei der Organisation, Ablaufkoordination und Kommunikation zurückzuführen sind (Abbildung 22). Als fehlerbegünstigende Faktoren wurden am häufigsten Teamworkfehler (46 Nennungen) angeführt. Es folgten Hektik (21 Nennungen), Unerfahrenheit (19), computerassoziierte Probleme (17), unklare Verantwortlichkeiten (14) und ungenügendes Training des Praxispersonals (10) (Gerlach, F. M., persönliche Mitteilung).

404. Absprachemängel, die zu Fehlervorwürfen führen, betreffen nach deutschen Daten oft die intra- und interprofessionelle Kooperation innerhalb und zwischen den Versorgungssektoren, insbesondere den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. Dies erschwert vor allem das zeitgerechte Erkennen von Komplikationen oder übersehenen Diagnosen sowie die konsistente Behandlung komplexer Krankheitsverläufe (vgl. Tabelle 23, S. 148). Seltener scheinen Kooperationsprobleme zwischen oder innerhalb von Krankenhausabteilungen in Verfahren zur Schadensregulierung eine Rolle zu spielen (Hansis, M. L. 2001). Allerdings zeigt eine aktuelle britische Untersuchung über die Ursachen perioperativer Todesfälle, dass Kommunikationsmängel zwischen den Abteilungen eines Krankenhauses sowie schlechtes Teamwork häufige Teilursache bzw. begünstigende Faktoren für tödliche Verläufe sind (Mayor, S. 2002; www.ncepod.org.uk).

405. In der Verantwortung der einzelnen Einrichtung liegen darüber hinaus die Auswahl hinreichend qualifizierten Personals einschließlich der Erstellung angemessener Dienst- und Einsatzpläne, die Durchführung der betriebsinternen

Abbildung 22

Ursachen unerwünschter Ereignisse in deutschen Hausarztpraxen^{a)}



a) Zur verwendeten Fehlerdefinition und -taxonomie siehe Tabelle 12; ausgewertet wurden 172 anonymisierte freiwillig gemeldete Fehlerberichte aus 20 teilnehmenden Praxen; Erhebungszeitraum März bis Juli 2002.

Quelle: Vorläufige Auswertung der deutsche Daten der PCISME-Studie, zur Verfügung gestellt von Gerlach, F.M. (vgl. auch Makeham, M.A.B. et al. 2002)

Tabelle 23

Ursachen und Folgen ungenügender Koordination bei der Versorgung von unfallchirurgischen Patienten^{a)}

	Nennungen in Prozent (Mehrfachnennungen möglich)
Ort der ungenügenden Koordination	
Innerhalb des Krankenhauses	11,5
Bei Krankenhausentlassung	42,3
Während der ambulanten Behandlung	56,4
Auswirkungen der ungenügenden Koordination	
Verspätetes Erkennen eintretender Komplikationen	35,9
Verschlechtertes Behandlungsergebnis	50,0
Keine nachteiligen Folgen	16,7
Behandlungsfehler festgestellt	34,6
Mutmaßliche Vermeidbarkeit des Koordinationsmangels	
Durch nationale/überregionale Leitlinien	66,7
Durch hausinterne Leitlinien/Arbeitsanweisungen	17,9

a) Auswertung von 345 Gutachten zu Fehlervorwürfen aus dem Bereich der Unfallchirurgie; in 78 Fällen waren Koordinationsdefizite erkennbar, in 35 % dieser Fälle (27 von 78) wurde letztlich ein Behandlungsfehler gutachterlich anerkannt.

Quelle: Eigene Darstellung nach Hansis, M. L. (2001)

Weiter- und Fortbildung bzw. die Zugänglichkeit externer Qualifizierungsmöglichkeiten (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II) sowie die Gewährleistung einer angemessenen Verfügbarkeit von qualifizierten Supervisoren bzw. der fachlichen Aufsicht (z. B. oberärztlicher Hintergrunddienst). Zusammenhänge beispielsweise zwischen Stellenplänen, Arbeitsbelastung und anderen organisatorischen Merkmalen auf das Outcome von Patienten sind empirisch nachgewiesen (Pronovost, P. J. et al. 1999; Tarnow-Mordi, W. O. et al. 2001; Needleman, J. et al. 2002; Fine, J. M. et al. 2002; Pronovost, P. J. et al. 2002; Gaba, D. M. u. Howard, S. K. 2002). Auch Konflikte zwischen einzelnen Mitarbeitern oder interprofessionelle und interdisziplinäre Streitigkeiten, das allgemeine Arbeitsklima und Zeitdruck können zu vermeidbaren Fehlern führen. In der jüngsten Zeit nahm insbesondere die Diskussion über eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Klinikärzten einen breiten Raum ein. Die Überforderung gerade junger Ärzte durch Überstunden, Bereitschaftsdienste, Zunahme der administrativen Tätigkeiten und mangelnde Anleitung trägt unmittelbar zur Entstehung fehlerträchtiger Konstellationen bei.

In der Praxis müssen Lösungen für Dienst- und Arbeitszeitregelungen gefunden werden, die den gesetzlichen Vorgaben genügen und die Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte reduzieren. Dabei müssen die Nachteile häufig wechselnder ärztlicher Betreuung von Patienten im Krankenhaus kompensiert werden. Es konnte z. B. gezeigt werden, dass auf Intensivstationen weniger Kommunikationsdefizite und Übergabefehler auftreten, wenn die Ärzte im Zwei- statt im Drei-Schichtbetrieb arbeiten. Andere Untersuchungen haben Korrelationen zwischen dem Auftreten von Behandlungsfehlern und der Versorgung durch vertre-

tungsweise während der Abwesenheit des eigentlich verantwortlichen Arztes zuständige Ärzte festgestellt (*cross-care*) (Petersen, L. A. et al. 1994 und 1998).

Solche negativen Effekte müssen im Interesse der Patientensicherheit bei der Gestaltung der Einsatz- und Dienstpläne sowie der internen Organisation der Übergaben und der Regelung von Zuständigkeiten gebührend berücksichtigt werden. Eine vollständige, tagesaktuelle Dokumentation aller relevanten Patientendaten, ein gutes Stationsmanagement, das die Möglichkeiten der modernen Informationstechnologie nutzt, und eine gute, zeitnah verfügbare Supervision durch erfahrene (Ober-)Ärzte, die ausreichend über die Patienten informiert sind, wirken sich fehlervermeidend aus. Auch sollten die technische Ausstattung organisationsintern einheitlich und die Versorgungsprozesse so weit wie möglich standardisiert sein, um Fehlermöglichkeiten durch Fehlbedienung oder Mängel in der Ablauforganisation zu minimieren.

406. In Einrichtungen des Gesundheitswesens besteht – insbesondere bei ausgeprägten, falsch gehandhabten hierarchischen Strukturen – nach wie vor die Neigung, Fehler eher zu vertuschen oder (rangniederen) Einzelpersonen anzulasten¹¹², als ihren Entstehungskontext unvoreingenommen zu analysieren, ihre Ursachen zu beheben und konstruktive Fehlervermeidungsstrategien zu entwickeln. Aus ethischen und Effizienzgründen sollte nicht nur der Einzelne aus Fehlern

¹¹² Eine solche Handhabung von Fehlern kann allerdings in kleinen Einrichtungen oder in Einzelpraxen durch das Fehlen von Zeugen, von möglicherweise korrigierend eingreifenden Personen oder von Diskussionspartnern sowie durch unmittelbarer wirksamer werdende ökonomische Anreize begünstigt werden (Scriba, P. 1998).

lernen (traditionell euphemistisch als „Sammeln von Erfahrungen“ umschrieben), sondern möglichst auch die Organisation als Ganzes. Hierzu bedarf es allerdings eines angstfreien und aufgeschlossenen Arbeitsklimas, der gezielten Schaffung eines (hierarchie- und sanktionsfreien) Raumes zum interdisziplinären und interprofessionellen Gespräch und Erfahrungsaustausch, der Sammlung und Analyse von (Beinahe-)Fehlerereignissen sowie der Anwendung geeigneter Arbeitsstrategien zur Implementierung einer „Fehlerkultur“ (vgl. Abschnitt 4.5.1).

4.3.3 Systembedingte Fehlerursachen

407. Bestimmte Strukturmerkmale eines Gesundheitssystems können sich fehlerfördernd auswirken, indem sie die u. U. ungünstigen Rahmenbedingungen für die Handlungen einzelner Leistungserbringer und Institutionen festlegen. Dies gilt beispielsweise für die Behinderung einer adäquaten Kooperation und Informationsweitergabe durch die in Deutschland bestehende Sektorisierung der Versorgung und das mangelhaft ausgebildete Schnittstellenmanagement. Verbesserungen der Informationsübermittlung mittels verstärkter Nutzung moderner Informationstechnologie (z. B. elektronische Patientenakte oder Medikamentenpass) und die Implementierung integrierter Versorgungsbeziehungen können fehlervermeidend wirken, sind jedoch bisher nicht im wünschenswerten Umfang etabliert. Allerdings beseitigen sie nicht die grundsätzlich bestehenden Probleme, sondern helfen lediglich dabei, die Folgen der systemimmanenten Schwächen zu reduzieren.

408. Fehler, die durch Übernahmeverschulden zustande kommen, können in ursächlichem Zusammenhang mit der regionalen Versorgungsstruktur (z. B. Fehlen von spezialisierten Einrichtungen oder unzureichende Organisation des Notfall- und Rettungsdienstes) stehen. Auch die vorhandenen Vergütungssysteme wirken u. U. fehlerfördernd, wenn durch finanzielle Anreize Über-, Unter- und Fehlversorgung begünstigt und etwa einer zeitgerechten Überweisung an kompetentere Behandler bzw. Institutionen entgegenwirkt wird. Die Erbringung und Vergütung von Leistungen ist in Deutschland bislang nicht regelhaft mit dem Nachweis der Einhaltung vorgegebener Qualitätskriterien (z. B. leitliniengerechte Behandlung, Erfüllen von Mindesteingriffszahlen oder Anforderungen an Stellenschlüssel und Ausstattung) verknüpft (vgl. Gutachten 2000/2001, Anhang des Addendums bzw. Abschnitt 6.3 dieses Gutachtens). Fehlerfördernd können sich darüber hinaus hoher Kostendruck oder eine Unterfinanzierung von Versorgungsbereichen oder Einrichtungen auswirken, wenn etwa Investitionen in die notwendige Modernisierung der geräte-technischen Ausstattung unterbleiben oder nicht genügend qualifiziertes Personal eingestellt werden kann.

409. Die Qualifikation von Leistungserbringern wird entscheidend durch die Vorgaben für Inhalte, Qualität und Praxisbezug von Ausbildungsgängen und die Anforderungen an die Gestaltung der Weiter- und Fortbildung beeinflusst. Die kontinuierliche berufsbegleitende Fortbildung kann durch angemessene Anreize bzw. Restriktionen wirksam gefördert werden (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II). In ähnlicher Weise kann sich die Gestaltung von gesetzlichen Vorgaben zur Arbeitszeitregelung fehlerfördernd oder -vermeidend auswirken.

410. Die unzureichende Gestaltung und Durchführung gesetzlicher Auflagen und Kontrollen (etwa zur Einhaltung

von Hygienevorschriften, zur Sicherstellung der Betriebssicherheit von Röntgengeräten, zur Gewährleistung der Zuverlässigkeit von Laboruntersuchungen) oder von Überwachungs- und Meldesystemen in den Bereichen Medikamentensicherheit, Infektionsepidemiologie und nosokomiale Infektionen kann ebenfalls Mitursache von Fehlern in der medizinischen Versorgung sein.

411. Im Sinne von fehlerbegünstigenden *latent threats* wirken sich auch die vom Rat beschriebenen überholten Paradigmen und Versorgungsgewohnheiten im deutschen Gesundheitssystem aus (Gutachten 2000/2001, Band III, Abschnitt 7.4): Die tradierte Versorgungskultur und -struktur mit ihrer systemimmanenten Dominanz von Akutmedizin, Organfixierung und Expertenmeinungen behindert vor allem die angemessene Versorgung chronisch Kranker, weil sie zur Vernachlässigung von Prävention, Rehabilitation, psychischen Aspekten, Patientenpartizipation und Evidenzbasierung führt und dadurch mittelbar Fehlversorgung bzw. Behandlungsfehler und -schäden begünstigt.

4.4 Strategien zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse und Fehler

4.4.1 Vorbilder für Fehlermanagement

412. Im Gegensatz zur Medizin beschäftigt sich die Industrie bereits seit langem mit der Erforschung von Fehlerursachen und der Entwicklung von Fehlerabwehrstrategien. Historisch betrachtet wirkten dabei häufig „Mega(bei-nahe)katastrophen“ handlungsauslösend. Vielzitierte Beispiele sind die Nuklearunfälle von Three Mile Island und Tschernobyl, die Chemieunfälle von Bophal und Seweso sowie Unfälle mit Transportmitteln, insbesondere mit Flugzeugen und Fährschiffen.

Zu den grundlegenden Erkenntnissen aus diesen Fehleranalysen in der Industrie gehört, dass Unfälle und Schäden nur sehr selten aus einem Fehler einer handelnden Person resultieren. Vielmehr sind Schadensereignisse in komplexen Systemen durch nicht lineare Zusammenhänge geprägt: Kleine Veränderungen der Ausgangsbedingungen und für sich allein nicht fehlerauslösende Konstellationen können in einer Kettenreaktion dramatische Konsequenzen haben. Die wichtigste Lehre aus diesen Beobachtungen und Untersuchungsergebnissen für die Sicherheit industrieller Arbeit und Produktion ist, dass wirksame Fehlerprävention die Ursachen an der Wurzel, schon bei der Planung und Implementierung des Systems, erfassen muss (Perrow, C. 1999). Die professions-, einrichtungs- und systemspezifische „Fehlerkultur“, der Umgang mit Fehlern und die realistische Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit sind wichtige Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Fehleranalyse und die Implementierung von Fehlervermeidungsstrategien.

413. In der Luftfahrtindustrie, die in mancher Hinsicht als Vorbild für die Medizin dienen kann, wird schon bei der Systemplanung das Fehlerpotenzial berücksichtigt, und es werden Puffer, Redundanzen und die möglichst weitgehende Automatisierung von Leistungen vorgesehen. Bestimmte komplexe Arbeiten der Piloten erfolgen nach Checkliste; obligatorische Wartungen sind nach Umfang und Intervallen spezifiziert; Training und häufige Zertifizierungen der Piloten sind streng geregelt; Piloten und Fluglotsen sind gehalten, Störungen, gefährliche Ereignisse und Situationen zeitnah zu melden, wobei ihnen Sanktionsfreiheit garantiert wird. Das

Schadensrisiko im Flugverkehr konnte so erheblich gesenkt werden. Wesentlich dazu beigetragen haben auch regelmäßige, intensive gemeinsame Trainings der Crewmitglieder. Das so genannte *Crew Resource Management* der zivilen Verkehrsflughahrt zielt auf die Sicherstellung eines kooperativen und koordinierten, auch in Notfallsituationen effektiven Gebrauchs aller zur Verfügung stehenden menschlichen und technischen Ressourcen (Leape, L. L. 1994a; Sexton, J. B. et al. 2000). Menschliche Faktoren, die systematisch berücksichtigt werden müssen, sind die Schwächen des menschlichen Kurzzeitgedächtnisses und die Folgen von Ablenkung, Schlafmangel, Monotonie bei der Arbeit und Überlastung durch Mängel in der Arbeitsplanung.

414. In der Anästhesie und Intensivmedizin wurden bereits vergleichsweise früh (vgl. Cooper, J. B. et al. 1978) vielfältige Anstrengungen zur Prävention von Behandlungsfehlern und -schäden unternommen. Diese umfassten u. a. technische Lösungen (z. B. verbessertes Monitoring, unterschiedliche Form der Leitungskonnektoren für Narkosegase), die Etablierung von Standards und Leitlinien sowie die systematische Untersuchung von Zwischenfällen. Eine Vorreiterrolle spielt diese Fachdisziplin insbesondere bei der Entwicklung von (Team-)Trainingsprogrammen, in denen am Computer oder im Rollenspiel verschiedene Situationen simuliert und die Reaktionen der Teilnehmer analysiert werden können. Zum Erfolg der Bemühungen trug und trägt wesentlich die Unterstützung durch einflussreiche Vertreter der Disziplin bei. Die 1985 ins Leben gerufene Anaesthesia Patient Safety Foundation unterstützt u. a. die Forschung auf dem Gebiet der Patientensicherheit und war Vorbild für die Gründung anderer ähnlicher Institutionen (Gaba, D. M. 2000; Helmreich, R. L. 2000; Cheney, F. W. 1999; Small, S. D. 1999)¹¹³.

¹¹³ In der Schweiz wurde kürzlich ein *Critical Incidents Reporting System* (www.anaesthesie.ch/cirs/) zur freiwilligen Meldung von unerwünschten Ereignissen im Rahmen von anästhesiologischen Maßnahmen etabliert. Es handelt sich dabei nicht um ein nationales Melderegister, sondern um eine internationale Fallsammlung, die der Diskussion und Fortbildung dienen soll.

415. Da Fehler i. d. R. nur retrospektiv erfasst werden können und je nach Art, Entstehungsumfeld und Schweregrad z. T. nur selten auftreten, ist – wie die Erfahrungen in der Industrie und Luftfahrt gezeigt haben – die Erfassung der viel häufigeren „Beinahefehler“ sinnvoll, zumal sie zu keiner Schädigung von Patienten geführt haben und daher weniger Meldevorbehalte bestehen (Barach, P. u. Small, S. D. 2000a und 2000b). Die Entstehungsbedingungen von *near misses* und die Reaktionen der beteiligten Personen gleichen jedoch prinzipiell denen bei tatsächlich eingetretenen Fehlern, was sie zu wertvollen Indikatoren für die Fehleranalyse und das Qualitätsmanagement macht. Je nach Kontext bieten sich verschiedene Methoden zur Erfassung von (Beinahe-)Fehlern an, wobei auf Freiwilligkeit der Teilnahme und vertrauliche Handhabung der Informationen geachtet werden muss, sofern nicht ein übergeordnetes öffentliches Interesse eine andere Vorgehensweise sinnvoll erscheinen lässt. Zudem sollten die verwendeten Instrumente leicht handhabbar und einfach zugänglich sein (vgl. Tabelle 24).

4.4.2 Internationale Programme¹¹⁴

4.4.2.1 USA

416. In seinem Report *To err is human* unterbreitet das amerikanische Institute of Medicine (Institute of Medicine 2000) eine Reihe an Vorschlägen, wie die Erfassung und Analyse von (Beinahe-)Fehlern in der Medizin verbessert und die Patientensicherheit erhöht werden können. In der folgenden Tabelle sind die Empfehlungen des Institute of Medicine zusammengefasst wiedergegeben (Tabelle 25, S. 151).

417. In den USA arbeiten verschiedene Institutionen bei der Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patienten-

¹¹⁴ Da entsprechende umfassende Aktivitäten in Deutschland bislang fehlen, sollen die hier angeführten internationalen Beispiele das Spektrum der in Betracht kommenden Möglichkeiten für die Gestaltung nationaler Programme zur Reduktion von Fehlern in der Medizin und zur Verbesserung der Patientensicherheit aufzeigen.

Tabelle 24

Charakteristika effektiver Meldesysteme für (Beinahe-)Behandlungsfehler

1. <i>Unabhängigkeit:</i> Datensammlung und -analyse erfolgen getrennt von u. U. disziplinarisch tätigen Kontroll- und Aufsichtseinrichtungen.
2. <i>Grundhaltung:</i> Dank an Meldende, nicht Tadel.
3. <i>Beinahe-Fehler:</i> Sowohl Berichte über eingetretene Fehlerereignisse als auch Beinahe-Fehler werden gesammelt.
4. <i>Feedback:</i> Rasche, nützliche, klar verständliche und leicht zugängliche Rückmeldung an die meldende Person bzw. Einrichtung.
5. <i>Zugänglichkeit:</i> Meldemodalitäten müssen einfach sein.
6. <i>Vertraulichkeit:</i> Möglichkeit zu vertraulicher bzw. entpersonalisierter Meldung.
7. <i>Einrichtungsinterne Meldung:</i> Standardisierte Meldesysteme innerhalb von Einrichtungen und Organisationen.
8. <i>Verpflichtung:</i> Obligatorische Meldesysteme.
9. <i>Konsens:</i> Einvernehmlichkeit über wichtige Einflussfaktoren auf die Fehlerentstehung bzw. -vermeidung.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Department of Health (2000)

Tabelle 25

Empfehlungen des Institute of Medicine zur Verbesserung der Patientensicherheit

<p>Etablierung eines nationalen, staatlich finanzierten „Zentrums für Patientensicherheit“</p> <p>Zu den Aufgaben dieses Zentrums soll es gehören,</p> <ul style="list-style-type: none"> – nationale Zielvorgaben für die Verbesserung der Patientensicherheit zu entwickeln, – Forschungsvorhaben und „Centers of Excellence“ zu fördern, – eine aktive Informations-, Kommunikations- und Disseminationspolitik zu betreiben, – Prototypen von Sicherheitssystemen zu definieren, – Methoden und Materialien zur Fehleranalyse und zur Schulung der Anwender zu entwickeln und zu verteilen sowie – einen jährlichen Report für die politischen Führungsgremien zu erstellen. <p>Dieses Zentrum soll ein weithin sichtbares Signal dafür sein, dass die Bedeutung des Themas erkannt wurde. Patientensicherheit wird zur „Chefsache“. Alle Akteure und Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere die auf der Leitungsebene tätigen Personen, sollen klar und deutlich für die Etablierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit eintreten und diese zu einem expliziten Ziel und Anliegen ihrer Organisationen machen.</p>
<p>Etablierung einer gelebten <i>culture of safety</i></p> <p>Empfohlene Einzelmaßnahmen hierzu:</p> <ul style="list-style-type: none"> – die Implementierung organisationsinterner nicht bestrafender Melde- und Fehleranalysesysteme, – die Vereinheitlichung und Vereinfachung von technischer Ausstattung und Prozessen, – die Durchführung von Trainingsprogrammen, die Methoden des Teamtrainings und der Simulation nutzen, sowie – die Einführung von Verfahren zur sicheren Verteilung von Medikamenten an Patienten.
<p>Einrichtung eines nationalen Meldesystems zur Sammlung und Analyse standardisierter Daten über schwerwiegende Schadensfälle</p> <p>Zur Meldung sollen zunächst Krankenhäuser, eventuell später auch andere Einrichtungen und die ambulanten Leistungserbringer, verpflichtet werden. Ziel ist es nicht, zusätzliche Datenfriedhöfe zu erzeugen, sondern existierende Mängel und Gefahren aufzuspüren und praktikable Wege zu deren Elimination bzw. Minimierung zu finden.</p>
<p>Förderung freiwilliger, nichtstaatlicher Meldesysteme</p> <p>Der Aufbau von und die Teilnahme an freiwilligen, nichtstaatlichen Meldesystemen innerhalb von Einrichtungen sowie einrichtungs- und sektorenübergreifenden Systemen sollen gefördert werden. Sowohl obligatorische, öffentliche als auch freiwillige, vertrauliche Melderegister werden als wichtig angesehen und sollten entsprechend ihrer jeweiligen Vor- und Nachteile nebeneinander betrieben werden. Öffentliches Interesse und der Vorteil einer größeren Teilnahmebereitschaft auf Seiten der Leistungserbringer bei vertraulicher Meldung sind jeweils gegeneinander abzuwägen.</p>
<p>Stärkere Beachtung von Aspekten der Patientensicherheit bei der Entwicklung und Etablierung von Standards in der Medizin</p> <p>Dies soll einerseits auf dem Wege gesetzlicher Regelungen und über Verfahren wie Lizenzierung, Zertifizierung und Akkreditierung geschehen. Andererseits wird auf die Bedeutung professionsspezifischer Werte und Normen hingewiesen, welche die Ausbildung und Berufspraxis prägen und hierüber die Einstellung zu Fehlern und zur Patientensicherheit entscheidend beeinflussen. Die für die Lizenzierung von Leistungserbringern zuständigen Stellen, Fachgesellschaften und anderen Organisationen der Leistungserbringer sollen der Patientensicherheit und Fehlervermeidung größere Aufmerksamkeit widmen. Ihre Kooperation ist vor allem notwendig bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – periodischen Wiederholungsprüfungen und Rezertifizierungen von Ärzten, Pflegepersonal und anderen Leistungserbringern, – der Identifikation von <i>unsafe providers</i>, – der inhaltlichen Einbindung von Patientensicherheit in Ausbildungs- und Zertifizierungsprogramme, – der regelmäßigen Verbreitung von Informationen (z. B. über Kongresse, Zeitschriftenartikel, Internet etc.), – der Berücksichtigung von Patientensicherheitsaspekten in Leitlinien und Standards, – beim Aufbau von Fehlermeldesystemen u. a. m.
<p>Verbesserung der Medikamentensicherheit vor und nach der Zulassung</p> <p>Hierzu sollen die zuständigen staatlichen Stellen z. B. Standards für die gebrauchssichere Gestaltung der Verpackung und Kennzeichnung der Pharmaka vorgeben, bei der Zulassung auf die Vermeidung ähnlicher Vertriebsnamen achten und die zeitnahe Überwachung der Präparate nach Markteinführung sicherstellen.</p>
<p>Einflussnahme durch die Systemnutzer</p> <p>Durch ihr (geändertes) Nachfrageverhalten können Kostenträger und Patienten ebenfalls in Richtung auf mehr Patientensicherheit hinwirken.</p>

Quelle: Eigene Darstellung nach Institute of Medicine (2000) (vgl. auch QuIC 2000)

tensicherheit durch die Vermeidung von Fehlern zusammen¹¹⁵. Bereits 1997 wurde die Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry („Quality Commission“) ins Leben gerufen. 1998 folgte die Einrichtung der Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC), die als Dachorganisation Bemühungen zur Qualitätssicherung koordinieren soll. Ferner wurde das National Forum for Health Care Quality Measurement and Reporting („Quality Forum“) gegründet, das Leistungserbringern, Kostenträgern und Nutzern durch die Einführung standardisierter Instrumente helfen soll, die Qualität der Versorgung leichter zu ermitteln und sicherzustellen.

Diese Einrichtungen werden in ihrer Arbeit durch zahlreiche weitere unterstützt. So fördert die Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) u. a. Forschungsarbeiten zur Analyse von Fehlerhäufigkeiten und -ursachen sowie zur Entwicklung von Techniken zur Fehlerreduzierung. Gefördert werden u. a. Projekte und Untersuchungen zum Einfluss der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen auf die Patientensicherheit (AHRQ 2000a, 2000b, 2001a, 2001b, 2002). Das Department of Defense und das Department of Veterans Affairs, die für die gesundheitliche Versorgung von ca. 11 Millionen Amerikanern zuständig sind, haben computergestützte Systeme zur Medikamentenverordnung und eine elektronische Patientenakte eingeführt. Die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) und die Food and Drug Administration (FDA) sammeln Daten zu unerwünschten Ereignissen beim Einsatz von Medikamenten und medizinischen Hilfsmitteln sowie zu im Krankenhaus erworbenen Infektionen (National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS)). Ferner befassen sich das Institute for Healthcare Improvement (IHI), das Institute for Safe Medication Practices (ISMP) sowie die Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) auf unterschiedliche Weise mit Maßnahmen zur Vermeidung von Fehlern in der medizinischen Versorgung. In vielen Bundesstaaten der USA wurden obligatorische Meldesysteme zur Verbesserung der Patientensicherheit eingeführt. Im privaten Sektor haben sich z. B. einige der größten Unternehmen (u. a. General Motors und General Electric) in der Leapfrog Group zusammengeschlossen. Deren Anliegen ist es, Unternehmen dazu zu ermutigen, die Qualität der medizinischen Versorgung bei der Auswahl ihrer Versicherungsangebote für ihre Arbeitnehmer stärker zu berücksichtigen und z. B. gezielt mit Krankenhäusern zu kooperieren, die weniger Fehler verursachen als andere (QuIC 2000).

418. Eine aktuelle Studie (Blendon, R. J. et al. 2002) weist jedoch darauf hin, dass zwischen den öffentlich diskutierten und propagierten Ansätzen für ein besseres Fehlermanagement und der Sichtweise der befragten Ärzte und Laien deutliche Unterschiede bestehen. Beide Gruppen machen nach wie vor in erster Linie Einzelpersonen für das Auftreten von Fehlern verantwortlich und wünschen entsprechende Sanktionen. Dieses Ergebnis zeigt nach Meinung der Autoren, welche Barrieren es noch zu überwinden gilt, um neuen Umgangsformen mit Fehlern in der Medizin zum Durchbruch zu verhelfen.

¹¹⁵ Welche Detailmaßnahmen die US-Regierung als Reaktion auf den IOM-Report „To err is human“ bereits ergriffen hat, ist u. a. den Publikationen der QuIC zu entnehmen (siehe QuIC 2000 bzw. www.quic.gov). Vergleiche auch Schmacke, N. (2002).

4.4.2.2 Australien

419. Während im Mittelpunkt der amerikanischen Konzepte zur Reduktion von Behandlungsfehlerraten die Entwicklung und Praxiseinführung von Instrumenten zur Identifikation und Vermeidung von Fehlern stehen, verfolgen die mittlerweile in Australien implementierten Programme insoweit einen umfassenderen Ansatz, als sie Maßnahmen zur Fehleridentifikation und -vermeidung eher als eine Ergänzung des allgemeinen Qualitätsmanagements betrachten. Der 1999 veröffentlichte Report „Implementing safety and quality enhancement in health care“ der National Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Health Care (NHPQ 1999) enthält u. a. die in Tabelle 26 wiedergegebenen zehn Empfehlungen für einen nationalen Aktionsplan, für dessen Umsetzung über vier Jahre 17,4 Mio. \$A bereitgestellt werden sollen. Übereinstimmend mit dem IOM-Report wird eine Fehlerkultur gefordert, die von der Bestrafung Einzelner absieht (*beyond blame culture*) und die Verantwortung von Einrichtungen, Kostenträgern, Verbänden und Staat betont.

Tabelle 26

Empfehlungen der National Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Health Care (Nationaler Aktionsplan)

1. Stärkung der Konsumentenpartizipation im Gesundheitswesen.
2. Implementierung evidenzbasierter Gesundheitsversorgung.
3. Verbesserung des zeitnahen Informationsaustausches zwischen allen Akteuren (insbesondere auch zwischen Arzt und Patient) über Aspekte der Versorgungsqualität und über unerwünschte Ereignisse.
4. Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für eine detaillierte Analyse unerwünschter Ereignisse bzw. <i>near misses</i> und für die zeitnahe Veröffentlichung dieser Untersuchungsergebnisse.
5. Konsensbildung über einheitliche Systeme zur Sammlung und Analyse von Zwischenfällen, unerwünschten Ereignissen und Beschwerden.
6. Entwicklung eines nationalen Rahmenplans für die Messung und Bewertung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen.
7. Optimierung der vorhandenen Akkreditierungsverfahren im Hinblick auf die Berücksichtigung von Sicherheits- und Qualitätsaspekten auf der Systemebene.
8. Verringerung der für die Nutzer an den Schnittstellen des Gesundheitssystems entstehenden Probleme.
9. Erforschung und Entwicklung klinischer und administrativer Informationssysteme für die systemübergreifende Anwendung.
10. Konsensbildung über nationale Vorgaben für Schulung und Training aller Leistungserbringer, damit diese wirkungsvoll in Maßnahmen des Qualitätsmanagements und in kooperative Ansätze zur Versorgung einbezogen werden können.

Quelle: Eigene Darstellung nach NHPQ (1999)

420. Die ebenfalls geforderte Einrichtung eines Australian Council for Safety and Quality in Health Care („Safety and Quality Council“) erfolgte im Jahr 2000. Aufgabe dieser Institution ist es,

- die Patientenorientierung des Gesundheitssystems zu fördern,
- die Entwicklung einer Fehlerkultur zu begünstigen, die auf Systemverbesserungen abzielt und nicht mehr auf Sanktionen gegen Individuen,
- die Informationslage über Versorgungsmängel und Fehler zu verbessern,
- praktikable Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit einzuführen sowie
- den australischen Gesundheitsministern jährlich einen Bericht über die aktuelle Situation und den Stand der ergriffenen Maßnahmen vorzulegen (Australian Council for Safety and Quality in Health Care 2002a und 2002b, www.safetyandquality.org).

Da es nach Überzeugung des Safety and Quality Councils für komplexe Systeme wie das Gesundheitswesen keine einfachen Problemlösungswege gibt, werden die Regierung und Organisationen der Leistungserbringer zur Übernahme von Führungsverantwortung aufgefordert. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass ausreichende zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden und sich auch die Nutzer aktiv an den Bemühungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Fehlervermeidung beteiligen sollen.

4.4.2.3 Großbritannien

421. In Großbritannien bildete der im Jahr 2000 erschienene Expertenbericht „An organisation with a memory“ (Department of Health 2000) die Ausgangsbasis für eine umfassende Initiative zur Verbesserung der Patientensicherheit im staatlichen britischen Gesundheitswesen („Building a safer NHS for patients“; www.doh.gov.uk/buildsafenhs). Zur Koordination der Aktivitäten wurde 2001 – wie in dem Report gefordert – eine unabhängige nationale Einrichtung, die „National Patient Safety Agency“, gegründet. Diese soll Informationen über unerwünschte Ereignisse von örtlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens, Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen sowie aus anderen nationalen und internationalen Datenquellen sammeln und analysieren. Die daraus gezogenen Schlüsse sollen in die Versorgungspraxis rückgemeldet werden. Wo Risiken identifiziert werden, sollen Lösungsstrategien entwickelt, nationale Zielvorgaben¹¹⁶ getroffen und Verbesserungsmaßnahmen ergriffen werden.

422. Das in enger Kooperation mit US-amerikanischen und australischen Fachleuten entwickelte britische Programm stellt das Lernen von Organisationen in den Mittelpunkt der Bemühungen. Um das britische Gesundheitssystem zu einer Organisation weiterzuentwickeln, die aus Fehlern effektiv lernt, werden folgende Voraussetzungen als notwendig erachtet:

- Einheitliche Verfahren zur Meldung und Analyse von unerwünschten Ereignissen.
- Eine Kultur des offenen, sanktionsfreien Umgangs mit Fehlern (was nicht bedeuten soll, dass Individuen für ihr Handeln nicht zur Verantwortung gezogen werden können).
- Gezielte Förderung eines aktiven Lernprozesses, der auf die tatsächliche Veränderung der Alltagspraxis abzielt.
- Breite Akzeptanz von „Systemdenken“ bei der Vorbeugung und Analyse von Fehlern sowie dem Lernen aus Fehlern.

423. Als Barrieren für *organisational learning* werden u. a. die folgenden Faktoren angesehen (Department of Health 2000):

- Fokussierung auf das aktuelle Ereignis statt auf die eigentlichen Wurzeln des Problems.
- Starrheit von Grundannahmen, Normen und Werten.
- Kommunikationsdefizite und fehlende Zuständigkeiten.
- Verdrängungsmechanismen, insbesondere wenn die Übermittler der Informationen in den Augen der Betroffenen keine (fachlich) anerkannten Autoritäten sind.
- Klima, das Einzelne zu Sündenböcken und schwarzen Schafen stempelt.
- Stress und Unzufriedenheit mit der Arbeit.
- Fehlende Informationen über Folgekosten.

Wie der britische National Health Service zukünftig mit unerwünschten Ereignissen umgehen und aus Fehlern lernen soll, ist zusammenfassend in Tabelle 27 wiedergegeben.

Tabelle 27

Umgang des NHS mit Fehlern in Vergangenheit und Zukunft

Vergangenheit	Zukunft
Furcht vor Repressalien.	Sanktionsfreie Berichtskultur.
Einzelne „Sündenböcke“.	Individuen werden zur Verantwortung gezogen, wenn gerechtfertigt.
Unverbundene Datenbanken.	Koordination aller Datenbanken.
Zum Teil fehlende Rückmeldung von Untersuchungsergebnissen an Mitarbeiter.	Regelmäßige Rückmeldung an alle Mitarbeiter.
Individuelles Training (Fortbildung) dominiert.	Team-Training als Standardfortbildungsverfahren.
Individueller Fehler im Zentrum.	Systemansatz zur Identifikation von Sicherheitsrisiken und Fehlervermeidungsmöglichkeiten.
Fehlendes Bewusstsein für Fehlermanagement.	Trainings zum Fehlermanagement.
Kurzfristige Problemlösungen.	Nachhaltige Reduktion des Risikos für unerwünschte Ereignisse.
Manipulativer Gebrauch von Daten.	Gewissenhafter Umgang mit Daten.

¹¹⁶ Als nationale Ziele werden u. a. konkretisiert: Keine Todesfälle oder Lähmungen durch rückenmarksnahe Medikamenteninjektionen bis Ende 2001; 25%ige Reduktion der Gerichtsverfahren wegen Schadensfällen in den Disziplinen Gynäkologie und Geburtshilfe bis 2005; Reduzierung der schwerwiegenden Fehler bei Medikamentenverordnungen um 40 % bis 2005; keine Selbstmorde von psychisch kranken Menschen während ihrer stationären Behandlung durch Erhängen an Vorhangstangen u. Ä. bis 2002.

noch Tabelle 27

Unerwünschte Ereignisse häufig als singuläre Geschehnisse bewertet.	Gefahr der Wiederholung gleichartiger Ereignisse wird erkannt.
Lehren aus unerwünschten Ereignissen nur für eigene Einrichtung/Team als relevant betrachtet.	Eigene Lehren werden als bedeutsame Erkenntnisquelle für andere gesehen.
Passives Lernen.	Aktives Lernen.

Quelle: Eigene Darstellung nach Department of Health (2000)

424. Der Report „An organisation with a memory“ und die nachfolgenden Publikationen (Department of Health 2000 und 2001) empfehlen eine Vielzahl von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit durch Fehlervermeidung und Lernen aus Fehlern, die im Detail hier nicht wiedergegeben werden können. In der nachfolgenden Tabelle 28 sind daher lediglich die Themenbereiche benannt.

Tabelle 28

**Empfehlungen des britischen Reports
„An organisation with a memory“**

1. Einführung eines obligatorischen Meldesystems für unerwünschte Ereignisse und Beinahe-Fehler.
2. Etablierung eines Programms, das allen NHS-Mitarbeitern direkt zugänglich ist zur vertraulichen (aber nicht anonymen) Meldung von unerwünschten Ereignissen und Beinahe-Fehlern.
3. Förderung einer „Melde- und Fragekultur“ innerhalb des NHS.
4. Einführung eines einheitlichen Systems zur Fehleranalyse und Dissemination der daraus gezogenen Lehren.
5. Bessere Nutzung der vorhandenen Informationsquellen zu unerwünschten Ereignissen ¹¹⁷ .
6. Verbesserung der Qualität und Bedeutung von Erhebungen und Überprüfungen des NHS mit Bezug zu unerwünschten Ereignissen.
7. Durchführung eines Forschungsprogramms zu unerwünschten Ereignissen.
8. Unterstützung der Mitarbeiter beim Lernprozess durch optimale Nutzung der NHS-Informationssysteme.
9. Sicherstellen einer raschen und konsequenten Umsetzung wichtiger Erkenntnisse.
10. Identifikation von wiederholt auftretenden unerwünschten Ereignissen und Ergreifen zielgerichteter Gegenmaßnahmen.

Quelle: Eigene Darstellung nach Department of Health 2000

¹¹⁷ In Großbritannien zählen hierzu u. a. vertrauliche Melderegister zu Selbsttötungen und Morden durch Personen, die von psychiatrischen Einrichtungen betreut wurden, zu Sterbefällen bei Neugeborenen, Kindern und Müttern sowie zu Todesfällen nach Operationen; das nationale Beschwerdemeldesystem, die NHS Litigation Authority, die Medical Devices Agency und die Medicines Control Agency.

4.4.2.4 Weitere Länder¹¹⁸

425. Maßnahmen, die explizit, d. h. über allgemeine Bemühungen zur Sicherung der Versorgungsqualität hinaus, auf die Reduktion vermeidbarer Behandlungsfehler abzielen, werden beispielsweise auch in Neuseeland und Italien verstärkt ergriffen. So beziehen die in Neuseeland implementierten Regelungen zur ärztlichen Qualifizierung und Zertifizierung Aspekte der Meldung und Analyse von Behandlungsfehlern ein. Der im März 2001 veröffentlichte so genannte Cull-Report erstattet der Regierung Bericht über die hinsichtlich unerwünschter Ereignisse durchgeführte Maßnahmen und die dabei erzielten Fortschritte (Cull, H. 2001; Ministry of Health 2001, www.moh.govt.nz/moh.nsf). Ende 2001 wurde ein im Auftrag des neuseeländischen Gesundheitsministeriums erstellter nationaler Survey zu unerwünschten Ereignissen in öffentlichen Krankenhäusern veröffentlicht (Ministry of Health 2001). In Italien soll das 2002 gegründete Institut Centro Studi San Raffaele Rischio Errori in Medicina (CeSREM, www.cesrem.org) einen Beitrag dazu leisten, die Qualität der italienischen Gesundheitsversorgung und die Patientensicherheit zu verbessern.

4.5 Zwischenfazit

4.5.1 Etablierung einer Fehlerkultur

426. Die professionsspezifische ethische Verpflichtung, zum Wohl der sich ihnen anvertrauenden Menschen zu handeln, prägt die Einstellung der im Gesundheitswesen arbeitenden Ärzte, Pflegekräfte und nicht-ärztlichen Therapeuten: Fehler dürfen nicht passieren, Diagnostik, Therapie und Pflege haben perfekt zu sein. Im Alltag des Berufs gelten Fehler als inakzeptabel. Diese Einstellung führt leicht dazu, dass Ärzte sich und ihr Team für unfehlbar halten und Fehler als Hinweise auf charakterliche Schwächen missdeuten (vgl. Paschen, U. u. Bastek, A. 2002). Es fehlt ein angst-, sanktions- und hierarchiefreier (realer oder virtueller) Raum zur interdisziplinären und interprofessionellen Kommunikation über und Analyse von (Beinahe-)Fehlern.

Auch wenn im Laufe der Jahre jeder Arzt die Erfahrung eigener Fehler macht, bleibt der, „der es war“, oft einsam, gleichsam in einem Vakuum, ohne die erleichternde Möglichkeit, mit Kollegen und Mitarbeitern darüber zu sprechen und gegebenenfalls Unterstützung bei ihnen zu finden. Die Reaktionen auf das entdeckte „Schiefgelaufene“ sind im herkömmlichen System die Sachverhaltsaufklärung zur Bezeichnung des Fehlers, seiner Folgen, der schuldigen Person – und nur selten und ausnahmsweise – der eventuell zu Grunde liegenden Organisationsmängel. Als Antwort auf das unerwünschte Ereignis folgen Training und Sanktionen, also Disziplinierung, Überwachung, Tadel, Ansehensverlust und/oder Bestrafung der Person(en). Aber Fehler und das daraus folgende Patientenleid belasten auch ohnedies den unmittelbaren Verursacher zumeist erheblich (vgl. z. B. Wu, A. W. 2000). Zusätzliche soziale Ächtung und formale Bestrafung verstellen den Blick auf die fehlerverursachenden Bedingungen und be-

¹¹⁸ Auf eine ausführliche Auflistung weiterer nationaler Aktivitäten wird verzichtet, da sich die Programme inhaltlich stark überschneiden.

hindern den prospektiv ausgerichteten produktiven Umgang mit Fehlern: Ein Schuldiger ist gefunden, alle übrigen bzw. das System können weitermachen wie bisher. Gleichzeitig beinhaltet das professionelle Selbstverständnis von Ärzten und Pflegekräften jedoch eine starke, oftmals ungenutzte Motivationsgrundlage zur Teilnahme an Maßnahmen zur Vermeidung von Fehlern.

427. Unter den Bedingungen einer fragmentierten Gesundheitsversorgung fällt es besonders schwer, wirksame Fehlervermeidungsstrategien zu implementieren. Die Verbesserung der Patientensicherheit und die Vermeidung von Fehlern in der medizinischen Versorgung müssen daher ein von allen Akteuren im Gesundheitssystem getragenes Anliegen werden. Die schrittweise Entwicklung einer neuen, offenen Umgangsweise mit Fehlern, die sich nie ganz ausschließen lassen werden, eine am Lernen aus Fehlern und nicht auf die Bestrafung „Schuldiger“ ausgerichtete Fehlerkultur, muss im breiten Konsens aller Beteiligten vorangetrieben werden. Dieser Prozess kann in hohem Maße durch die Vorbildwirkung von Ausbildern und Vorgesetzten gefördert werden.

Die realistische Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit (Sexton, J. B. et al. 2000), notwendigerweise damit auch der Abschied vom Selbst- und Fremdbild des „Halbgottes in Weiß“ oder der immer hingebungsvoll einsatzbereiten Pflegekraft, ist ebenso Bestandteil einer dringend notwendigen neuen Fehlerkultur, wie angemessenes Eingehen auf Beschwerden von Patienten oder Angehörigen. Auch die Neigung, eigene oder fremde Behandlungsfehler dem Patienten oder dessen Angehörigen gegenüber wesentlich zu verschweigen, muss abgebaut werden. Ebenso gilt es, klärungsbedürftige Sachverhalte neutral, d. h. ohne Berücksichtigung des Ansehens der beteiligten Personen, zu untersuchen.

428. Um eine Verunsicherung der Patienten zu vermeiden, bedarf es jedoch einer ausgeprägten Bereitschaft und Fähigkeit zur Kommunikation, insbesondere zur Erläuterung der medizinischen Sachverhalte, der prinzipiell bestehenden Risiken medizinischer Interventionen und der Fehlerbedeutung für den Patienten. Hierdurch lässt sich häufig bereits eine Befriedung des Konfliktes erzielen. Gegebenfalls sollten zwischen den Beteiligten vermittelnde neutrale Mediatoren hinzugezogen werden. Offenheit im Umgang mit Fehlern darf darüber hinaus keinesfalls als Aufforderung zur Eigeninteressen dienenden Denunziation oder zur Jagd nach Schadensersatzzahlungen missverstanden werden. Persönliche Integrität, Kritikfähigkeit und Kommunikationsstärke bzw. die Förderung dieser Eigenschaften im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung ebenso wie in der täglichen Berufspraxis sind von allen Beteiligten zu fordern.

429. Nach außen sichtbare Zeichen eines veränderten Umgangs mit Fehlern können sein:

- eine verbesserte Transparenz von Versorgungsabläufen und Zuständigkeiten,
- die Einrichtung eines funktionstüchtigen, transparenten Beschwerdemanagements, in dem Klagen von Betroffenen auch tatsächlich ihre Adressaten erreichen (vgl. Abschnitt 3.3.1),

- eine verbesserte Übersichtlichkeit und Zugänglichkeit sowie Beschleunigung von Verfahrenswegen zur Fehler- bzw. Schadensfeststellung und -anerkennung,
- eine stärker partizipative Ausgestaltung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern und
- eine Handhabung von Schadensersatzfällen durch Haftpflichtversicherer, bei der auf Hinhaltenaktiken verzichtet wird, die menschliches Leid ignorieren.

430. Der Rat versteht somit unter „Fehlerkultur“ einen aktiven, präventiv ausgerichteten, vorurteilsfreien Umgang mit Fehlern, dem die Erkenntnis zu Grunde liegt, dass Fehler in ihrem Entstehungskontext beurteilt werden müssen und ärztliches Handeln immer Risiken in sich bergen wird. Ein Klima der Offenheit und Sanktionsfreiheit entbindet keineswegs den Einzelnen von der Verantwortung für sein Tun. Es ermöglicht vielmehr erst verantwortliches Handeln, da es das Lernen aus eigenen und fremden Fehlern wesentlich erleichtert. Von einer solchen Fehlerkultur ist eine passive, defensiv ausgerichtete, bürokratische „Sicherheitskultur“, die allzu optimistisch mit hohem Ressourceneinsatz auf die Perfektionierbarkeit aller Abläufe und Strukturen setzt, ebenso abzugrenzen wie eine rein betriebswirtschaftlich ausgerichtete „Risikomanagementkultur“.

4.5.2 Etablierung von Fehlermanagement

431. Aus Sicht des Rates ist es nicht zielführend, die Etablierung von Fehlermanagement- und Patientensicherheitsstrategien in erster Linie mit Hinweisen auf die haftungsrechtliche Situation, die „ausufernde Arzthaftungsjudikatur“ und die „Verrechtlichung der Medizin“ (Ulsenheimer, K. 2001, S. 333) zu begründen. Ihre eigentliche Legitimation finden Maßnahmen zur Fehlervermeidung in der Medizin in der Verantwortung für die Sicherheit von Patienten. Die Vermeidung von Schadensersatzforderungen, die Angst vor materiellen und immateriellen Konsequenzen fehlerhaften Handelns auf Seiten der Leistungserbringer, ist zwar realistischer Weise als ein durchaus berechtigtes Motiv für Fehlermanagement anzusehen. Die Abwehr solcher Gefahren darf jedoch nicht alleiniges oder vorrangiges Ziel für Maßnahmen des Fehlermanagements sein.

432. Fehlermanagement ergänzt mit seinen Maßnahmen und Methoden das bereits etablierte oder sich im Stadium der flächendeckenden Einführung befindliche medizinische Qualitätsmanagement¹¹⁹ bzw. es liefert ihm seine „menschliche“ Legitimation. Die Implementierung eines umfassenden Fehlermanagements innerhalb von Einrichtungen erfolgt sinnvoller Weise in einem mehrstufigen Prozess, dem eine Phase der Sensibilisierung und Motivation der Mitarbeiter vorangeht. Zunächst werden in Kooperation aller Beteiligten gezielt die Schwachstellen im jeweils gegebenen Kontext analysiert und diese Informationen an die Beteiligten rückgemeldet. Anschließend werden Konzepte zur Optimierung entwickelt, gemeinsam an der Umsetzung dieser

¹¹⁹ Hinsichtlich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sei auf die ausführlichen Darlegungen des Rates in seinem Gutachten 2000/2001, Band II, insbesondere Kapitel 2 und 3 hingewiesen.

Empfehlungen gearbeitet und schließlich der Umsetzungserfolg überprüft¹²⁰.

Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit sollten in Zertifizierungs- und Akkreditierungsverfahren, Qualitätsberichten und bei der Bemessung von Haftpflichtversicherungsprämien berücksichtigt werden. Ansätze hierzu sind vorhanden. Überwiegend bedürfen jedoch die zur Anwendung kommenden Vorgaben, die eingesetzten Bewertungsprotokolle und Trainingsmethoden noch einer sinnvollen Anpassung an die Gegebenheiten und Bedürfnisse im Gesundheitswesen sowie der Evaluation (vgl. Schrappe, G. 2001; Vilmar, K. 2002).

433. Als Schritte in die richtige Richtung wertet der Rat beispielsweise

- die Bemühungen verschiedener Institutionen um die Verbesserung der Qualität der ärztlichen Weiterbildung inklusive der Umsetzung der vom Rat empfohlenen Einführung eines Rezertifizierungsverfahrens (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II, Kapitel 1; Gesundheitsministerkonferenz 2002),
- die zunehmende Verbreitung und Akzeptanz von Zertifizierungs- und Akkreditierungsverfahren (unter Berücksichtigung der oben genannten Einschränkungen),
- die neuen gesetzlichen Vorgaben u. a. zur Kontrolle nosokomialer Infektionen (§ 23 Infektionsschutzgesetz), zur Qualitätssicherung in Pflegeheimen (Pflegequalitätssicherungsgesetz), zur Erstellung von Qualitätsberichten oder zur Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (§§ 135a und 137 SGB V); allerdings dienen diese Maßnahmen zwar mittelbar der Patientensicherheit und der Fehlervermeidung, doch der Fokus liegt eher auf reinem Qualitäts- denn Fehlermanagement. Außerdem können die Verpflichtung zur Teilnahme und mögliche Sanktionen negative Effekte haben, insbesondere wenn die für die präventive Fehlervermeidung unbedingt erforderliche Rückmeldung und vorurteilsfreie organisationsinterne Bearbeitung der Ergebnisse nicht gewährleistet sind,
- die verstärkte, vom Rat geforderte (vgl. z. B. Gutachten 2000/2001, Band II, Kapitel 3) und vom Gesetzgeber mittlerweile geförderte Implementierung von evidenzbasierter Medizin, Leitlinien und Health Technology Assessment in die Versorgungspraxis (z. B. § 137e SGB V),
- den Auf- bzw. Ausbau von Registern z. B. im Bereich der Onkologie (regionale Krebsregister sowie Spezialregister für Krebserkrankungen im Kindesalter oder des lymphatischen Systems), der Kardiologie (Herzkatheterregister der Arbeitsgemeinschaft Leitender Kardiologischer Krankenhausärzte (ALKK)) oder der Pneumolo-

gie (CAP-Net zur Datensammlung über außerhalb von Krankenhäusern erworbene Pneumonien) sowie zur Meldung von nosokomialen Infektionen (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System KISS)¹²¹,

- den Aufbau von Kompetenznetzen und Behandlungszentren zur Verbesserung der Versorgung bei bestimmten Indikationen (vgl. Abschnitt 6.3) und
- die Initiativen der Bundesregierung zur Einführung einer elektronischen Patientenakte, die u. U. helfen kann, Medikationsfehler zu vermeiden.

434. Dennoch bleibt festzustellen, dass die Entwicklung, Dissemination, flächendeckende Implementierung und Evaluation von Maßnahmen und Methoden, die ausdrücklich auf die Verbesserung der Patientensicherheit durch modernes Fehlermanagement ausgerichtet sind, der intensiven Förderung bedürfen. Die bestehenden oder im Stadium der Einführung befindlichen Maßnahmen zur externen und internen Qualitätssicherung sollten arbeits- und kostensparend koordiniert werden, um zusätzliche Belastungen durch erhöhten Dokumentationsaufwand zu vermeiden. Der Rat zielt mit seinen Ausführungen nicht auf die Implementierung neuer administrativ-bürokratischer Instrumente, sondern auf eine „kulturelle Evolution“ im Sinne der Etablierung einer prospektiv ausgerichteten Fehlerkultur. Dies geht weit über den Aufbau von Datenbanken etc. hinaus.

435. Die in Abschnitt 4.4 kursorisch vorgestellten Programme anderer Länder bieten zahlreiche Anhaltspunkte dafür, welche Maßnahmen auch in Deutschland ergriffen werden könnten, um die Häufigkeit und die Auswirkungen von Behandlungsfehlern zu reduzieren. In Übereinstimmung beispielsweise mit der Arbeitsgruppe „Patientenrechte in Deutschland“ (2001) und der ÄZQ (2002) sieht der Rat dringenden Bedarf für koordinierte Forschungsaktivitäten zu Behandlungsfehlern und -schäden¹²². Zur Identifikation und Analyse von Fehlern sowie zur Ableitung von Vermeidungsstrategien sollten sowohl die im Rahmen der GKV erfolgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen als auch Datenmaterialien der Haftpflichtversicherer, der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen sowie der Gerichte systematisch genutzt werden. Berichte über Behandlungsfehlerhäufigkeiten und -ursachen sollten Teil der Gesundheitsberichterstattung werden. Der Etablierung neuer Institutionen und Datensammlungen muss jedoch ein Konsens über einheitliche Definitionen von unerwünschten Ereignissen und Fehlern sowie über einheitliche, vernetzbare Erfassungs- und Analyseverfahren vorausgehen.

436. Die Vermeidung von Gefahren und Fehlern hat zwar Vorrang vor der nachträglichen Entschädigung eventuell Betroffener. Da jedoch in der Medizin Fehler nie vollständig vermieden werden können, gehört es auch in den Verantwortungsbereich der Medizin, den Patienten und ihren

¹²⁰ Auf eine detaillierte Darstellung der dabei im Einzelnen zur Anwendung kommenden Verfahren wird an dieser Stelle verzichtet. Diesbezüglich sei auf die Literatur verwiesen (siehe z. B. Palm, S. et al. 2001; Ulsenheimer, K. 2001). Der Rat begrüßt in diesem Zusammenhang ausdrücklich Initiativen wie z. B. den Berliner Gesundheitspreis 2002 der AOK, die ihren Innovationswettbewerb unter das Motto „Qualitätsoffensive in Medizin und Pflege! – Fehlervermeidung und Sicherheitskultur“ gestellt hat und damit zukunftsweisende Praxisprojekte fördern und bekannt machen will.

¹²¹ Auch hier muss auf die bereits angeführten Einschränkungen hingewiesen werden.

¹²² Der Abschlussbericht eines vom ehemaligen Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebenen Gutachtens zu „Möglichkeiten einer koordinierten Medizinschadensforschung“ liegt zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Beitrags noch nicht vor. Die Initiierung eines solchen Projektes wird vom Rat positiv bewertet.

Angehörigen angemessene Möglichkeiten zur Information, Beschwerde, Begutachtung und Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen zu eröffnen. Die Stellung des Nutzers in der Medizin muss gerade da gestärkt werden, wo er am schwächsten ist: Wenn er vermeidbares Leid erfahren hat. In der Art des Umgangs mit Fehlervorwürfen offenbart sich nicht zuletzt, wie weit der Weg bis zu einem offenen, konstruktiven Umgang mit Fehlern in der Medizin, bis zur Etablierung einer präventiv ausgerichteten Fehlerkultur und eines entsprechenden Fehlermanagements noch ist.

4.6 Handlungsoptionen des Patienten bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler

437. Die medizinische Versorgungspraxis verschließt sich im allgemeinen einem unmittelbaren Verständnis und der direkten Nachvollziehbarkeit durch den Laien. Der Patient ist somit immer darauf angewiesen, vom Arzt über seine gesundheitliche Lage und die Möglichkeiten der Hilfe aufgeklärt zu werden. Dennoch kann der Patient in der Regel trotz formal sachgerechter Information das Risiko eines Verfahrens nur bedingt überblicken und in seinen Dimensionen und Auswirkungen abschätzen. Jede medizinische Behandlung gründet somit wesentlich auf dem Vertrauen, das der Patient dem Arzt und den medizinischen Institutionen entgegenbringt.

Ein in der Wahrnehmung des Patienten unbefriedigendes Behandlungsergebnis, selbst wenn im streng wissenschaftlichen und/oder juristischen Sinne kein Fehler mit konsekutiver Schädigung vorliegt, beeinträchtigt oft nicht nur die individuelle Vertrauensbeziehung zwischen Betroffenen und vermeintlich fehlerhaft handelndem Therapeuten, sondern darüber hinaus möglicherweise auch das Vertrauen in das Gesundheitsversorgungssystem als Ganzes. Unter Umständen entwickelt der Betroffene eine für ihn selbst kontraproduktive überkritische Haltung, die ein angemessenes Coping behindert und zudem multiplikative Effekte auf die Einstellung anderer Personen haben kann. Um so wichtiger ist daher die konstruktive Mitarbeit der Leistungserbringer, insbesondere der Ärzte, an der Etablierung transparenter, die Chancengleichheit der Parteien und Partizipationsmöglichkeiten für Patienten garantierender Fehler- und Schadensfeststellungsverfahren.

Auf das Bedürfnis der (u. U. nur vermeintlich) Geschädigten, vor allem eine angemessene Entschuldigung der Verantwortlichen und nicht allein eine rein materielle Entschädigung zu erhalten, wird bislang in der Praxis zu wenig eingegangen. Unangemessenheit des ärztlichen Verhaltens und der Kommunikation sind vielfach wichtige Gründe für Beschwerden und gerichtliche Klagen. Häufige Motive klageführender Patienten sind der Wunsch nach Erklärung und zukünftiger Fehlervermeidung sowie das Bestreben, Ärzte für ihr Handeln zur Verantwortung zu ziehen (Vincent, C. et al. 1994; Neumann, G. 1998; Scheppokat, K. D. u. Held, K. 2002b; vgl. Abschnitt 4.3.1).

438. Fälschlicherweise gehen oft sowohl Ärzte als auch Patienten davon aus, dass eine Bekundung des Bedauerns einem Schuldeingeständnis entspricht. Formal juristisch ist jedoch die bloße Feststellung von Tatsachen, wie etwa ungünstigen Behandlungsverläufen und deren negativen Auswirkungen, und die Bekundung von Anteilnahme keine An-

erkennung eines haftungs- und schadenersatzbegründenden Tatbestandes (vgl. Vilmar, K. 2002). Furcht vor Autoritätsverlust und mangelnde kommunikative Schulung tragen dazu bei, dass Patienten eine Genugtuung in Form einer bedauernden Anteilnahme und offenen Aussprache verweigert wird. Nach Erfahrungen der Verbraucherschutzorganisationen verlaufen Gespräche mit beschuldigten Ärzten nicht zuletzt deshalb häufig unbefriedigend, weil diese von ihren Haftpflichtversicherern dazu angehalten werden, Behandlungsfehler den Patienten gegenüber nicht zuzugeben (BVZV 2001). Nach Auffassung einiger Haftpflichtversicherungen sind Ärzte als Versicherungsnehmer beispielsweise auch nicht berechtigt, ohne vorherige Zustimmung des Versicherers, Gutachter- und Schlichtungsstellen gegenüber Auskünfte zur Sache zu erteilen. Eine solche Praxis (Einstufung sachbezogener Äußerungen als Schuldeingeständnis) wird von der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer als juristisch fragwürdig kritisiert (Tätigkeitsbericht der BÄK 1999/2000). Den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung entsprechend ist ein Versicherungsnehmer zwar nicht berechtigt, ohne vorherige Zustimmung des Versicherers einen Haftpflichtanspruch ganz oder zum Teil anzuerkennen, er darf aber wahrheitsgemäße Äußerungen zur Sache machen. Neutrale „Moderatoren“ bzw. unabhängige Beratungseinrichtungen, die in Streitfällen unbürokratisch vermitteln, können diese wichtige Funktion nur erfolgreich ausüben, wenn den Ärzten und anderen Beteiligten hinreichende kommunikative Freiräume eingeräumt werden.

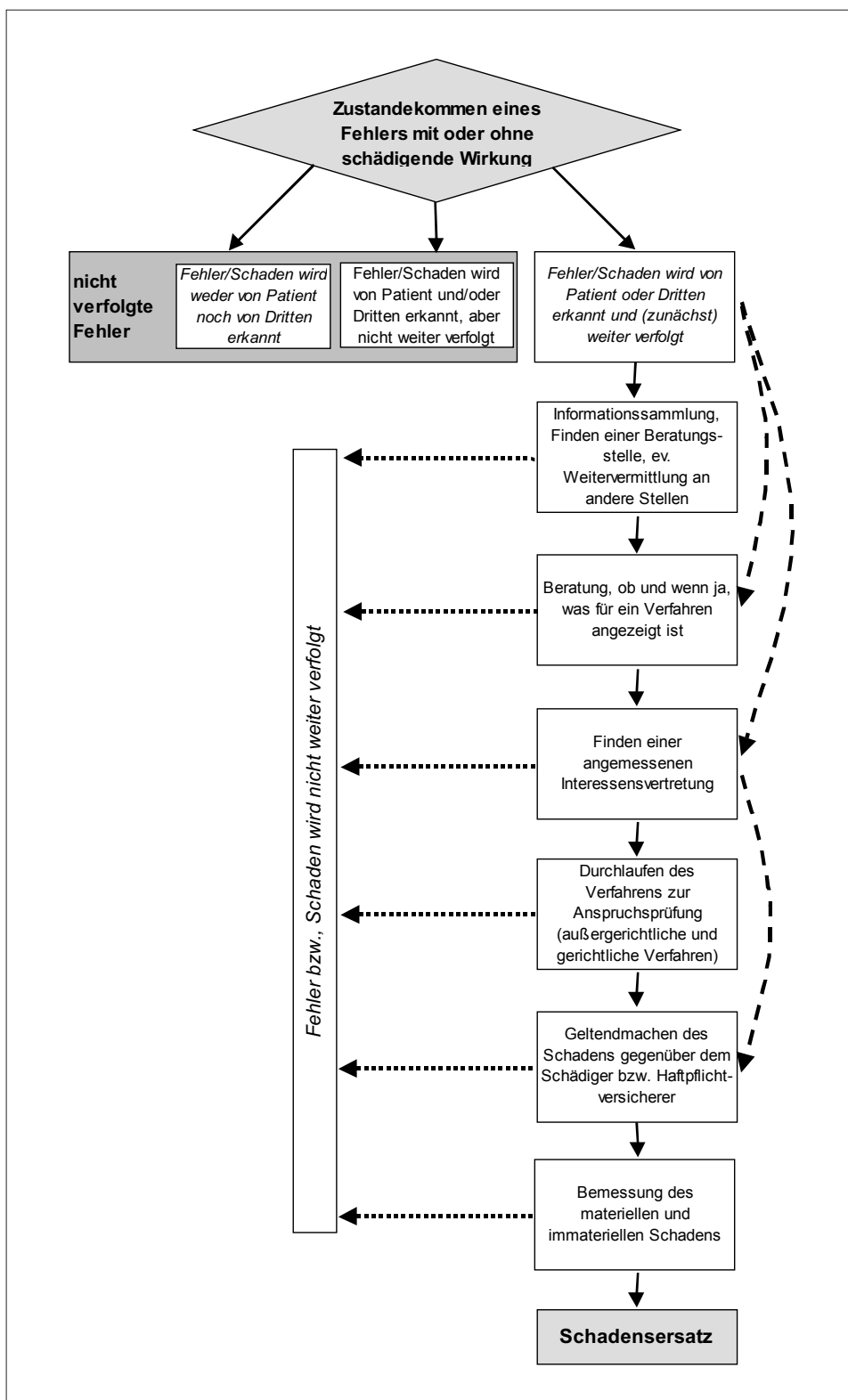
439. Aus Patientenperspektive sind angesichts weitreichender Belastungen, die sich für Betroffene aus medizinischen Fehlern und Schäden ergeben können, besondere Anforderungen an die Schadensregulierung zu stellen:

Ein Fehler muss zunächst überhaupt für den Betroffenen offenkundig werden können, wozu er zum Teil der Information und Hilfestellung durch sachkundige Personen bedarf. Er sollte ohne Schwierigkeiten eine qualifizierte Anlaufstelle für sein Problem und die geeignete Institution für die Vertretung seiner Interessen finden. In einem gerechten und transparenten Verfahren sollte nicht nur das Vorliegen eines Fehlers, sondern auch des daraus eventuell resultierenden Schadens festgestellt werden. Der Patient erwartet, dass der Schaden angemessen bewertet wird und die Schadensersatzansprüche unverzüglich von der Arzthaftpflichtversicherung anerkannt und beglichen werden.

440. Abbildung 23 (S. 158) zeigt die sich aus der Perspektive des Patienten ergebenden möglichen Schritte auf dem Weg zum Schadensersatz. Offensichtlich sind jedoch viele Bürger nicht ausreichend darüber informiert, welche Möglichkeiten ihnen zur Klärung eines vermuteten Behandlungsfehlers zur Verfügung stehen und wie sich der Ablauf eines solchen Verfahrens gestaltet. Als in Frage kommende Ansprechpartner benennen sie vor allem Ärzte und Rechtsanwälte, jedoch nur vergleichsweise selten Krankenkassen, Ärztekammern/Schlichtungsstellen oder Verbraucherzentralen/Patientenberatungsstellen (forsa 2002, vgl. Tabelle 29, S. 159). Auf Informationsdefizite und mangelnde Transparenz der Verfahrenswege weist u. a. auch eine Studie der Verbraucherzentrale Hamburg hin (Verbraucherzentrale Hamburg 2001).

Abbildung 23

Mögliche Schritte auf dem Weg zum Schadensersatz aus der Perspektive des Patienten



Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 29

**Von Bürgern benannte Ansprechpartner
im Falle eines Behandlungsfehlers**

Genannter Ansprechpartner	Nennungen in Prozent ^{a)}
Arzt	33
Rechtsanwalt	32
Krankenkasse	14
Ärztekammer	10
Schlichtungsstelle für Ärzte/Zahnärzte	3
Verbraucherzentrale	3
Patientenberatungsstelle	2
Krankenhaus	2
Familie, Bekannte	1
Rechtsschutzversicherung	1
Selbsthilfegruppe	1

a) Antworten von Befragten, die keinen Behandlungsfehler vermuteten; offene Frage, Mehrfachnennungen waren möglich; vgl. auch Abschnitt 4.2.1.

Quelle: Eigene Darstellung nach forsa (2002)

441. Mangelndes Wissen über die zur Verfügung stehenden Verfahrenswege zur Klärung von Fehlerverdachtsfällen scheint ein wichtiger Grund dafür zu sein, dass Betroffene den von ihnen vermuteten Behandlungsfehler nicht melden. Oft verfolgen sie den Verdacht auch nicht weiter, weil sie die Folgen als wenig schwerwiegend einschätzen oder sie ihre Chancen auf die Anerkennung von Schadensersatzansprüchen als gering einstufen (vgl. Tabelle 30).

Tabelle 30

**Gründe, warum Betroffene einen vermuteten
Behandlungsfehler nicht melden**

Von den Befragten genannte Gründe	Nennungen in Prozent ^{a)}
vermuteter Fehler war nicht so schlimm/schwerwiegend	21
„man hat da sowieso keine Chance“	13
Unwissenheit	12
„zu lange her“	11
„nicht daran gedacht“	8
„unsicher, ob Fehler die Ursache war“	5
Zustand hat sich gebessert	4
„gesundheitlich zu angeschlagen, um mich darum zu kümmern“	4
Behandlungsfehler konnte nicht bewiesen werden	3
zu DDR-Zeiten geschehen	3

a) Antworten von Bürgern, die einen Behandlungsfehler zwar vermutet, jedoch nicht gemeldet bzw. weiterverfolgt hatten (= 96 % von ca. 190 Personen der Ausgangsstichprobe von 1 000 Bürgern ab 16 Jahren); offene Frage, Mehrfachnennungen waren möglich.

Quelle: Eigene Darstellung nach forsa (2002)

442. Die im Auftrag der Bundesregierung unter Mitarbeit zahlreicher Institutionen und Verbände erstellte und im Oktober 2002 vorgelegte Charta „Patientenrechte in Deutschland“ soll helfen, Patienten über ihre Rechte zu informieren. Das Dokument beschreibt in relativ verständlicher Form die aktuelle Rechtslage und gibt allgemeine Hinweise auf bestehende Beratungsmöglichkeiten und Wege zur Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen. Der Rat begrüßt diese Initiative der Bundesregierung. Dieses Papier geht allerdings nicht über bereits vorliegende Informationsmaterialien hinaus (vgl. z. B. Gesundheitsministerkonferenz 1999, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen 2001) und legt lediglich den status quo dar (vgl. Simon, U. 2002). Es erscheint somit fraglich, ob die Patientenrechtecharta selbst bei breiter Dissemination tatsächlich die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen und einen wichtigen Beitrag zu besserer Information, Vertrauen und Patientenschutz liefern kann (Bundesministerium der Justiz 2002).

443. Hierzu bedarf es vor allem auch geregelter, transparenter Informations- und Beschwerdewege für Patienten. Nach wie vor ist jedoch zu beklagen, dass Versicherte und Patienten noch nicht überall kompetente Ansprechpartner für ihre Fragen zu medizinischen Versorgungsleistungen und insbesondere bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler finden. Zur vielfältigen Bedeutung angemessener Informationsmöglichkeiten und zu deren Gestaltungsprinzipien hat sich der Rat bereits verschiedentlich geäußert (vgl. z. B. Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 3 sowie Abschnitt 3.3 dieses Gutachtens). Daher wird an dieser Stelle auf eine ausführliche Darstellung der Defizite in diesem Bereich verzichtet.

444. In Deutschland fehlt bislang ein einheitliches Beschwerdemanagement. Für ein flächendeckend zu etablierendes Beschwerdemanagement lassen sich in Anlehnung an die ACHCEW (Association of Community Health Councils for England and Wales, vgl. Verbraucherzentrale Hamburg 2001, www.patientennavigation.org) folgende Bewertungskriterien formulieren:

1. Transparenz der Verfahrenswege,
2. leichte Zugänglichkeit der Verfahren,
3. rasche Bearbeitung,
4. Unparteilichkeit und Unabhängigkeit der Gutachter und Schiedspersonen,
5. Effizienz der Verfahren aus der Perspektive der Patienten: rascher Schadensersatz durch Haftpflichtversicherungen und qualitätsverbessernde Wirkung der Verfahren,
6. Einheitlichkeit und Verbindlichkeit der Verfahren.

Diese Kriterien können als grobes Bewertungsraster für die Handlungsoptionen der Patienten im Falle eines vermuteten medizinischen Behandlungsfehlers oder -schadens aus einer explizit nutzerorientierten Perspektive dienen¹²³. Bei der Gesamtbewertung der Verfahren müssen zwar zusätzlich auch (berechtigte) Interessen der übrigen Akteure, die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Verfügbarkeit per-

¹²³ Vgl. Bewertung der Verfahren der Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen der Ärztekammern durch die Verbraucherzentrale Hamburg, Abschnitt 4.6.4.

soneller und struktureller Ressourcen berücksichtigt werden. Die Maxime einer nutzerorientierten, partizipativen Gestaltung des Gesundheitswesens erstreckt sich nach Auffassung des Rates jedoch auch auf die Gestaltung der Beschwerdewege für Patienten.

Im Folgenden werden – nach einleitenden Ausführungen zu den Grundzügen des Arzthaftungsrechtes – die derzeit den Betroffenen zur Verfügung stehenden Verfahrensmöglichkeiten dargestellt.

4.6.1 Allgemeine juristische Aspekte der Arzthaftung

4.6.1.1 Die Rechtsbeziehungen zwischen Patient und Arzt

445. Die Behandlungssituation zwischen Patient und Arzt ist – unabhängig von ihren juristischen Besonderheiten – wie kein anderes Vertragsverhältnis auf ein großes Maß an Vertrauen eines Vertragspartners, des behandlungsbedürftigen Patienten, in die fachliche und ethische Kompetenz der Person des anderen Vertragspartners, des behandelnden Arztes gegründet.

Die zivilrechtliche Ausgestaltung des Vertragsverhältnisses zwischen Patient und Arzt richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Spezielle gesetzliche Regelungen, die ausschließlich den ärztlichen Behandlungsvertrag betreffen, enthält das BGB nicht. Es gelten die allgemeinen, auch für andere zivilrechtlichen Vertragsverhältnisse wirksamen Vorschriften, so dass die differenzierte Ausgestaltung der rechtlichen Beziehungen zwischen Patient und Arzt in erster Linie durch die Vorgaben der im Laufe der Zeit ergangenen Gerichtsurteile geprägt ist (Richterrecht). Der Behandlungsvertrag wird juristisch grundsätzlich als Dienstvertrag eingeordnet. Die Arzthaftung im Zivilrecht beruht auf den Bestimmungen des BGB über Vertragsverletzungen und unerlaubte Handlungen. Dabei können sich einzelne Haftungsgrundlagen auch aus anderen Rechtsgebieten wie dem Strafrecht oder dem ärztlichen Standesrecht ergeben, z. B. im Bereich der ärztlichen Schweigepflicht oder dem Datenschutz. Diese vertraglichen und deliktischen Anspruchsgrundlagen für den Patienten bestehen nebeneinander.

446. Der Abschluss des Behandlungsvertrages erfolgt im Normalfall stillschweigend. Der Patient sucht die Behandlung des Arztes; der Arzt wird tätig. Diese stillschweigende Willensübereinstimmung beider Vertragspartner lässt den Behandlungsvertrag zustande kommen. Nach den allgemeinen schuldrechtlichen Vorschriften ist von dem übereinstimmenden Willen der Vertragsparteien auszugehen, dass der Arzt die Maßnahmen ergreift, die von einem aufmerksamen und gewissenhaften Arzt aus berufsfachlicher Sicht seines Fachbereichs vorausgesetzt und erwartet werden (Deutsch, E. 1999; BGH VersR 99, 716), d. h., die Beachtung der in der Wissenschaft allgemein oder überwiegend anerkannten Grundsätze für Diagnose und Therapie, die Beachtung des in medizinischer Praxis und Erfahrung Bewährten, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis Gesicherten. Er muss das von einem durchschnittlich befähigten Arzt verlangte Maß an Kenntnis und Können garantieren.

Der Arzt schuldet dem Patienten vertraglich wie deliktisch die im Verkehr erforderliche Sorgfalt (§ 276 BGB). Diese

bestimmt sich nach dem medizinischen Standard des jeweiligen Fachgebiets, wobei unter „Standard“ der Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft zum Zeitpunkt der konkreten Behandlung verstanden wird.

447. Sachverständige Äußerungen zu typisierten Sachverhalten, wie sie z. B. in Form von Leitlinien vorliegen, können unter Umständen zur Klärung der Frage beitragen, ob der Arzt die erforderliche Sorgfalt angewendet hat. Leitlinien, die i. S. eines „Entscheidungskorridors“ zu verstehen sind, haben weder haftungsbegründende Wirkung bei Abweichungen noch haftungsbefreiende Wirkung bei Befolgung¹²⁴. Die juristische „Verwertbarkeit“ von Leitlinien ist stark abhängig von ihrer Qualität, d. h. von der Erfüllung der Kriterien Evidenzbasierung, praktische Anwendbarkeit, Flexibilität, Klarheit, Multidisziplinarität, planmäßige Revision und Dokumentation, sowie von ihrer Anwendbarkeit auf den zur Verhandlung stehenden Einzelfall. Neue diagnostische und therapeutische Methoden, die in vorliegenden Leitlinien keine Erwähnung finden, sind nicht a priori überflüssig oder gar falsch (Stürmer, K. M. 1997; Francke, R. 2000; Hart, D. 2000).

448. Die Verletzung von Pflichten des Behandlungsvertrages ist in der Regel identisch mit dem Behandlungsfehler¹²⁵. Hierbei ist zu beachten, dass die ärztliche Dienstleistung vor allem ein Handeln darstellt und nur selten auf ein Unterlassen gerichtet ist. Nicht alle Behandlungsfehler führen zu einem Schaden. Selbst wenn durch den Behandlungsfehler ein Schaden verursacht wird, haftet der Arzt nur für Verschulden, und zwar für das eigene (§ 276 BGB) oder das seines Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB). Der Arzt haftet, wenn er schuldhaft und rechtswidrig den Patienten z. B. an Leben, Körper, Gesundheit oder Freiheit verletzt (§ 823 Abs. 1 BGB).

Die sich aus der Haftung des Arztes ergebenden Ansprüche des Patienten leiten sich aus dem allgemeinen Grundsatz des Schadensrechts ab, das auf die Herstellung des Zustandes zielt, der bestehen würde, wenn das schädigende Ereignis nicht eingetreten wäre. Der durch die Verletzung der Integrität (äußere und innere gesundheitliche Beeinträchtigung) des Patienten entstandene Schaden besteht in den Kosten der – versuchten – Heilung und der Pflege, in Vermögensnachteilen durch Vermehrung der Bedürfnisse, in der Aufhebung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Erschwerung des beruflichen Fortkommens. Seit Inkrafttreten des Zweiten Gesetzes zur Änderung schadensersatzrechtlicher Vorschriften im August 2002 besteht ein allgemeiner Anspruch auf Schmerzensgeld bei Verletzung von Körper, Gesundheit, Freiheit und sexueller Selbstbestimmung (§ 253 Abs. 2 BGB). Dieser ist nicht mehr auf Fälle der außervertraglichen Verschuldenshaftung beschränkt, sondern gilt auch für die Vertrags- und Gefährdungshaftung.

449. Die Verjährungsfrist beträgt mittlerweile generell, d. h. sowohl für vertragliche wie deliktische Arzthaftungs-

¹²⁴ Empirische Daten aus den USA belegen, dass in Arzthaftungsprozessen Leitlinien sowohl von Klägern als auch Beklagten zur Untermauerung der eigenen Position benutzt werden (Hyams, A. L. et al. 1995).

¹²⁵ Zu den vertraglichen Pflichten des Arztes gehört auch die Aufklärung des Patienten.

ansprüche, drei Jahre (§ 195 BGB). Die regelmäßige Verjährungsfrist beginnt mit Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Betroffene Kenntnis von dem Schadensfall und der ersatzpflichtigen Person erlangte bzw. ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen (§ 199 Abs. 1 BGB). Das heißt, die Verjährungsfrist beginnt z. B. nicht mit dem Datum der Operation, bei der ein Gegenstand in der Bauchhöhle des Patienten verblieben ist, sondern mit dem Zeitpunkt, zu dem dies dem Patient etwa im Rahmen späterer diagnostischer Maßnahmen bekannt wurde (vgl. BGH NJW 1991, 2350). Schadensersatzansprüche, die auf der Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit oder Freiheit beruhen, verjähren ohne Rücksicht auf ihre Entstehung und die Kenntnis von dem Schaden auslösenden Ereignis nach 30 Jahren (§ 199 Abs. 2 BGB). Es ist üblich, Verfahren vor Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen als „Verhandeln“ im Sinne des § 203 BGB anzusehen, wodurch die Verjährung gehemmt wird. Diese Hemmung umfasst jedoch nur die Verfahrensbeteiligten. Hinsichtlich potenzieller weiterer Schadensersatzpflichtiger ist daher die Einholung eines Verjährungsverzichts sinnvoll (Weizel, I. 1999; vgl. Deutscher Bundestag 1998).

Ärztliche Aufzeichnungen und Röntgenbefunde müssen 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt werden. Für Dokumente z. B. über die Anwendung von Röntgenstrahlen (Strahlentherapie) gilt eine Aufbewahrungsfrist von 30 Jahren. Während Krankenhäuser häufig die Patientenakten tatsächlich 30 Jahre archivieren, werden in Arztpraxen die Unterlagen oft nach Ablauf der zehnjährigen Aufbewahrungspflicht vernichtet.

450. Auch der gebotene, fachgerecht ausgeführte ärztliche Heileingriff diagnostischer wie therapeutischer Art erfüllt nach höchstrichterlicher Rechtsprechung den Tatbestand der Körperverletzung. Ärztliche Behandlung bleibt nur dann straffrei, wenn eine rechtswirksame Einwilligung des Patienten vorliegt bzw. eine solche vorausgesetzt werden kann. Um als rechtmäßig zu gelten, muss die Intervention von einer durch angemessene Aufklärung getragenen Einwilligung des Patienten gedeckt sein (*informed consent*). Ferner muss die Indikation für den Eingriff gegeben sein, die Durchführung *lege artis* erfolgen und nicht gegen die guten Sitten verstoßen. Sind die vorgenannten Bedingungen nicht erfüllt und ist dem Arzt schuldhaftes Handeln nachzuweisen, erfolgt eine Bestrafung.

4.6.1.2 Kausalität und Beweislast im Arzthaftungsrecht

451. Die rechtliche Verantwortung des Arztes für eine bestimmte Folge seiner Tätigkeit setzt voraus, dass ein ursächlicher Zusammenhang sowohl zwischen seinem Verhalten und der eingetretenen Rechtsgutverletzung¹²⁶ (haftungsbe gründende Kausalität) als auch zwischen der Rechtsgutverletzung und dem entstandenen Schaden (haftungsausfüllende Kausalität) besteht.

452. Bei einem „Primärschaden“, d. h. einer durch den Fehler des Arztes unmittelbar verursachten Gesundheitsschädigung, ist der dem Patienten obliegende Kausalitätsbe-

weis nach § 286 Zivilprozessordnung (ZPO) zur Gewissheit des Richters zu führen. Nicht erforderlich ist eine absolute oder unumstößliche Gewissheit im Sinne des wissenschaftlichen Nachweises, sondern nur ein für das praktische Leben brauchbarer Grad von Gewissheit, der Zweifeln Schweigen gebietet, ohne diese völlig auszuschließen. Für Folgeschäden, die erst durch den Primärschaden entstanden sind (weitere Gesundheits- und Vermögensschäden; „Sekundärschäden“) genügt zur Feststellung der Ursächlichkeit die Wahrscheinlichkeit (§ 287 ZPO), d. h., dass mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht (BGH VersR 94, 52).

453. Wird eine bestrittene Tatsache nicht zur Überzeugung des Gerichtes festgestellt, verliert diejenige Partei den Prozess, die die Beweislast trägt. Da Arzthaftungsprozessen spezifische Beweisprobleme immanent sind, ist aus der Perspektive des klagenden Patienten die Frage der Beweislastverteilung von u. U. prozessentscheidender Bedeutung. Der Patient hat nur begrenzten Einblick in das Tun des Arztes, er kennt die Einzelheiten seiner Behandlung nicht, kann sich währenddessen auch regelmäßig nicht um die Beweissicherung kümmern und befindet sich damit typischerweise in Beweisnot (Voß, B. 1999, S. 34)¹²⁷.

454. Andererseits steht der Arzt vor der Schwierigkeit, dass Zwischenfälle, die in der Regel auf ärztliches Fehlverhalten hindeuten, in vielen Bereichen infolge der Unberechenbarkeit des lebenden Organismus ausnahmsweise auch schicksalhaft eintreten können. Um dies im Einzelfall beweisen zu können, müsste der Arzt jede Einzelheit seines Handelns dokumentarisch oder durch Zeugen absichern, was Effektivität und Zügigkeit seiner Behandlung lähmt (Laufs, A. u. Uhlenbruck, W. 1999).

Da der Arzt dem Patienten nicht den Behandlungserfolg schuldet (VersR 91, 315; BGH VersR 95, 539; BGH VersR 99, 60), hat der Patient einen schuldhaften Behandlungsfehler und den Ursachenzusammenhang zwischen dem Fehler und dem geltend gemachten Gesundheitsschaden zu beweisen. Bleibt die Behauptung ungeklärt, ist der Behandlungsfehler zu Lasten des Patienten unbewiesen. Allerdings trägt der Arzt die Beweislast für das Einverständnis des aufgeklärten Patienten in die durchgeführte Behandlung (*informed consent*).

455. Beweislast erleichterungen für Patienten ergeben sich aus folgenden Konstellationen:

- Typische Geschehensabläufe können zum Anscheinsbeweis (*A prima-facie*-Beweis) führen.
- Bei schweren Behandlungsfehlern wird ein Kausalzusammenhang vermutet.
- Bei Dokumentationsmängeln wird vermutet, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme unterblieben ist.
- Bei mangelnder Befunderhebung oder Anfängereingriffen verschiebt sich die Beweislast auf den Arzt.
- Im ärztlicherseits „voll beherrschbaren Risikobereich“ verschiebt sich die Beweislast auf den Arzt.

¹²⁶ Z. B. Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit.

¹²⁷ Detaillierte Empfehlungen für Patienten zur („vorsorglichen“) Beweissicherung finden sich z. B. unter www.docslaw.de.

Ferner bewirkt die Reform des Schadensrechts (Zweites Gesetz zur Änderung schadensersatzrechtlicher Vorschriften), die am 1. August 2002 in Kraft getreten ist, Beweiserleichterungen für den Patienten bei Verdacht auf Schädigungen durch Arzneimittel. Diese sind im Arzneimittelgesetz (AMG) § 84 geregelt.

456. Von Seiten der Patienten- und Verbraucherschutzorganisationen wird immer wieder die Aufgabe der Differenzierung zwischen einem einfachen und schweren Behandlungsfehler und eine generelle Umkehr der Beweislast für die Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Schaden gefordert, weil der betroffene Patient grundsätzlich durch die bestehenden Regelungen benachteiligt würde. Dies wird von den meisten Vertretern der Ärzteschaft, der Juristen, der Haftpflichtversicherer und der Justizbehörden sowohl aus medizinischer wie auch juristisch-systematischer Sicht abgelehnt. Das existierende System führt aus ihrer Sicht zu angemessenen Lösungen und trägt der Gefahrgeneigtheit der ärztlichen Arbeit Rechnung. Zudem entspräche die derzeitige Lösung den allgemeinen Grundsätzen des Haftungsrechts, wonach der Geschädigte den Fehler und den darauf beruhenden Schaden nachzuweisen habe. Eine generelle Umkehr der Beweislast würde zu einer „Verdachtshaftung“ des Arztes führen, bei der ein „Negativbeweis“ fehlender Verursachung faktisch nicht zu führen sei. Im Ergebnis würde der Arzt unabhängig von eigener Verursachung für den Schaden einstehen müssen, was die „Defensiv-Medizin“ fördern würde (Arbeitsgruppe Patientenrechte in Deutschland 2001, Deutscher Bundestag 1998).

4.6.2 Allgemeine Patientenberatung¹²⁸

457. Bislang gibt es in Deutschland keine flächendeckend vorhandenen, unabhängigen, leicht zugänglichen Einrichtungen zur Patienteninformation (vgl. z. B. Verbraucherzentrale Hamburg 2001). Modellvorhaben entsprechend § 65b SGB V laufen erst an (vgl. Abschnitt 3.3.2). Nur wenige der existierenden Stellen bieten juristische Beratung bzw. die Klärung eines Fehler- bzw. Schadensvorwurfes an. Hinweise auf weiterführende Informationsmöglichkeiten und zuständige Stellen werden dort jedoch i. d. R. gegeben. In einigen Städten existieren zwar „Patientenstellen“, z. B. in Berlin, Bielefeld, Bremen, Köln und München angegliedert an „Gesundheitsläden“. Diese arbeiten allerdings häufig auf überwiegend ehrenamtlicher und damit auf einer nicht ausreichenden Basis. Im Bereich der Verbraucherschutzorganisationen hat dagegen eine zunehmende Professionalisierung und Institutionalisierung stattgefunden. Die Verbraucherschutzzentralen widmen sich seit einigen Jahren verstärkt dem gesundheitsbezogenen Verbraucherschutz bzw. der Patientenberatung. Insbesondere die Verbraucherzentralen in Hamburg und Berlin haben entsprechende Angebote entwickelt. Andere Beratungsangebote sind indikations- bzw. zielgruppenspezifisch.

458. Als Modell für eine von verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens kooperativ getragene Patientenberatungsstelle wird im Folgenden die „Unabhängige Patienten-

beratungsstelle Bremen e. V.“ (www.patientenberatung-bremen.de) vorgestellt. Der Trägerverein wurde 1997 von der Bremer Ärztekammer, verschiedenen Krankenkassen (AOK Bremen/Bremerhaven, Landesverband der Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkasse Bremen/Bremerhaven, Handelskrankenkasse), der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V. und dem Land Bremen (Senat für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz) gegründet. Mittlerweile kooperieren auch die Stadt Bremerhaven und die bremische Zahnärztekammer.

Laut Satzung übernimmt die Patientenberatungsstelle in ihrer „Anwaltsfunktion für Patienten“ u. a. folgende Funktionen:

- Allgemeine Information über Behandlungsangebote.
- Bearbeitung von Beschwerden mit dem Ziel, zwischen Patient und Arzt bzw. Krankenhaus oder anderer Einrichtung zu vermitteln. Hierbei sollen Lösungsvorschläge gemacht werden und – falls eine informelle Schlichtung nicht gelingt – die Patienten über weitergehende Möglichkeiten aufgeklärt werden.
- Auswertung der Erfahrungen und Rückmeldung der anonymisierten Informationen an die betroffenen Ärzte oder Einrichtungen.
- Mitwirkung an Qualitätssicherungsmaßnahmen, um die Patientensicht einzubringen.

Die Bearbeitung von Haftpflichtfällen ist explizit nicht Aufgabe der Beratungsstelle. Es werden lediglich allgemeine Hinweise zu möglichen Verfahrenswegen gegeben. Allerdings bemüht man sich bei Fehler- und Schadensvorwürfen um die Einleitung eines Kommunikationsprozesses zwischen den verschiedenen Parteien und übernimmt dabei die Rolle eines neutralen Moderators. Die kostenlosen Beratungsgespräche, für die vier hauptamtliche Mitarbeiter zur Verfügung stehen, finden in erster Linie telefonisch statt; eine Übersicht über die Beratungsthemen gibt Tabelle 31 (S. 163). Die Zahl der ratsuchenden Personen stieg von knapp 2 000 im Jahr 1999 auf ca. 3 200 im Jahr 2001 (Tätigkeitsbericht der Unabhängigen Patientenberatung Bremen e. V. 2001).

Nach Auskunft der Beratungsstelle wird – wie in der Vereinssatzung festgeschrieben – von den Trägern des Vereins kein inhaltlicher Einfluss auf die Beratungstätigkeit ausgeübt. Die Neutralität der Berater bleibe gewahrt. Mittlerweile habe sich die Einrichtung als Institution im Bremer Raum etabliert und werde von allen Kooperationspartnern positiv bewertet.

459. Allerdings waren die Patienten- bzw. Verbraucherorganisationen nicht in die Gründung der „Unabhängigen Patientenberatungsstelle Bremen e. V.“ einbezogen und beteiligen sich bislang auch nicht an dieser Einrichtung. Von ihrer Seite wird diese Einrichtung als nicht unabhängig eingestuft, da sie von Leistungserbringern und Kostenträgern getragen wird. Es sei nicht ausreichend, dass die Mitarbeiter in ihrer persönlichen Beratung weisungsfrei seien, da die Öffentlichkeitsarbeit satzungsgemäß Aufgabe des Vereinsvorstandes sei, dessen derzeitige Vorsitzende die Ärztekammerpräsidentin ist. Außerdem liegt die Geschäftsführung in den Händen der Ärztekammer (Kranich, C. 2000).

¹²⁸ Der Rat verweist zu diesem Punkt auch auf seine ausführlichen Darlegungen zum Thema Patienteninformation im Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 3 sowie beispielsweise im Jahresgutachten 1992, Kapitel 3.

Tabelle 31

Beratungsleistungen^{a)} und -themen der Unabhängigen Patientenberatung Bremen 2001

Gesprächsthemen (Mehrfachnennungen möglich)	Anzahl im Jahr 2001 (Angabe aller Gesprächs- themen in Prozent)
Verordnungsfähigkeit, Zuzahlungen, Gebührenordnung	11,18
Umgang mit Patienten in Einrichtungen und Organisationen	11,03
Haftpflchtprobleme	10,52
Fragen nach einem bestimmten Arzt/Fachrichtung/Schwerpunkt, Krankenhaus, etc.10,01	
Zahnprobleme	8,39
Umgang mit Patienten und Organisationsprobleme in Praxen	8,33
Fragen zur Behandlung bestimmter Krankheiten, nach bestimmten Medikamenten oder Therapien	7,22
Recht auf eigene Unterlagen, Schweigepflicht	5,06
Fragen zu Psychiatrie und Psychotherapie	4,71
Umgang mit Patienten und Organisationsprobleme in Krankenhäusern	3,66
Lebensberatung	3,48
Patiententestament/-verfügung	3,36
Fragen zur Unabhängigen Patientenberatungsstelle	3,06
Sonstiges	2,91
Pflegeversicherung	2,40
Anfragen aus dem öffentlichen Raum	2,37
Anforderung von Broschüren	1,92
Ärztlicher Notfalldienst	0,36
Summe der Gesprächsthemen	N = 3 335 = 100 %
Zahl der anfragenden Personen^{b)}	N = 3 162 = 100 %
Zahl der persönlichen Beratungsgespräche	440

a) Die Beratungen erfolgten überwiegend telefonisch; Zahl der persönlichen Gespräche: Siehe letzte Zeile der Tabelle.

b) Davon waren 71,3 % Frauen.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen nach Angaben der Unabhängigen Patientenberatung Bremen (Tätigkeitsberichte 2001)

Die Arbeit der Bremer Beratungsstelle wurde wissenschaftlich begleitet. Im Evaluationsbericht wurde insbesondere kritisiert, dass die Einrichtung die eingehenden Beschwerden und Nutzerrückmeldungen nicht in ausreichendem Maße in systematische Aktivitäten zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung umsetze und die Betroffenen nicht eingebunden seien. Die Arbeitsweise sei eher auf Beschwichtigung und das Aufrechterhalten des status quo ausgerichtet. Zu selten würden Rückmeldungen ins Versorgungssystem erfolgen und nur ca. 14 % der betroffenen Institutionen, zu denen die Unabhängige Patientenberatungsstelle Kontakt aufgenommen hatte, reagierten überhaupt auf diese Kontaktaufnahme. Ferner wurde auf Seiten der Nutzer eine große Nachfrage nach juristischer Beratung festgestellt. Dieser Bedarf konnte von der Beratungsstelle nicht erfüllt werden (Belschner, W. 2000).

Die Evaluationsergebnisse stützen somit die von Seiten der Patienten- und Verbraucherschutzorganisationen vorgetra-

gene Kritik, die vor allem eine strikte Unabhängigkeit der Patientenberatung von allen anderen Akteuren im Gesundheitswesen fordert. Als einzig „legitime“ Vertreter von Patienteninteressen werden die eigenen Organisationen und deren Einrichtungen angesehen. Folgerichtig haben vor allem die Verbraucherzentralen Hamburg und Berlin ihre gesundheitsbezogenen Beratungsangebote erweitert und professionalisiert. Neben allgemeinen Informationen über Patientenrechte und Leistungsrecht vermittelt z. B. die Verbraucherzentrale Hamburg auch juristische Informationen zu außergerichtlichen und gerichtlichen Verfahren bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler. Eingehende Beschwerden werden seit 1999 systematisch gesammelt (Verbraucherzentrale Hamburg 2001; www.vzhh.de).

460. Insgesamt stufen die Verbraucherzentralen die Situation der unabhängigen Patientenberatung in Deutschland durch Patientenstellen der „Gesundheitsläden“, Verbraucherzentralen, Frauengesundheitszentren, AIDS-Hilfe, etc.

als lückenhaft und nur teilweise hinreichend qualifiziert ein. Es wird eine kontinuierliche Finanzierung und Schulung des Personals gefordert. Die Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen solle mit der Etablierung eines flächendeckenden Beschwerdemanagements verknüpft werden (Verbraucherzentrale Hamburg 2001).

461. Bereits in früheren Gutachten hat der Rat (Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 3 sowie Gutachten 1992, Kapitel 3) die Bedeutung der Nutzerqualifikation durch verständliche, unabhängige Information und Beratung hervorgehoben. Entsprechende Aktivitäten werden u. a. gemäß § 65b SGB V gefördert; die Ergebnisse der Projektevaluationen bleiben abzuwarten (vgl. Abschnitt 3.3.2). Eine adäquate Beteiligung der Betroffenen an Beratungseinrichtungen muss sichergestellt werden. Durch die Etablierung von unabhängigen Einrichtungen mit gefestigten Kooperationsbeziehungen zu allen am Versorgungsgeschehen beteiligten Akteuren könnten hinsichtlich der Beratung und Moderation bei Verdacht auf Behandlungsfehler erfolversprechende Kommunikationswege eröffnet werden, die der Vertretung und Realisierung von Patienteninteressen dienen.

4.6.3 Beratungsleistungen der Krankenkassen gemäß § 66 SGB V

462. Neben der Förderung einer allgemeinen Verbraucher- und Patientenberatung gemäß § 65b SGB V (vgl. Abschnitt 3.3.2) können die gesetzlichen Krankenkassen „die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind [...] unterstützen“ (§ 66 SGB V). Diese Aufgabe geht über die der allgemeinen Patientenberatung hinaus und wird zu wesentlichen Teilen (Gutachtenerstellung) vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) getragen. Ob der MDK tätig wird, entscheidet die Krankenkasse, nicht der Patient. Die Optionen des § 66 SGB V werden von den Kassen in unterschiedlicher Häufigkeit genutzt. Vergleichende Angaben liegen hierzu allerdings nicht vor (Sikorski, R. 2001). Im „Bedarfsfall“ erstellt der MDK Gutachten, die zwar das Vorliegen eines Behandlungsfehlers bestätigen können, jedoch keine („gerichtsfesten“) Aussagen zum entschädigungsbegründenden Kausalzusammenhang zwischen Fehler und eingetretenem Schaden enthalten.

Wie schwierig es ist, den Stellenwert des § 66 bzw. der MDK-Gutachten zu bewerten, zeigt sich u. a. auch darin, dass sie im Bericht der Verbraucherzentrale Hamburg zur Verbraucherinformation bei Gesundheitsleistungen nicht bewertet werden. Zur Begründung heißt es: „... dieser Weg ist für Patienten noch weniger direkt sichtbar als der über die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, da die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung nur über die jeweilige Krankenkassen zugänglich sind. Dadurch ist eine Beschreibung und Bewertung dieses Weges noch sehr viel schwieriger ...“ (Verbraucherzentrale Hamburg 2001).

463. Probleme entstehen bereits bei der Beschaffung der zur Begutachtung notwendigen Unterlagen. Die Krankenkassen können den Versicherten zwar dabei unterstützen, Kopien der Behandlungsunterlagen ausgehändigt zu bekommen. Den Auftrag hierzu muss jedoch der Betroffene erteilen, nur dann sind Krankenhäuser bzw. Ärzte zur Herausgabe der Unterlagen verpflichtet. Mit dem Hinweis auf

datenschutzrechtliche Bestimmungen, die je nach Bundesland unterschiedliche Regelungen vorsehen, wird die Weiterleitung von Krankenunterlagen jedoch häufig verweigert. In der Praxis ist daher davon auszugehen, dass den MDK-Gutachtern oft nicht alle notwendigen Informationen zur Verfügung stehen. Hierunter leidet die Qualität der erstellten Gutachten. Vor diesem Hintergrund setzt sich beispielsweise die Techniker Krankenkasse für die Einführung einer eindeutigen gesetzlichen Regelung auf Bundesebene ein (vgl. Kieckbusch, D. 2002).

464. Vermutlich wirken sich die MDK-Gutachten auf verschiedene Weise selektionierend aus. Wird kein Fehler festgestellt, dürfte dies tendenziell vor allem weniger vermögende, nicht Rechtsschutzversicherte und schlechter informierte Patienten von weiteren Schritten abhalten. Vor allem aus der Perspektive der potenziell betroffenen Ärzte und Haftpflichtversicherer kann dieser Selektionseffekt durchaus erwünscht sein, um die Zahl der Verfahren vor Schlichtungsstellen und Gerichten möglichst gering zu halten. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass Patienten entweder zu Unrecht entmutigt werden und sie ihre Interessen nicht weiter verfolgen oder dass sie auf „die falsche Fährte“ gesetzt werden und erst zu einem späteren Zeitpunkt in einem rechtlich verbindlichen Verfahren einen negativen Bescheid erhalten.

465. Die Medizinischen Dienste der Krankenkassen bemühen sich verstärkt um eine Verbesserung der Gutachtenqualität durch Qualifizierung der Mitarbeiter und die Bildung von Stabstellen. Unter anderem haben sie einen „Leitfaden für die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und MDK bei drittversursachten Gesundheitsschäden, insbesondere bei Behandlungsfehlern“ entwickelt, der eine bundesweit einheitliche Begutachtung sicherstellen soll. Ob sich die Qualität der MDK-Gutachten von denen der Gutachten- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern und der gerichtlich veranlassten Gutachten unterscheidet, kann nicht beurteilt werden, da bisher keine entsprechenden systematischen Auswertungen erfolgt sind bzw. veröffentlicht wurden¹²⁹. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang die Entwicklung und Implementierung einheitlicher Qualitätskriterien für alle Gutachten zur Feststellung von Behandlungsfehlern und -schäden, unabhängig davon von wem und für welches Verfahren sie erstellt werden. Ein entsprechender fachlicher Dialog kommt erst allmählich zu Stande (vgl. Ärztekammer Nordrhein 2002).

Ferner liegen keine Daten darüber vor, wie viele der knapp 10 000 jährlichen MDK-Gutachten tatsächlich auf Initiative von Patienten erstellt werden. Viele Gutachten werden aus eigenem Regressinteresse der Kassen (nach § 116 SGB X) angefertigt und teilweise direkt in außergerichtliche Vergleiche mit den Haftpflichtversicherern eingebracht, ohne dass die betroffenen Patienten oder Ärzte hierüber informiert werden müssen. Erst seit kurzem haben sich die Krankenkassen eine freiwillige Selbstverpflichtung zur Information des eines Behandlungsfehlers verdächtigten Arztes auferlegt (Hansis, M. L., persönliche Mitteilung). Allerdings können Patienten eigene Schadensersatzansprüche u. U.

¹²⁹ Der Rat verkennt dabei nicht, dass auch Gutachten für Schlichtungs- und Gerichtsverfahren teilweise nicht das wünschenswerte hohe Qualitätsniveau erreichen.

leichter durchsetzen, wenn bereits eine von den Kassen erzielte Entscheidung vorliegt.

466. Die Arbeit der MDK-Gutachtenstellen ist von zwiespältigen Anforderungen geprägt: Sollen sie sich in erster Linie als „Vertreter der Patienten“ verstehen, d. h. eindeutig parteiisch sein, eine „neutrale Mediatorenfunktion“ übernehmen und zwischen Patienten und Ärzten vermitteln, tatsächlich die Funktion eines unabhängigen Fachgutachters ausüben oder die Interessen der Krankenkassen vertreten? Die Optionen zur Patientenberatung und Gutachtenerstellung gemäß § 66 SGB V werden von den Krankenkassen als Wettbewerbsinstrumente genutzt, d. h. ihr Einsatz erfolgt nicht „selbstlos“. Die ärztlichen Mitarbeiter des MDK können damit kaum als unabhängig und neutral eingestuft werden. Hier wäre eine eindeutige Positionierung des MDK wünschenswert und der Transparenz dienlich.

467. Es ist durchaus denkbar, dass die Vorgaben des § 66 SGB V konstruktiver umgesetzt werden können als dies zurzeit geschieht, indem sich die Krankenkassen verstärkt an Mediationsprozessen und beispielsweise auch an unabhängigen Patientenberatungsstellen beteiligen, die von mehreren Organisationen und Akteuren im Gesundheitswesen getragen werden. So würden den Patienten Enttäuschungen, die aus der Unverbindlichkeit der MDK-Gutachten entstehen, erspart und alle direkt oder indirekt beteiligten Parteien in einen kommunikativen, auf Interessenausgleich ausgerichteten Prozess eingebunden. Da allerdings die MDK-Gutachten eine kostenlose Informationsmöglichkeit für Patienten darstellen, sollte dieses Angebot prinzipiell erhalten bleiben. Eine sachgerechte Aufklärung der Nutzer über die Limitationen dieses Verfahrens sowie die Sicherstellung einer angemessenen Qualität, Evaluation und Rückmeldung müssen jedoch gewährleistet sein.

4.6.4 Ärztliche Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

468. In den Jahren 1975 bis 1978 errichteten die Landesärztekammern flächendeckend in Deutschland Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen¹³⁰. Auslöser für die Schaffung dieser Einrichtungen war die zunehmende Zahl von Zivil- und Strafprozessen und die damit einhergehende nachhaltige Beeinträchtigung des allgemeinen Arzt/Patienten-Verhältnisses. Patienten sollte die Durchsetzung berechtigter Schadenersatzforderungen aus fehlerhafter ärztlicher Behandlung erleichtert, Ärzte sollten vor unbeachteter Inanspruchnahme geschützt werden.

Ärztlicher und juristischer Sachverstand sollen in einem Konflikt, der aufgrund der unmittelbaren physischen und psychischen Betroffenheit geschädigter oder sich geschädigt fühlender Patienten und in ihrer Berufsehre getroffener Ärzte stets eine hohe emotionale Komponente beinhaltet, durch ein auf Sachlichkeit bedachtes Verfahren die medizinischen und juristischen Probleme klären. Der zwischen

Patient und Arzt ausgebrochene individuelle Streit soll geschlichtet und deren angespanntes Verhältnis so weit möglich verbessert werden.

469. Die Verfahren laufen, mit regionalen Unterschieden¹³¹, nach einem ähnlichen Schema ab:

Patienten oder ihre Angehörige stellen bei der regional zuständigen Stelle einen schriftlichen Antrag auf Einleitung eines Schlichtungsverfahrens. Zuständig ist die Gutachterkommission, in deren Bereich die Behandlung erfolgte. Nach Klärung der Verfahrensvoraussetzungen, was u. a. die Zustimmung der Antragsgegner zur Durchführung des freiwilligen Verfahrens beinhaltet, folgt die Sachverhaltsaufklärung durch Beiziehung entscheidungserheblicher Krankenunterlagen. Dabei wird tendenziell nach dem Amtsermittlungsgrundsatz verfahren, d. h. die Kommission bemüht sich von sich aus, den Sachverhalt vollständig zu klären. Dies führt zu einer verminderten Substantiierungspflicht auf Seiten des Patienten. In Hessen und Rheinland-Pfalz wird allerdings nur die konkret vom Patienten beanstandete ärztliche Behandlungsmaßnahme geprüft.

Der Auswertung der Krankenunterlagen folgt eine medizinische Beurteilung durch die ärztlichen Mitglieder der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Ausnahmsweise (in der Norddeutschen Schlichtungsstelle regelmäßig) werden zusätzlich externe Gutachten hinzugezogen mit anschließender gutachterlicher Bewertung durch das ärztliche Mitglied der Institution. Die Leitung des Verfahrens durch zum Richteramt befähigte Juristen¹³² gewährleistet die Einhaltung der Verfahrensregeln und die Berücksichtigung der für die Beurteilung der Haftungsfrage einschlägigen Gesetze und Rechtsprechung.

Die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen endet entweder mit der Feststellung, ob ein ärztlicher Behandlungsfehler und ein dadurch verursachter Gesundheitsschaden vorliegt oder nicht (Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Saarland, Westfalen-Lippe) oder mit der Feststellung, ob die geltend gemachten Schadenersatzansprüche berechtigt sind oder nicht (Bayern, Norddeutschland, Sachsen), d. h. in diesen Stellen werden zusätzliche juristische Gesichtspunkte mitgeprüft (z. B. Aufklärungsproblematik, Mitverschulden, Beweislastgrundsätze).

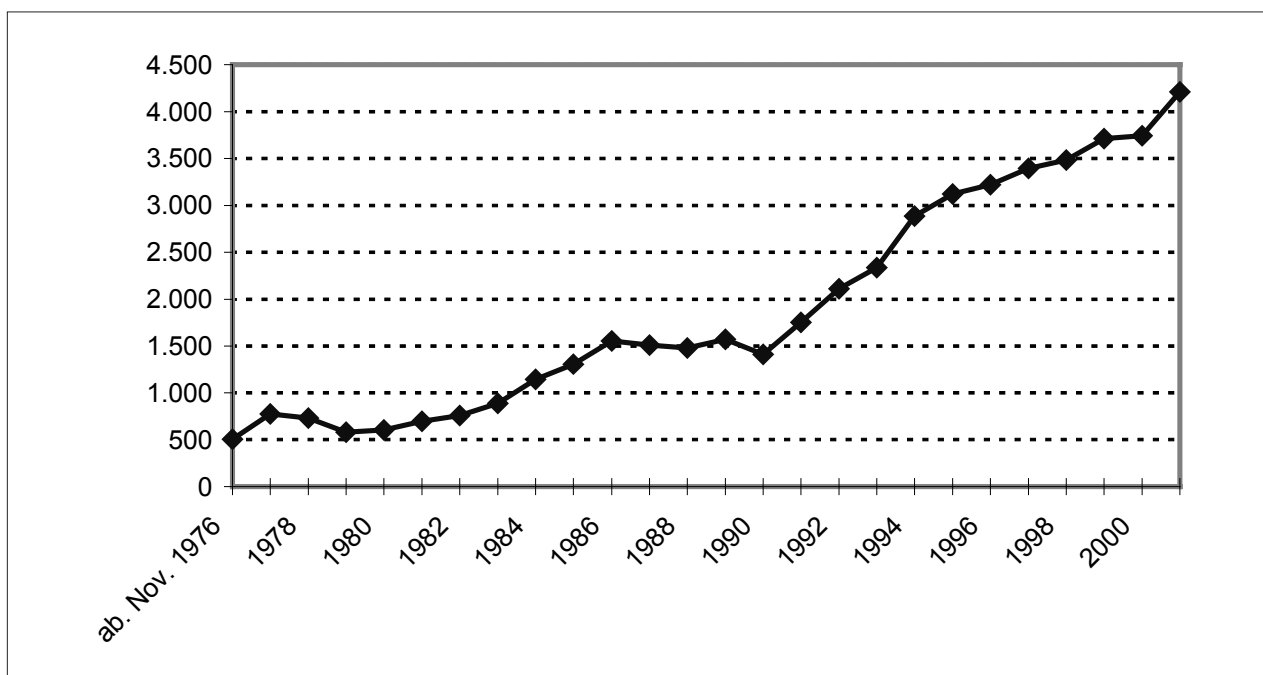
470. Die ärztlichen Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen in Deutschland verzeichnen seit 1975 eine stetig wachsende Zahl von Anträgen (1981: 2 258, 1985: 3 961, 1990: 5 155, 1995: 8 189, 2000: 9 666). Exemplarisch zeigt die folgende Abbildung die Antragsentwicklung bei der norddeutschen Schlichtungsstelle (Abbildung 24, S. 166). Wie bereits im Abschnitt 4.2.1 (vgl. insbesondere Tabelle 13) ausgeführt, wurden im Jahr 2000 in knapp 27 % der unterschiedenen Fälle Behandlungsfehler und kausal darauf zurückzuführende Behandlungsschäden festgestellt. Die Anerkennungquote variierte in diesem Jahr regional zwischen 19 und 30 %, was wahrscheinlich z. T. auf den unterschied-

¹³⁰ Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen unterschieden sich im Wesentlichen dadurch, dass bei den erstgenannten die Haftpflichtversicherer direkt am Verfahren beteiligt sind und sich die Zuständigkeit der Stellen nur auf die bei den entsprechenden Haftpflichtversicherungen versicherten Ärzte bezieht. Die Gutachterkommissionen prüfen dagegen Vorwürfe gegen alle Ärzte der jeweiligen Kammer (vgl. Weizel, II. 1999).

¹³¹ Details der regional sehr unterschiedlichen Verfahrensregeln und Strukturen der Gutachten- und Schlichtungsstellen werden ausführlich bei Weizel, I. (1999) beschrieben (vgl. auch Deutscher Bundestag 1998).

¹³² Bei einigen Gutachten- und Schlichtungsstellen führen allerdings formal Ärzte den Vorsitz.

Abbildung 24

Zahl der bei der Norddeutschen Schlichtungsstelle eingegangenen Anträge^{a)}

a) Zuständig für die Ärztekammerbezirke Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein; ab 1990 zusätzlich für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Quelle: Daten der Norddeutschen Schlichtungsstelle, www.schlichtungsstelle.de/daten/antraege.htm

lichen Verfahrensregeln der einzelnen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen beruht.

471. Die durchschnittliche Verfahrensdauer liegt nach einer auf das Jahr 1996 bezogenen Erhebung (Weizel, I. 1999) zwischen 3 und 15 Monaten. Tendenziell scheinen die Verfahren kürzer zu sein, wenn die zuständigen Stellen vergleichsweise wenige Fälle zu bearbeiten haben. Als Gründe für die in der Vergangenheit zu beobachtende Zunahme der Verfahrensdauer werden u. a. die hohe Belastung der Gutachter und die verzögerte und/oder nicht vollständige Übermittlung von Behandlungsunterlagen genannt. Beispielhaft zeigt Abbildung 25 (S. 167) aktuelle Daten zur Verfahrensdauer vor der Gutachterkommission Westfalen-Lippe.

472. Eine im Jahr 1998 durchgeführte Evaluation (Schepokat, K. D. u. Neu, J. 2002b) des weiteren Verlaufs von 1 200 im Jahre 1992 abgeschlossenen Verfahren der norddeutschen Schlichtungsstelle erbrachte folgende Ergebnisse: Bei den eingegangenen 1 097 Rückantworten handelte es sich in 781 Fällen (71,2 %) um von der Schlichtungsstelle als unbegründet abgelehnte Schadensersatzansprüche; 316 Fälle (28,8 %) waren als begründet bewertet worden. In 280 von 316 Fällen mit anspruchsbefähigendem Bescheid verfolgten die Betroffenen ihre Anliegen weiter. Innerhalb der ca. sechs Jahre seit Abschluss des Verfahrens vor der Schlichtungsstelle hatten die Haftpflichtversicherer in 81,4 % der Fälle einer Regulierung per außergerichtlichem Vergleich zugestimmt. In weiteren 13,9 % der Fälle erfolgte eine Regulierung nach gerichtlichem Vergleich oder Gerichtsurteil.

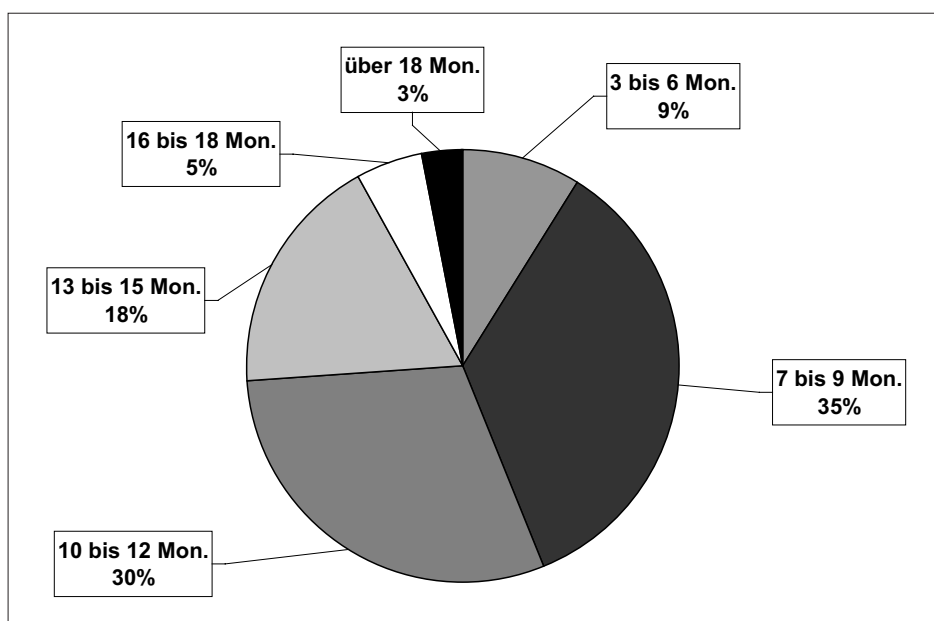
Mit anderen Worten: Fast 28 % der Betroffenen, bei denen von den Schlichtungsstellen ein durch Fehlbehandlung entstandener Schaden festgestellt wurde, erhielten entweder keine materielle Entschädigung oder konnten ihre Forderungen erst auf dem Gerichtsweg durchsetzen¹³³. Angaben darüber, wie lange die Patienten oder deren Angehörige auf den ihnen zuerkannten Schadensersatz warten mussten, sind nicht verfügbar. In den 781 Fällen der Studie, in denen die Patientenansprüche als unbegründet eingestuft worden waren, akzeptierten die Patienten diese Entscheidung in 695 Fällen (89 %) ¹³⁴.

¹³³ Ein Teil der Patienten – in der zitierten Studie 11,4 % – verfolgt von sich aus trotz eines für sie positiven Bescheides den Schadensersatzanspruch nicht weiter. Hierbei soll es sich überwiegend um Fälle handeln, in denen die Gutachter keinen oder nur einen geringen Gesundheitsschaden festgestellt haben (Weizel, I. 1999). Andererseits geht es vielen Patienten nicht in erster Linie um materielle Entschädigung, sondern um Erklärungen, Entschuldigungen oder einen „Denkzettel“ für den Arzt (vgl. Abschnitt 4.6).

¹³⁴ In einer vergleichbaren Analyse von Verfahren der Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein (Weltrich, H. et al. 1998), die ca. 2 Jahre vor der Befragung abgeschlossen worden waren, verfolgten von 290 Patienten bei denen ein Behandlungs- oder Aufklärungsfehler festgestellt worden war 214 (73,8 %) ihren Anspruch auf Schadensersatz weiter. In 119 dieser Fälle (55,6 %) regulierte die Haftpflichtversicherung aufgrund des Bescheides der Gutachterkommission abschließend; in 20 weiteren Fällen nach Einholung eines weiteren Gutachtens. In 25 Fällen liefen noch Regulierungsverhandlungen. Klage wurde in 41 Fällen (19,2 %) erhoben (s. auch Neumann, G. 1998).

Abbildung 25

Verfahrensdauer vor der Gutachterkommission Westfalen-Lippe (Berichtsjahr 2000)



Quelle: Ärztekammer Westfalen-Lippe (2001)

In einzelnen Landesärztekammerbereichen (z. B. Norddeutschland, Baden-Württemberg, Nordrhein und Westfalen-Lippe) durchgeführte Auswertungen haben eine „Prozessvermeidungsquote“ von ca. 90 % ergeben. Die in den restlichen 10 % der Fälle sich anschließenden Zivilprozesse zeigten eine hohe Bestandskraft der Bescheide der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen: Nur in ca. 10 % der gerichtlichen Verfahren resultierte letztlich eine abweichende Entscheidung.

473. Andere Quellen, die allerdings lediglich auf groben Schätzungen beruhen, zeichnen jedoch ein etwas abweichendes Bild: Nach Angaben der Hamburger Justizbehörden gehen 20 bis 50 % der Arzthaftungsprozesse Verfahren vor Gutachterkommissionen voraus, die nach den Erfahrungen des Oberlandesgerichts häufig nicht hinreichend tragfähig seien, um darauf eine gerichtliche Endentscheidung stützen zu können. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie schätzte, dass ca. 85 % der Zivilprozesse Schlichtungsverfahren vorausgingen, wobei die Gerichte in etwa jedem dritten Fall zum selben Ergebnis wie die Schlichtungsstelle kamen (Deutscher Bundestag 1998).

474. In einer Studie zum Beschwerdemanagement in Deutschland (Verbraucherzentrale Hamburg 2001) wurden die Schlichtungs- und Begutachtungsverfahren der Landesärztekammern bewertet (vgl. Tabelle 32; bezüglich der Bewertungskriterien vgl. Abschnitt 4.6). Kritikpunkte sind (neben dem generellen Fehlen eines allgemeinen Beschwerdewesens im deutschen Gesundheitssystem) in erster Linie die Nähe der Stellen zu Ärzteschaft und Haftpflichtversicherern, die fehlende Beteiligung von Patientenvertretern (Ausnahme: Rheinland-Pfalz), die rechtliche Unverbindlichkeit der Bescheide sowie der Mangel an Transparenz und Informationen über die Verfahren.

Tabelle 32

Bewertung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der deutschen Ärztekammern durch Verbraucherschutzorganisationen

Kriterium	Bewertung (Punkte von 0 bis 5) ^{a)}
1. Reguliert, kodifiziert	1
2. Unabhängig	2
3. Sichtbar	2
4. Erreichbar	1
5. Mehrstufig	0
6. Professionell	4
7. Schnell	2
8. Effektiv	2
9. Akzeptiert	2
10. Transparent	1
Durchschnittliche Punktzahl	1,7
Gesamtpunktzahl	17 von 50

a) 5 Punkte = beste Bewertung, 0 Punkte = schlechteste Bewertung.

Quelle: Eigene Darstellung nach Verbraucherzentrale Hamburg (2001)

475. Gleichlautende Kritik wird auch vor allem von Patientenvertretungen geäußert. Aus Sicht dieser Organisationen

werden zudem medizinische Gutachter generell – wegen vielschichtiger potenzieller Berührungspunkte mit den beschuldigten Ärzten – weder als neutral noch als unabhängig eingestuft. Zudem seien sie für den privaten Kläger unbezahlbar. Von einer „Waffengleichheit“ könne somit bereits im Vorfeld der eigentlichen Schadensregulierungsverfahren nicht ausgegangen werden. Ferner werden die Zeitdauer der Gutachten- und Schlichtungsverfahren als zu lang und die Zugangsschwellen zu den Verfahren (kompliziert auszufüllende Formblätter) als zu hoch kritisiert.

Die von den Gutachter- und Schlichtungsstellen positiv bewertete hohe Bestandskraft der Bescheide wird von Patientenvertretern als Präjudizierung empfunden. Zudem folge aus der rechtlichen Unverbindlichkeit der außergerichtlichen Entscheidungen, dass die Versicherungsgesellschaften z. T. jede Möglichkeit nutzten, um Entschädigungszahlungen zu vermeiden oder hinaus zu zögern, selbst in Fällen, deren medizinische Sachverhalte als unstrittig gelten müssen und in denen das Leid der Betroffenen offen zu Tage tritt¹³⁵. Die Haftpflichtversicherer beeinflussen nicht nur das Verhalten der Ärzte den Patienten gegenüber (vgl. Abschnitt 4.6), sondern von ihrer Bewertung der Fehler- bzw. Schadensvorwürfe hängt es ganz entscheidend ab, wie schnell die betroffenen Patienten eine Entschädigung erhalten. Auch nach Meinung neutraler Experten besteht häufig eine ökonomisch motivierte, nicht unbeträchtliche zeitliche Lücke zwischen der gutachterlichen Schadensfeststellung und der Schadensersatzzahlung. Diese Praxis mutet den Betroffenen nicht zu rechtfertigende weitere Belastungen durch „Papierkrieg“ und Zusatzgutachten bis hin zu jahrelangen Gerichtsverfahren durch mehrere Instanzen zu. Eine solche Vorgehensweise der Haftpflichtversicherer untergräbt die Bemühungen um kooperative Konfliktlösungen und das Vertrauen der Betroffenen in die zur Verfügung stehenden Wege zur Schadensregulierung.

476. Nach Ansicht des Rates ist die Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern ein wichtiger Beitrag zur Wahrung von Patienteninteressen. Ein Teil der Kritik von Seiten der Patienten- und Verbraucherorganisationen erscheint zwar berechtigt, eine pauschale Einstufung dieser Einrichtungen als parteilich und intransparent hält der Rat jedoch für überzogen. Die Beurteilung medizinischer Sachverhalte kann nur durch qualifizierte Experten – im Regelfall durch Ärzte – erfolgen. Auch Gerichte und Verbraucherorganisationen sind auf ärztliche Gutachter angewiesen. In einem rechtsstaatlichen System kann die hohe Bestandskraft von Bescheiden der Gutachterkommissionen vor Gericht nicht unwidersprochen als Präjudizierung und Beleg für die Voreingenommenheit von Gutachtern gewertet werden. Sie ist vielmehr teilweise durch die sehr ähnliche Vorgehensweise bei der Erstellung der Gutachten (zu Grunde gelegte Dokumente, Bewertung anhand des medizinischen Standards etc.) und die grundsätzlich bestehenden Probleme der Beweisführung für den Patienten bedingt.

Für die Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern spricht, dass sie flächendeckend vorhanden, deutlich kürzer als Gerichtsverfahren

(vgl. Abbildung 25) und für den Beschwerdeführer kostenlos sind (er trägt lediglich gegebenenfalls seine Anwaltskosten). Sie führen i. d. R. zur Befriedung der sozialen Beziehung der streitenden Parteien und bei Feststellung eines Behandlungsschadens zur Entschädigung des Patienten. Außerdem sind sie bei Ärzten und Haftpflichtversicherern vergleichsweise gut akzeptiert und verfügen über große eigene Sachkompetenz sowie einen Pool bewährter Gutachter. Von den bislang vorhandenen Möglichkeiten zur außergerichtlichen Klärung von Fehlervorwürfen müssen sie als die etablierteste, fachlich kompetenteste und erfolgreichste Institution angesehen werden.

477. Allerdings sieht der Rat eindeutig Bedarf für die Vereinheitlichung der Verfahren vor Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, da die derzeitige Situation zur Ungleichbehandlung der betroffenen Patienten führt, insbesondere hinsichtlich ihrer Mitwirkungsrechte am Verfahren¹³⁶. Nicht zuletzt erschwert die Heterogenität der Verfahren auch die korrekte Beratung der Patienten durch überregionale Beratungsstellen oder durch nicht mit den regionalen Besonderheiten vertrauten Anwälten. Entsprechender Verbesserungsbedarf wurde in der Vergangenheit auch vom Bundesgesundheitsministerium gesehen. Die Ständige Konferenz Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer lehnte zwar aus Verfahrensgründen (landesspezifische Unterschiede der Statute und Gremienzusammensetzungen) den Wunsch des BMG nach einer Musterverfahrensordnung im Sinne einer bundeseinheitlich umzusetzenden Rahmenverfahrensordnung ab. Auch gesetzliche Regelungen, die eine Beteiligung von Patientenvertretern an den Verfahren vorschreiben, wurden abgelehnt. Die Bundesärztekammer hat jedoch ein Eckpunktepapier zur Verbesserung der Verfahrensabläufe verfasst (BÄK 2001 und 2002). Dieses enthält die folgenden Grundsätze:

1. Anträge und wechselseitige Schriftsätze der Verfahrensbeteiligten in den Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen sind allen Beteiligten zur Wahrung rechtlichen Gehörs zur Kenntnis zu geben.
2. Die Bestellung von der Gutachterkommission oder Schlichtungsstelle zu beauftragender auswärtiger Fachgutachter erfolgt nach Anhörung der Beteiligten. Diese erhalten vor Vergabe des Gutachtenauftrages Gelegenheit zur Stellungnahme.
3. Die Beteiligten sollen Gelegenheit erhalten bei der Formulierung des Auftrages an den Gutachter Anregungen mitzuteilen, insbesondere zu haftungsrelevanten Gesichtspunkten. Die Abfassung des endgültigen Gutachtenauftrages obliegt der Gutachterkommission oder Schlichtungsstelle.
4. Diese Gutachten sollen den Verfahrensbeteiligten vor einem abschließenden Bescheid mit der Gelegenheit zur Stellungnahme zur Kenntnis gegeben werden.

¹³⁵ Beispielhaft sei auf das Vorgehen des Haftpflichtversicherers im „Essener Brustkrebskandal“ verwiesen (Ärztezeitung vom 14. und 20. Dezember 2001).

¹³⁶ Siehe auch Deutscher Bundestag 1998. Eine ausführliche Darstellung der Unterschiede in den Verfahrensweisen der regionalen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen findet sich bei Weizel, I. 1999. Die Autorin beschreibt u. a. auch die Verfahrensweise der schweizerischen „Stelle zur Begutachtung von behaupteten ärztlichen Behandlungs- und Diagnosefehlern“, die hinsichtlich einiger Verfahrensmerkmale als Vorbild für deutsche Schlichtungsverfahren diskutiert wird.

5. Die Verfahrensbeteiligten haben das Recht, Einsicht in die Verfahrensakten und beigezogenen Krankenunterlagen zu nehmen, dabei ist die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes zu den offenbarungspflichtigen, objektivierbaren naturwissenschaftlichen Befunden und Behandlungsakten zu berücksichtigen.
6. Die Beteiligten haben die Möglichkeit, zu jedem Zeitpunkt des Verfahrens vorzutragen. Das Verfahren wird grundsätzlich schriftlich durchgeführt. Die in einzelnen Verfahrensordnungen vorgesehene Möglichkeit, den Sachverhalt mündlich mit den Beteiligten zu erörtern, bleibt hiervon unberührt.

478. Im Wesentlichen hält der Rat die oben wiedergegebenen Empfehlungen der Bundesärztekammer zu den Verfahrensgrundsätzen von Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern für geeignet, die Verfahren zu vereinheitlichen, sie transparenter zu machen und den antragstellenden Patienten mehr Einflussnahmemöglichkeiten zu eröffnen. Daher sollten diese Vorschläge schnellstens umgesetzt werden.

Allerdings sollte häufiger als bislang üblich (bzw. anders als es oben formuliert ist) von der Möglichkeit der zusätzlichen mündlichen Verhandlung Gebrauch gemacht werden, auch wenn dies eventuell zur Verlängerung der Verfahren führen kann und u. U. wenig zur Sachverhaltsaufklärung beiträgt, wie von Seiten der Schlichtungsstellen vorgetragen wird (Ärztekammer Westfalen-Lippe 2001, Ärztekammer Nordrhein 2001)¹³⁷. Auf jeden Fall muss für die antragstellenden Patienten erkennbar werden, dass sich die Kommission mit den eingereichten Stellungnahmen gewissenhaft auseinandersetzt. Es ist zu prüfen, ob nicht prinzipiell Patientenvertreter an den Gremien aller Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen beteiligt werden können, wie dies z. B. von der Arbeitsgruppe „Patientenrechte in Deutschland“ (2001) gefordert wird. Hieraus folgt nicht zwangsläufig eine Einflussnahme auf die gutachterlichen Bewertungen als solche. Nach Ansicht des Rates sollte den diesbezüglichen Forderungen der Patienten- und Verbraucherorganisationen nachgekommen werden, da dies die Akzeptanz der außergerichtlichen Schlichtungsverfahren der Ärztekammern erhöhen und der Patientenpartizipation dienen würde.

Ferner erscheint die Zusammenlegung einiger kleinerer Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen sinnvoll, um die Einheitlichkeit, Transparenz und Professionalität der Verfahren zu erhöhen. Dies bietet u. a. den Vorteil eines größeren Erfahrungs- und Gutachterpools (vgl. Deutscher Bundestag 1998). Zudem wirkt es sich auf die Neutralität und Akzeptanz von Gutachtern erfahrungsgemäß positiv aus, wenn die Möglichkeit regionaler Interessenverflechtungen von vornherein weitestgehend reduziert wird¹³⁸.

¹³⁷ Die Umsetzung aller geforderten Verbesserungen der Mitwirkungsrechte der Patienten wird in der Praxis vermutlich nur selten ein solches Vorgehen notwendig machen. Es sollte jedoch die Möglichkeit zur mündlichen Stellungnahme bestehen, da es ein häufig geäußelter Wunsch von Seiten der Patienten ist, hinter dem die Hoffnung steht, sich direkt „Gehör verschaffen“ zu können und unmittelbar am Verfahren beteiligt zu sein.

¹³⁸ Allerdings ist zu prüfen, ob eine solche Umstrukturierung die Abläufe verzögern würde.

479. Ziel sollte es sein, die Strukturen der Schlichtungsgremien und die Abläufe der Verfahren weitestgehend an die von Zivilprozessen anzunähern, ohne jedoch eine „Parallelgerichtsbarkeit“ aufzubauen. Vielmehr sollten alle Optionen zur Verbesserung und Vereinheitlichung der Verfahren insbesondere hinsichtlich der Transparenz und der Mitwirkungsmöglichkeiten für die Beteiligten ausgeschöpft werden. Das Beharren auf dem *status quo* und der Verweis auf die Autonomie der einzelnen Landesärztekammern behindert dies allerdings in einer Weise, die nicht nur den Interessen der Patienten, sondern letztlich auch denen der Ärzte zuwiderläuft. Hier sind zügige, zielgerichtete Aktivitäten der Landesärztekammern zu fordern.

4.6.5 Arzthaftpflichtprozess

480. Schadensersatzansprüche, die sich auf den Vorwurf einer fehlerhaften Behandlung stützen, können auf dem Zivilrechtsweg geltend gemacht werden. Verfahrensbeteiligte im Zivilprozess sind stets Patient und Arzt. Der Arzthaftpflichtversicherer bleibt im Hintergrund, obwohl er – sobald ihm ein Fehlervorwurf gegen einen bei ihm versicherten Arzt bekannt wird, also im Vorfeld etwaiger gerichtlicher Auseinandersetzungen – entscheidet, ob ohne weiteres reguliert, eine außergerichtliche Klärung versucht oder eine gerichtliche Auseinandersetzung geführt wird. Außerdem wählt er auch den Anwalt des Arztes aus und bezahlt diesen.

Der Zivilprozess beginnt mit der Zustellung der Klageschrift. Es müssen die in Anspruch genommenen Haftpflichtigen (Ärzte, Krankenhausträger) bezeichnet und die anspruchsbegründenden Tatsachen (Behandlungsfehler, Verschulden, Schaden) dargestellt werden. Für die behaupteten Tatsachen sind Beweise anzubieten. Der Inhalt der Schriftsätze der Streitparteien und die prozessleitenden Verfügungen des Gerichts bestimmen das Verfahren.

481. Die Zivilprozessordnung schreibt dem Zivilrichter vor, nach der Parteimaxime zu handeln, d. h. er darf grundsätzlich nur das verwerten, was ihm seitens der Prozessbeteiligten vorgetragen wurde. Diese Regel ist in den zivilrechtlichen Arzthaftungsprozessen zugunsten einer gesteigerten Pflicht des Gerichts zur Sachverhaltsaufklärung (Ziel: „Waffengleichheit“ zwischen Patient und Arzt) zwar gelockert, aber nicht aufgehoben.

Zugelassene Beweismittel im Zivilprozess sind Urkunden, Augenschein, Zeugenaussagen und Gutachten. Im Arzthaftpflichtprozess sind dies vor allem Karteikarten, Krankenblätter etc., Zeugen, Vernehmung der Prozessparteien und schließlich als Kernstück das medizinische Sachverständigen-gutachten. Da sich die berufsspezifischen Sorgfaltspflichten eines Arztes in erster Linie nach medizinischen Maßstäben richten, muss der Richter den berufsfachlichen Sorgfaltsmaßstab mit Hilfe eines medizinischen Sachverständigen ermitteln. Er darf den medizinischen Standard nicht ohne Sachverständigengrundlage allein aus eigener rechtlicher Beurteilung heraus festlegen (BGH VersR 95, 659). Diese Gutachten werden schriftlich erstattet, auf Antrag findet eine persönliche Anhörung des Sachverständigen während der Verhandlung statt. In Zweifelsfällen holt das Gericht mehrere Gutachten ein. Zu Zahl und Ausgang der Verfahren liegen nur wenige empirische Daten vor (vgl. Abschnitt 4.2.1).

482. Die Dauer der Verfahren wird – den spärlichen verfügbaren Schätzungen zufolge (Deutscher Bundestag 1998) – für die erste Instanz mit ein bis zwei Jahren, für die Berufungsverfahren mit mindestens einem weiteren Jahr angegeben. Die Verfahren ziehen sich insbesondere dann in die Länge, wenn Sachverständigengutachten mehrerer Fachrichtungen oder Zusatzgutachten eingeholt und ergänzende Stellungnahmen erbeten werden müssen. Die Gerichte beklagen Schwierigkeiten bei der Terminabsprache und lange Wartezeiten auf die schriftlichen Stellungnahmen der oftmals überlasteten Gutachter. Hinreichend qualifizierte Gutachter stünden nicht immer in ausreichender Zahl zur Verfügung.

483. Wiederholt wurde – vor allem von Seiten der Patienten- und Verbraucherschutzorganisationen (siehe z. B. Lanz, H. 1998; BVZV 2001; BAG-NGM 2002; BAGP o. J.) – kritisiert, dass die Verfahren zu lange dauern, selten vor einschlägig spezialisierten Kammern verhandelt werden, die Auswahl der Gutachter durch die Gerichte teilweise unzulänglich sei sowie die an die Gutachter gerichteten Fragen unpräzise formuliert seien. Neben der Länge des Verfahrens ist für den Betroffenen von entscheidender Bedeutung, dass er – auch bei bestehender Rechtsschutzversicherung – selbst in Auftrag gegebene Gutachten aus eigener Tasche bezahlen muss. Fachlich unqualifizierte juristische Beratung, die z. B. zu unrealistisch hohen Schadensersatzforderungen führt oder den Betroffenen von kostenlosen Verfahren vor Gutachten- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern abrät, kann für den Patienten ebenfalls weitreichende negative Folgen haben. Auf Seiten der Haftpflichtversicherer ist eindeutig die Tendenz zu verzeichnen, dass bei zu erwartenden großen Entschädigungssummen oder bei „Präzidenzfällen“ der Gerichtsweg zur Fallentscheidung gesucht wird, selbst wenn bereits außergerichtliche Verfahren durchlaufen wurden. Jahrelange Rechtsstreitigkeiten durch alle Instanzen sind keine Seltenheit.

484. Diese Kritik blieb nicht ungehört und schlug sich beispielsweise in den Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Patientenrechte in Deutschland“ (2001) nieder. Diese hält u. a. die Einrichtung eines auf Arzthaftungsfälle spezialisierten Spruchkörpers bei den Landgerichten für notwendig und geeignet, um die richterliche Fachkompetenz in dieser komplizierten Materie sicherzustellen. Dem wurde durch eine entsprechende Änderung der Zivilprozessordnung mittlerweile bereits Rechnung getragen (§ 348 Abs. 1 Nr. 2 ZPO). Die Arbeitsgruppe „Patientenrechte in Deutschland“ empfiehlt ferner die Verpflichtung der Sachverständigen zur Offenlegung von möglichen Befangenheitsgründen (wozu im Übrigen auch in Empfehlungen zur Abfassung von medizinischen Gutachten geraten wird (Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe), eine Anhebung der Entschädigungen für Sachverständige zur Sicherstellung der Bereitschaft zur Gutachtenerstattung und die Unterrichtung der Gutachter über den Ausgang des Verfahrens durch die Übersendung von Urteilsabschriften. Die Bemühungen der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften und des MDK um die Sicherstellung der Qualifikation der Gutachter und der Qualität der Gutachten werden anerkannt und unterstützt.

485. Ein veränderter Umgang mit Fehlern in der Medizin auf Seiten der Leistungserbringer, insbesondere der Ärzte, der die vielfältigen Umgebungsfaktoren berücksichtigt, die häufig Fehler erst entstehen lassen, sollte

nicht gänzlich ohne Einfluss auf die Rechtsprechung in Schadensersatzfällen bleiben. Daher verweist der Rat auf seine bereits im Gutachten 2000/2001 (Band I, Abschnitt 3.4, Ziffer 412) formulierte Empfehlung zur Prüfung der Möglichkeiten einer verschuldensunabhängigen, d. h. schadensorientierten Haftung. Der Rat ist sich der existierenden Bedenken einer derartigen Regelung gegenüber und der vielen offenen Fragen (z. B. Finanzierung, Risikoabgrenzung, zusätzlicher Anspruch auf Schmerzensgeld) bewusst (vgl. Gutachten 2000/2001, Band I, Abschnitt 3.3.2, Ziffer 395; Deutscher Bundestag 1998; Danzon, P. M. 2000; Arbeitsgruppe Patientenrechte 2001; Verbraucherzentralen Bundesverband 2001; GRB 2001; Fitzjohn, J. u. Studdert, D. 2001).

Die Neufassung des Schadensersatzrechts 2002 (Zweites Gesetz zur Änderung schadensersatzrechtlicher Vorschriften), die u. a. für Patienten bei vermuteten Schäden durch Arzneimittel Beweiserleichterungen und erweiterte Informationsrechte vorsieht, wird als Schritt in diese Richtung gewertet. Die Bedeutung der Gesetzesänderung liegt vor allem in der Einführung eines Schmerzensgeldes für die (verschuldensunabhängige) Gefährdungshaftung. Dies wird vor allem damit begründet, dass erlittene Gesundheitsschäden unabhängig vom Rechtsgrund der Haftung und von der Schuldhaftigkeit der ursächlichen Handlung nach einem Ausgleich (auch des immateriellen Schadens) verlangen. Die Ausgleichsfunktion des Schmerzensgeldes werde zudem von der Rechtsprechung gegenüber der – bei einer verschuldensunabhängigen Haftung irrelevant werdenden – Genugtuungsfunktion des Schmerzensgeldes zunehmend in den Vordergrund gerückt. Außervertragliche und vertragliche Haftung bzw. Gefährdungshaftung und Deliktrecht werden einander hinsichtlich der Maßstäbe für die Gewährung von Schmerzensgeld angeglichen. Außerdem wird mit der Gesetzesänderung eine Angleichung an die Rechtsordnungen anderer europäischer Länder erzielt, die im Allgemeinen für die Gewährung von Schmerzensgeld keine Differenzierung nach dem Verschulden vorsehen (Bundesrat 2001).

Die Einführung einer verschuldensunabhängigen Haftung bei Schäden durch medizinische Behandlungsfehler könnte – geeignete Verfahrensregeln vorausgesetzt – die vorurteilsfreie Analyse von Fehlern unterstützen und einen offeneren Umgang mit Fehlern fördern, und somit der Verbesserung der Patientensicherheit und -zufriedenheit dienen (vgl. z. B. Fitzjohn, J. u. Studdert, D. 2001). Vor allem werden die Verfahren zügiger abgewickelt und die Betroffenen erhalten schneller den ihnen zuerkannten Schadensersatz. Vorschläge für eine Änderung des Arzthaftungsrechtes werden auch im angloamerikanischen Raum diskutiert. So finden sich Vorschläge für eine „*no-fault compensation for medical injuries*“, die Schadensfälle, denen vermeidbare, aber nicht schuldhaft verursachte Fehler in der medizinischen Versorgung zu Grunde liegen, von fahrlässig entstandenen Schädigungen abgrenzt und ohne Individuen bezogenen Schadensnachweis entschädigt (Studdert, D. M. u. Brennan, T. A. 2001).

4.7 Fazit und Empfehlungen

Etablierung einer neuen Fehlerkultur

486. Die Entwicklung des Qualitätsmanagements in der Medizin hat innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte einen nach-

haltigen Aufschwung erfahren und stellt heute einen eigenen expandierenden Arbeits- und Forschungsbereich dar. Viele der gebräuchlichen Instrumente arbeiten mit retrospektiven Ansätzen (z. B. Perinatal-Statistiken, Autopsie-Studien), andere, wie EbM-basierte Leitlinien, verfolgen eine prospektive Strategie und dienen dem Ziel der präventiven Fehlervermeidung, indem sie optimale Versorgungswege beschreiben. Das Ausmaß an offenkundigen und zu vermutenden Schäden, die sich aus Fehlbehandlung für Patienten ergeben, erfordert jedoch eine weitere Dimension der Qualitätssicherung. Es gilt, eine neue Kultur des Umgangs mit dennoch auftretenden Fehlern zu etablieren: Fehler sollten als systematisch zu erfassende Komponenten bei der Outcome-Betrachtung der Versorgung behandelt werden und via systematischem Feedback einen regulierenden Einfluss auf die etablierten Strategien von Qualitätssicherung und -management ausüben. Neben die primär auf Fehlervermeidung angelegten Strategien des Fehlermanagements muss als zweites Standbein eine systematisierte, in allen Versorgungsbereichen greifende Fehlererkennung und -kommunikation treten.

487. Eine solche Fehlerkultur und präventives Fehlermanagement müssen auf mehreren Ebenen ansetzen (vgl. Abbildung 26).

488. Aus Sicht des Rates wird nur ein umfassender, durch Vielfalt der Ebenen und intensive Kommunikation geprägter Ansatz den Ursachen der Fehlerentstehung, der Komplexität des medizinischen Versorgungssystems und dem Ziel der Verbesserung der Patientensicherheit gerecht. Es gilt, Aspekte der Patientensicherheit zu integralen Bestandteilen der Gesundheitsversorgungsprozesse zu machen. Ein solches Vorgehen eignet sich wesentlich besser zum Schutz der Patienten vor vermeidbaren Fehlern und Schäden als die Konzentration auf die Bestrafung einzelner Personen für fehlerhaftes Handeln. Das Wissen um Möglichkeiten eines effektiven Fehlermanagements muss weiter verbreitet sowie Vorbehalte gegen entsprechende Maßnahmen zurückgedrängt werden. Dies setzt eine geänderte Einstellung gegenüber Fehlern in der Medizin bei allen Akteuren inklusive den Kostenträgern voraus.

489. Wenn eine neue Form der Fehlerkommunikation gelten soll, ist es erforderlich, die Gestaltung des Arbeitsall-

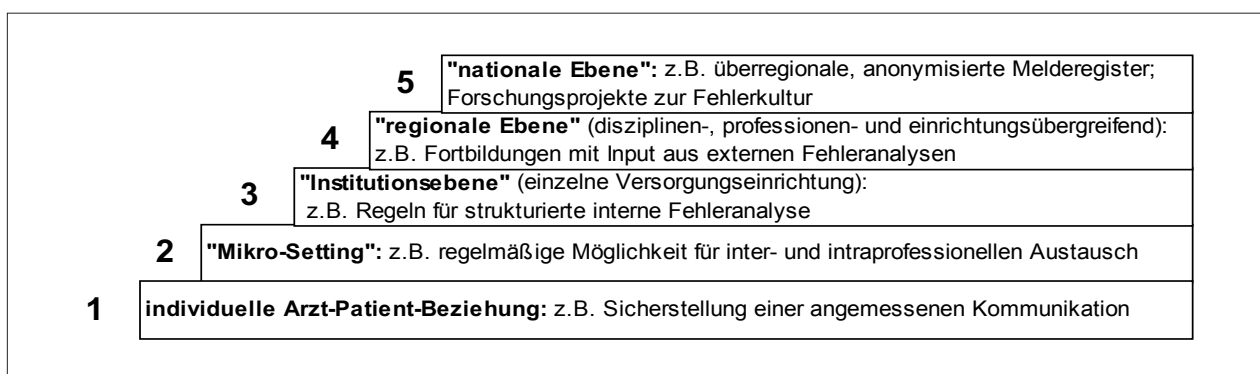
tags von Ärzten und anderen Berufsgruppen in Klinik und Praxis kritisch zu überdenken. Die ärztliche Berufsausübung ist geprägt durch einzelne Aktionen am Patienten, bei denen sich häufig Zeitdruck oder Ablenkung störend bemerkbar machen. Reflexive Momente treten dahinter oft zurück. Eine kontinuierliche und erfolgreiche Fehlerkommunikation setzt jedoch einen auch durch Besinnungsfreiräume gekennzeichneten Arbeitsstil voraus, der es dem Arzt ermöglicht, über Patienten und das eigene Vorgehen einschließlich des Umgangs mit dem Kranken und ggf. den Angehörigen nachzudenken und darüber mit Kollegen in einen offenen Austausch zu treten¹³⁹. Beispielsweise muss dies auch in einer entsprechenden Gestaltung der Arztbriefe zum Ausdruck kommen. Ähnliches gilt auch für Austausch- und Überleitungsprozesse bei den übrigen im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen (z. B. Pflegeübergaben, Pflege- oder Fallkonferenzen).

490. Kommunikationsmängel an den internen und externen Schnittstellen der Versorgung gehören zu den häufigsten Ursachen von Fehlern. Vor allem in stationären Einrichtungen zeigen sich Defizite nicht nur in der innerärztlichen interdisziplinären Kooperation, sondern auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Ärzten. Das gestärkte professionelle Selbstbewusstsein der Pflege geht teilweise mit kontraproduktiven Abgrenzungstendenzen einher, was durch die immer noch häufig anzutreffende wenig teamorientierte Handlungsweise von Ärzten gefördert wird. Eine wechselseitige Abschottung der Professionen gegeneinander, die keinen Raum für produktiven Austausch lässt, wirkt sich jedoch fehlerfördernd aus und muss im Interesse einer guten Patientenversorgung vermieden werden. Gegenseitige Anerkennung und die Schaffung von Kommunikationsmöglichkeiten und -verpflichtungen, deren Gestaltung einvernehmlich erfolgt, sind nach Auffassung des Rates

¹³⁹ Diese Forderung mag angesichts der derzeitigen Arbeitsbedingungen von Ärzten in vielen Bereichen des Systems, deren Bedeutung der Rat keinesfalls verkennt, unangemessen erscheinen. Sie ist dennoch eine prioritäre Zielvorstellung im Kontext der Fehlervermeidung und u. U. auch geeignet, Wege der Entlastung von Ärzten z. B. von nicht-ärztlichen Aufgaben zu fördern.

Abbildung 26

Ebenen einer offenen Fehlerkultur



Quelle: Eigene Darstellung

unabdingbare Voraussetzung für die Etablierung der geforderten neuen Fehlerkultur im Gesundheitswesen.

491. Um einen offenen Umgang mit Fehlern zu ermöglichen, müssen sich die im Gesundheitswesen in Leitungsp Positionen Tätigen ihrer Vorbildfunktion bewusst sein. Die Art des Umgangs mit Patienten, mit aufgetretenen Fehlern und mit den dabei beteiligten Personen hat maßgeblichen Einfluss auf Einstellung und Verhalten ihrer Mitarbeiter.

492. Zur Identifikation von Fehlerquellen und typischen fehlerträchtigen Konstellationen müssen alle vorhandenen Informationen offen gelegt werden. Der Rat hält eine systematische Analyse der via Gerichtsverfahren oder außergerichtlicher Begutachtungen „registrierten“ Fehler für notwendig. Dies macht u. a. auch die Offenlegung entsprechender Daten der Haftpflichtversicherer notwendig. Ziel dieser Erfassung ist die Rückkopplung der Ergebnisse nicht nur an die unmittelbar Beteiligten, sondern auch die breite Dissemination der Erkenntnisse zu Fortbildungszwecken („aus den Fehlern Anderer lernen“). Zurzeit veröffentlichen zwar einzelne Gutachten- und Schlichtungsstellen gelegentlich einschlägige Kasuistiken, eine systematische, regional übergreifende Auswertung der Verfahren findet jedoch allenfalls vereinzelt statt. Medizinische Gutachten aus Gerichtsverfahren werden de facto nicht ausgewertet. Daher erscheint aus Sicht des Rates u. a. eine zentrale Sammlung und Analyse der (für Gerichte und Schlichtungsstellen erstellten) medizinischen Gutachten und der darauf basierenden Entscheidungen sinnvoll. Eine Datenbank mit in anonymisierter Form zugänglichen Gutachten kann zur Qualitätssicherung, der Vereinheitlichung und der Transparenz von Gutachten und Entscheidungen beitragen.

493. Darüber hinaus bedarf es der parallelen Etablierung verschiedener Formen von Meldesystemen für (Beinahe-)Fehler. Der Aufbau sowohl von internen als auch externen Melderegistern, die teils öffentlich zugänglich, teils vertraulichen Charakter haben, ist ein entscheidender Schritt, um die Datenlage zu medizinischen Fehlern und die Fehleranalyse auf den verschiedenen Ebenen der Gesundheitsversorgung zu verbessern sowie die Transparenz zu erhöhen. Dies sind wichtige Voraussetzungen, um eine offene Fehlerkultur und Fehlerberichterstattung in Deutschland zu etablieren.

494. Die Erfassung von Fehlern und ihre Bearbeitung muss selbstverständlicher Bestandteil jedweder Versorgungsforschung sein.

495. Maßnahmen des Qualitätsmanagements dürfen nicht als lästige, zeitraubende Pflicht und Selbstzweck ohne Konsequenz, sondern müssen als immer wieder zu hinterfragendes Anliegen mit dem Ziel der Fehlererkennung und -vermeidung (nicht nur der Verbesserung der Effizienz und der Positionierung im Wettbewerb) aufgefasst werden. Eine Überbeanspruchung der Leistungserbringer durch eine ständige Zunahme bürokratischer und dokumentarischer Arbeiten muss durch die zeitsparende „intelligente“ Gestaltung des Qualitäts- und Fehlermanagements vermieden werden. So können vorhandene Daten durchaus zu verschiedenen Zwecken zusammengeführt und ausgewertet werden. Ärzten, Pflegekräften und anderen am Versorgungsgeschehen Beteiligten muss ausreichend Zeit und Energie für ihre eigentliche Aufgabe – die Betreuung von Patienten – verbleiben.

496. Schäden, die Patienten durch Fehlversorgung entstehen, werfen auch ein Licht auf die etablierte Fortbildung.

Diese ist um so effektiver, je weniger sie sich vom unmittelbaren Versorgungsalltag abkoppelt und je mehr sie an praxisrelevanten Kasuistiken anknüpft, möglichst sogar an von den teilnehmenden Ärzten selbst geschilderten Fällen. Erkenntnisse aus der systematischen Analyse von Fehlern müssen zukünftig gezielt in der Aus-, Weiter- und Fortbildung vermittelt werden.

Eine offene Diskussion über Fehlerursachen und Grauzonen ärztlicher Entscheidungen sollte einerseits in die Beschreibung von Kriterien und Grenzen der Erwartungen an professionelles ärztliches Handeln und andererseits in die Entwicklung von Leitlinien einfließen, die – unter Beachtung der Besonderheiten des individuellen Falles – als Richtschnur für ärztliches Verhalten, als Orientierung für Patienten und als Bewertungsmaßstab für Begutachtungen dienen können.

497. Nach dem Vorbild anderer Länder erscheint es sinnvoll, einen nationalen Konsens- und Kooperationsprozess aller relevanten Akteure des deutschen Gesundheitswesens zu initiieren. Vorab bedarf es aber vor allem einer Enttabuisierung der Fehlerdebatte. Dies betrifft sowohl die intra- und interprofessionelle wie die wissenschaftliche Diskussion. Im Einzelnen ist Übereinstimmung hinsichtlich der folgenden Punkte zu erzielen:

1. Definition von unerwünschten Ereignissen und Fehlern.
2. Ableitung geeigneter Parameter zu deren Erkennung („Fehler als selbstverständliche Outcome-Variable mit Lehrcharakter“).
3. Einheitliche Erfassungs- und Analyseverfahren.
4. Auf- bzw. Ausbau von vernetzbaren Melderegistern (inklusive Einbeziehung von Daten der Haftpflichtversicherer sowie aus gerichtlichen und außergerichtlichen Verfahren).
5. Sanktionsfreiheit bei (Selbst-)Meldung gegenüber den Haftpflichtversicherern; Fragn der sonstigen wirtschaftlichen, zivilrechtlichen und gegebenenfalls strafrechtlichen Sanktionsfreiheit bei (Selbst-)Meldung.
6. Rechtliche Bestimmungen zur Regelung der Zugangsrechte zu Registerdaten (Vertraulichkeit versus Öffentlichkeit).
7. Rückmeldung der Ergebnisse der systematischen Fehleranalysen an die Beteiligten (inklusive planmäßiger Verwendung der Analysen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung) und Schaffung zuverlässiger Informationsmöglichkeiten (Transparenz) für Professionelle und Laien.
8. Überprüfung der bestehenden Qualitätsmanagementmaßnahmen in Hinblick auf ihre Eignung zum prospektiven Fehlermanagement.
9. Koordination und Integration der Qualitätssicherungs- und Fehlermanagementmaßnahmen und gegebenenfalls Etablierung dafür notwendiger neuer Institutionen bzw. Erweiterung von Zuständigkeitsbereichen bestehender Einrichtungen.
10. Förderung einer koordinierten Medizinschadensforschung (als Bestandteil einer praxisorientierten Versorgungsforschung).

11. Fehlervermeidende Gestaltung der Arbeitsbedingungen und -strukturen im Gesundheitswesen.
12. Sonstige Maßnahmen, die geeignet erscheinen, eine präventiv ausgerichtete professionelle und öffentliche Fehlerkultur im deutschen Gesundheitswesen aufzubauen (u. a. einrichtungsinterne und -übergreifende Freiräume zum Erfahrungsaustausch).

Verbesserung des Beschwerdemanagements und der Schadensregulierungsverfahren

498. Information, Transparenz und Partizipation sind Vorbedingungen für eine patientenorientierte, effektive und effiziente Gestaltung des Gesundheitssystems. Gleiches gilt für den verantwortlichen Umgang mit Behandlungsfehlern und -schäden. Der Rat misst der Information des Patienten sowohl über die jeweils angezeigten medizinischen Versorgungsmaßnahmen einschließlich einer sachgerechten Aufklärung über deren Risiken und eventuelle Alternativen, als auch über die ihm gegebenenfalls zur Klärung von Schadensersatzansprüchen zur Verfügung stehenden Verfahrenswege sowie der Sicherstellung eines transparenten und einheitlichen Schadensregulierungsverfahrens einen hohen Stellenwert bei.

Wie der Rat in seinem Gutachten 2000/2001 (Band I, Kapitel 3) ausführlich dargelegt hat, haben Bürger, Versicherte und Patienten sowohl ein Recht auf adäquate Informationen zu gesundheitlichen Belangen als auch auf Beteiligung an Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen im Gesundheitswesen. Dies stärkt ihre Kompetenz bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen und ihre Fähigkeiten zur Übernahme von mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit.

499. Gerade weil Fehler- und Schadensereignisse in der Medizin nie völlig vermieden werden können, bedarf es geeigneter Informations- und Kommunikationswege, um Missverständnissen und Streitigkeiten zum Vorteil aller Beteiligten vorzubeugen. Angemessene Information und offene Kommunikation über potenzielle Risiken wirken vertrauensbildend. Patienten können durch ihre Beschwerden wertvolle Hinweise auf fehlerträchtige Schwachstellen im Versorgungssystem geben. Daher sollten Beschwerden nicht als lästiger Angriff angesehen werden, den es abzuwehren gilt, sondern als positive Input-Variable mit dem Potenzial zur Systemoptimierung bewertet werden, mit der entsprechend umgegangen wird. Den Nutzern des Versorgungssystems sollten qualifizierte Informations-, Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung stehen. Geeignete Einrichtungen müssen flächendeckend aufgebaut und ihre langfristige Finanzierung sichergestellt werden. Ansätze sind mit der Förderung von Patientenberatungsstellen gemäß § 65b SGB V gegeben (vgl. Abschnitt 3.3.2 sowie Abschnitt 3.3.1). Beratungsstellen, die von allen Akteuren gemeinsam getragen werden, könnten ein Weg sein, um eine enge Kooperation zum Vorteil der Patienten zu gewährleisten.

500. Ärzte und andere am Versorgungsgeschehen beteiligte Berufsgruppen sollten durch ihr Verhalten Patienten und ihren Angehörigen gegenüber demonstrieren, dass sie deren Anliegen ernst nehmen. Angemessenes Eingehen auf die Fragen und Nöte der Patienten verhindert häufig selbst bei aufgetretenen Behandlungsfehlern und -schäden einen Ver-

trauensverlust und nachfolgende gerichtliche Auseinandersetzungen. Hierzu bedarf es jedoch persönlicher Integrität, der Fähigkeit zur Selbstkritik, Einfühlungsvermögen und kommunikativer Fähigkeiten. Die Entwicklung dieser Eigenschaften sollte in Aus-, Weiter- und Fortbildung gezielt gefördert werden.

501. Bei der Etablierung eines einheitlichen Beschwerdemanagements ist zu gewährleisten, dass die Verfahrenswege hinreichend öffentlich bekannt, transparent und leicht zugänglich sind. Eine rasche Bearbeitung, Weiterleitung und Reaktion auf die Beschwerden müssen sichergestellt werden. Die betroffenen, Rat und Unterstützung suchenden Patienten müssen auf die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit der Berater, Schiedspersonen und Gutachter vertrauen können. In einem abgestuften, auf Befriedung und Deeskalation ausgerichteten Beschwerdemanagement stehen gemeinsame Gespräche mit allen Beteiligten, bei denen ein neutraler Vermittler die Moderation übernimmt, an erster Stelle. Erst wenn sich so keine Einigung erzielen lässt, sollte eine Klärung in einheitlich gestalteten und möglichst verbindlichen außergerichtlichen Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern herbeigeführt werden.

502. Auf der Grundlage der außergerichtlich ergangenen Gutachterbescheide sollten die Haftpflichtversicherer rasch und unbürokratisch Schadensersatz leisten. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherungen sind so zu modifizieren, dass die Haftpflichtversicherer ihre blockierende, auf Abwehr selbst legitimer Forderungen ausgerichtete Haltung ändern und sie sich an den Bemühungen um eine Verbesserung der Patientensicherheit und der Schadensregulierung konstruktiv beteiligen. Es kann nicht länger hingenommen werden, dass Haftpflichtversicherer durch Quasi-Redeverbote Ärzte an sinnvoller, häufig befriedend wirkender Kommunikation und Beteiligung an informellen Mediationsprozessen hindern und darüber hinaus Verfahren bewusst verschleppen. Der Gang vor Gericht sollte für die betroffenen Patienten und ihre Angehörigen die Ausnahme sein. Auch die Haftpflichtversicherer sollten den Aufbau eines effektiven Beschwerdemanagements im Gesundheitswesen aktiv unterstützen und mit Patientenberatungsstellen kooperieren.

503. Die Krankenkassen können gemäß § 66 SGB V die Versicherten dabei unterstützen, Schadensersatzansprüche zu verfolgen. Dabei sollten sie nach einheitlichen, transparenten Kriterien vorgehen, die Ratsuchenden über alle ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten qualifiziert informieren und sie – falls sie sich zur Erstellung eines Gutachtens durch den MDK entschließen – über die Limitationen dieses Weges aufklären. Die Qualität der erstellten Gutachten ist zu gewährleisten. Ferner sollten die Begutachtungsverfahren evaluiert und die Ergebnisse veröffentlicht werden. Die Krankenkassen dürfen die gesetzlichen Möglichkeiten nicht allein als Wettbewerbsinstrument (oder aus eigenem Regressinteresse) nutzen, sondern sollten sich konstruktiv an der Weiterentwicklung des Beschwerdemanagements, an Mediationsprozessen und an der fehlerorientierten Versorgungsforschung beteiligen.

504. Um die Position der Nutzer zu stärken, hält der Rat die Implementierung partizipativer Elemente auf möglichst vielen Ebenen der Verfahren zur Fehlerfeststellung und

Schadensregulierung für notwendig. Hierzu zählt vor allem auch die Beteiligung von Patientenvertretern an den Gremien der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Dies würde sich förderlich auf die Akzeptanz solcher Institutionen auswirken.

505. Die Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bewertet der Rat grundsätzlich positiv. Sie leistet einen wertvollen Beitrag zur Wahrung von Patienteninteressen. Allerdings sollten die Verfahren vereinheitlicht werden, um deren Transparenz für die Patienten zu erhöhen, ihnen mehr Einflussnahmemöglichkeiten zu eröffnen und eine regionale Ungleichbehandlung zu vermeiden. Die Neutralität des Gremiums und die Qualität der erstellten Gutachten sowie die „Waffengleichheit“ der beteiligten Parteien in den Verfahren müssen sichergestellt sein. Die zuständigen Landesärztekammern werden dazu aufgerufen, die Satzungen, Statute und Verfahrenspraxis ihrer Schlichtungseinrichtungen zügig anzupassen. Dies bezieht sich auch auf die Beteiligung von Patientenvertretern und Optionen für mündliche Verhandlungen. Ferner

erscheint eine Zusammenlegung kleinerer Schlichtungsstellen mit regional benachbarten Gutachterkommissionen sinnvoll.

506. Die kürzlich erfolgte Änderung des Schadensersatzrechtes durch den Gesetzgeber, mit der bei Verdacht auf Schädigungen durch Arzneimittel Beweiserleichterungen und erweiterte Informationsrechte für den Patienten eingeführt wurden, bewertet der Rat positiv. In Kenntnis der vom Gesetzgeber gesehenen Bedenken gegen eine verschuldensunabhängige zivilrechtliche Haftung hält der Rat es dennoch zumindest für erneut prüfenswert, ob eine solche Regelung im Arzthaftungsrecht nicht eingeführt werden könnte (vgl. Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 413). Ohne die Notwendigkeit, einen individuell Schuldigen für den nachgewiesenen Behandlungsschaden finden zu müssen, könnte die Schadensregulierung zügiger abgewickelt werden, was gegebenenfalls den Nachteil geringerer Entschädigungssummen für Patienten aufwiegt. Den Einwänden gegen ein solches Verfahren steht das Gebot der Orientierung an Patienteninteressen gegenüber.

4.8 Literatur

AHRQ (2000a): Medical error: The scope of the problem. Fact sheet. Publication No. AHRQ 00-P037. www.ahrq.gov/qual/errback.htm.

AHRQ (2000b): Reducing errors in health care. Translating research into practice. Publication No. AHRQ 00-P058. www.ahrq.gov/research/errors.htm.

AHRQ (2001a): Conference synthesis – Research agenda for ambulatory patient safety. www.ahrq.gov/about/cpcr/ptsafety.

AHRQ (2001b): Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC). Fact sheet. Publication No. AHRQ 00-P027. www.ahrq.gov/qual/quicfact.htm.

AHRQ (2002): AHRQ research relevant to understanding the impact of working conditions on patient safety. Pub No 03-P003.

Andrews, L. B., Stockin, C., Krizek, T., Gottlieb, L., Krizek, C., Vargish, T. and Siegler, M. (1997): An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet*, Vol. 349, S. 309–313.

Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (o. J.): Empfehlungen zur Abfassung von Gutachten. Zugriff: 26. 07. 02. www.aekno.de/htmljava/a/kammerarchiv/arzthaftungsempfehlungen.htm.

Arbeitsgruppe „Patientenrechte in Deutschland: Fortentwicklungsbedarf und Fortentwicklungsmöglichkeiten“ (2001): Bericht der Arbeitsgruppe zu den Themen „Verbesserung der Transparenz im Gesundheitswesen“, „institutionelle Erweiterung der Patientenbeteiligung“ und „Arztvertragsrecht und Behandlungsfehlerhaftung“. Internes Papier des BMG.

Ärzttekammer Nordrhein (2001): Tätigkeitsbericht der Ärztekammer Nordrhein 1999/2000.

Ärzttekammer Nordrhein (2002): Tätigkeitsbericht der Ärztekammer Nordrhein 2000/2001.

Ärzttekammer Westfalen-Lippe (2001): Bericht des Vorstandes für den Berichtszeitraum Januar bis Dezember 2000. www.aekwl.de.

Australian Council for Safety and Quality in Health Care (Safety+Quality Council) (2002a): National Action Plan 2002. www.safetyandquality.org/index.

Australian Council for Safety and Quality in Health Care (Safety+Quality Council) (2002b): Safety through action – Improving patient safety in Australia. Third report to the Australian Health Ministers' Conference. www.safetyandquality.org/index.

ÄZQ (2002): Behandlungsfehler in der Medizin. www.aeqz.de/behandlungsfehler.

BAG-NGM (Bundesarbeitsgemeinschaft der Notgemeinschaften Medizingeschädigter in Deutschland e. V.) (2002): Petition an den Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages.

BAGP (Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen) (o. J.) Presseerklärung – Das ärztliche Gutachtenwesen ist dringend reformbedürftig. www.patientenstellen.de/pressgut.html.

Barach, P. and Small S. D. (2000a): Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ*, Vol. 320, S. 759–763.

Barach, P. and Small, S. D. (2000b): How the NHS can improve safety and learning. By learning free lessons from near misses. *BMJ*, Vol. 320, S. 1683–1684.

Bates, D. W. (2000): Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. *BMJ*, Vol. 320, S. 788–791.

Bates, D. W., Teich, J. M., Lee, J., Seger, D., Kuperman, G. J., Ma'Luf, N., Boyle, D. and Leape, L. (1999): The impact of computerized physician order entry on medication error prevention. *JAMIA*, Vol. 6, S. 313–321.

Battles, J. B., Kaplan H. S., van der Schaaf, T. W., and Shea, C. E. (1998): The attributes of medical event-reporting systems. *Arch Pathol Lab Med*, Vol. 122, S. 231–238.

Belschner, W. (2000): Unabhängige Patientenberatung Bremen. Zusammenfassung des Endberichts der wissenschaftlichen Begleitung. Über: www.patientenstellen.de/upb.htm.

Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider, E., Altman, D. E., Zapert, K., Herrmann, M. J. and Steffenson, A. E. (2002): Views of practicing physicians and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine*, Vol. 347, S. 1933–1940.

Brennan, T. A., Hebert, L. E., Laird, N. M., Lawthers, A., Thorpe, K. E., Leape, L. L., Localio, A. R., Lipsitz, S. R., Newhouse, J. P., Weiler, P. C. and Hiatt, H. H. (1991b): Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. *JAMA*, Vol. 265, S. 3265–3269.

Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., Newhouse, J. P., Weiler, P. C. and Hiatt, H. H. (1991a): Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *NEJM*, Vol. 324, S. 370–376.

Brennan, T. A., Localio, R. J. and Laird, N. L. (1989): Reliability and validity of judgments concerning adverse events suffered by hospitalized patients. *Medical Care*, Vol. 27, S. 1148–1158.

Brinkmann, B., Du Chesne, A. und Bennemann, B. (2002): Aktuelle Daten zur Obduktionsfrequenz in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Vol. 127, S. 791–795.

- Brown, P., McArthur, C., Newby, L., Lay-Yee, R., Davis, P. and Briant, R. (2002): Cost of medical injury in New Zealand: a retrospective cohort study. *Journal of Health Services Research and Policy*, Vol. 7, Suppl. 1, S. 29–34.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (2001): Patientenrechte – Ärztepfllichten. Die ärztliche Behandlung. Verdacht auf Behandlungsfehler. Eine Broschüre für PatientInnen. Über: www.patientenstellen.de/brosch.html.
- Bundesärztekammer (2002): Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 2001/2002. Kapitel 7. www.aerzteta.baek.de/tb2002/start.htm.
- Bundesministerium der Justiz (2002): Patientenrechte in Deutschland. www.bmj.bund.de/ger/themen/medizin_und_recht
- Burstin, H. R., Johnson, W. G., Lipsitz, S. R. and Brennan, T. A. (1993): Do the poor sue more? A case-control study of malpractice claims and socioeconomic status. *JAMA*, Vol. 270, S. 1697–1701.
- Burstin, H. R., Lipsitz, S. R. and Brennan, T. A. (1992): Socioeconomic status and risk for substandard medical care. *JAMA*, Vol. 268, S. 2383–2387.
- Burton, E. C., Troxclair, D. A., and Newman, W. P. (1998): Autopsy diagnoses of malignant neoplasms. How often are clinical diagnoses incorrect? *JAMA*, Vol. 280, S. 1245–1248.
- BVZV (Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände e. V.) (2001): Juristisches Hintergrundpapier des Bundesverbandes der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände e. V. zur Änderung des Arzthaftungsrechts (von der BVZV zur Verfügung gestellt).
- Cheney, F. W. (1999): The American Society of Anesthesiologists Closed Claims Project. *Anesthesiology*, Vol. 91, S. 552–556.
- Cooper, J. B., Newbower, R. S., Long, C. D. and McPeck, B. (1978): Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. *Anesthesiology*, Vol. 49, S. 399–406.
- Cull, H. (2001): Review of processes concerning adverse medical events. („Cull-Report“). www.moh.govt.nz/moh.nsf
- Danzon, P. M. (2000): Liability for medical malpractice. In: Culyer, A. J. and Newhouse J. P. – *Handbook of Health Economics*. Amsterdam.
- De Leval, M. R. (1997): Human factors and surgical outcomes: a Cartesian dream. *Lancet*, Vol. 49, S. 723–725.
- Department of Health (2000): An organisation with a memory – Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. London. www.doh.gov.uk/buildsafenh
- Department of Health (2001): Building a safer NHS for patients – Implementing an organisation with a memory. London. www.doh.gov.uk/buildsafenh
- Deutscher Bundesrat (2001): Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung schadenersatzrechtlicher Vorschriften. Drucksache 742/01.
- Fine, J. M., Fine, M. J., Galusha, D., Petrillo, M. and Meehan, T. P. (2002): Patient and hospital characteristics associated with recommended processes of care for elderly patients hospitalized with pneumonia. Results from the Medicare Quality Indicator System Pneumonia Module. *Arch Intern Med*, Vol. 162, S. 827–833.
- Fitzjohn, J. and Studdert, D. (2001): A compensation perspective on error prevention: is the ACC medical misadventure scheme compensating the right sort of injury? *New Zealand Medical Journal*, Vol. 114, S. 432–434.
- Flum, D. R., Morris, A., Koepsell, T., and Dellinger, E. P. (2001): Has misdiagnosis of appendicitis decreased over time? *JAMA*, Vol. 286, S. 1748–1753.
- forsa (2002): Behandlungsfehler – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. (Befragung im Auftrag der TKK. Unveröffentlichter Bericht.)
- Francke, R. (2000): Sozialrechtliche Rezeption ärztlicher Leitlinien – Standardisierung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Die Sozialgerichtsbarkeit*, S. 159–165.
- Frölich, J. C., Lumpe, M. und Stichtenoth, D. O. (1998): Arzneimittelinformation, ein Aufgabengebiet der Klinischen Pharmakologie. In: Bundesärztekammer (Hrsg.) – Fortschritt und Fortbildung in der Medizin. Köln, S. 303–306.
- Gaba, D. M. and Howard, S. K. (2002): Patient safety – Fatigue among clinicians and the safety of patients. *New England Journal of Medicine*, Vol. 347, S. 1249–1255.
- Gaba, D. M. (2000): Anaesthesiology as a model for patient safety in health care. *BMJ*, Vol. 320, S. 785–788.
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder (1999): Beschlußprotokoll der 72. Gesundheitsministerkonferenz. Patientenrechte in Deutschland heute. Über: www.gesundheitsladen-muenchen.de oder www.geocities.com/~ollenschlaeger/gmk.html
- GRB (Gesellschaft für Risiko-Beratung) (Hrsg.) (2001): Der ärztliche Behandlungsfehler – Eine Fallstudie im Vergleich europäischer Rechtssysteme. Durchgeführt von Maastricht European Institute of Transnational Legal Research (METRO) und European Centre of Tort and Insurance Law (Wien) für Ecclesia Versicherungsdienst GmbH und Deutsche Krankenhausgesellschaft. Detmold.
- Gross, W. L. (2002): Zum Thema: Fehldiagnosen. *Der Internist*, Vol. 43, S. 593–584.
- Grünewald-Funk, D. (2002): Dekubitusprophylaxe: Schluss mit Mythen. *DMW*, Vol. 127, S. 1240–1241.
- Habeck, J. O. und Waller, H. (1993): Die Anzahl der Obduktionen im Institut für Pathologie Chemnitz vor und nach der Wiedervereinigung (1987–1992). *Der Pathologe*, Vol. 14, S. 188–192.

- Hagemeyer, J., Schneider, C. A., Barabas, S., Schadt, R., Wassmer, G., Mager, G., Pfaff, H. and Höpp, H. W. (2001): Hypertension guidelines and their limitations – the impact of physicians' compliance as evaluated by guideline awareness. *Journal of Hypertension*, Vol. 19, S. 2079–2086.
- Hansis, M. L. (2001a): Koordinationsdefizite als Ursache vorgeworfener Behandlungsfehler. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 98, S. A2035–2040.
- Hansis, M. L. (2001b): Die Bedeutung von Leitlinien im Rahmen der Behandlungsfehler-Begutachtung. *ZaeFQ*, Vol. 95, S. 121–124.
- Hansis, M. L. und Hansis, D. E. (2000): Der Umgang mit Risiken im klinischen Alltag und seine Beeinflussung durch Leitlinien. *ZaeFQ*, Vol. 94, S. 137–141.
- Hansis, M. L., Hart, D., Becker-Schwarze, K. und Hansis, D. E.; Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2001): Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 4/01.
- Hart, D. (2000): Evidenz-basierte Medizin (EBM) und Gesundheitsrecht – Überlegung zu rechtlichen Konsequenzen der Verwissenschaftlichung der Medizin. *Medizinrecht*, S. 1–5.
- Hayward, R. A. and Hofer, T. P. (2001). Estimating hospital deaths due to medical errors. Preventability is in the eye of the reviewer. *JAMA*; Vol. 286, S. 415–420.
- Heinrich, H. W. (1941): *Industrial accident prevention: A scientific approach*. New York und London.
- Helmreich, R. L. (2000): On error management: lessons from aviation. *BMJ*, Vol. 320, S. 781–785.
- Hewitt, M. for the Committee on Quality of Health Care in America and the National Cancer Policy Board (2000): Interpreting the volume-outcome relationship in the context of health care quality. *Institute of Medicine*, Washington.
- Hickson, G. B., Federspiel, C. F., Pichert, J. W., Miller, C. S., Gauld-Jaeger, F. and Bost, P. (2002): Patient complaints and malpractice risk. *JAMA*, Vol. 287, S. 2951–2957.
- Hofer, T. P., Kerr, E. A. and Hayward, R. A. (2000): What is an error? *Effective Clinical Practice*. www.acponline.org/journals/ecp/novdec00/hofer.htm.
- Höpker, W. W. und Wagner, S. (1998): Qualitätssicherung – Die klinische Obduktion. *Dt. Ärzteblatt*, Vol. 95, S. A1596–1600.
- Hyams, A. L., Brandenburg, J. A., Lipsitz, S. R., Shapiro, D. W. and Brennan, T. A. (1995): Practice guidelines and malpractice litigation: a two-way street. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 122, S. 450–455.
- Institute of Medicine (2000): *To err is human. Building a Safer Health System*. Washington.
- Johnson, W. G., Brennan, T. A., Newhouse, J. P., Leape, L. L., Lawthers, A. G., Hiatt, H. H. and Weiler, P. C. (1992): The economic consequences of medical injuries. Implications for a no-fault insurance plan. *JAMA*, Vol. 267, S. 2487–2492.
- Kieckbusch, D. (2002): Behandlungsfehler – Mehr Rechte für Patienten gefordert. Die Techniker Krankenkasse will Patienten auch dann unterstützen können, wenn sie selbst keine Ersatzansprüche geltend machen kann. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 99, S. 1912.
- Kirch, W. and Schaffii, C. (1996): Misdiagnosis at a university hospital in 4 medical eras. Report on 400 cases. *Medicine*, Vol. 75, S. 29–40.
- Kranich, C. (2000): Wer vertritt wessen Interessen? Warum Patientenberatung unabhängig sein muß. *Dr. med. Mabwe*, Nr. 123, S. 22–23.
- Lanz, H. (1998): Zweiklassenrecht durch Gutachterkauf, *Zeitschrift für Rechtspolitik*, Heft 9.
- Laufs, A. und Uhlenbruck, W. (Hrsg.) (1999): *Handbuch des Arztrechts*, 2. Aufl., München.
- Leape, L. L. (1994a): Error in medicine. *JAMA*, Vol. 272, S. 1851–1857.
- Leape, L. L. (1994b): The preventability of medical injury. In: Bogner, M. S. (Hrsg.): *Human error in medicine*. S. 13–25. Hillsdale.
- Leape, L. L. (2000): Institute of Medicine medical error figures are not exaggerated. *JAMA*, Vol. 284, S. 95–97.
- Leape, L. L. (2001): Reporting of medical errors – time for a reality check. *West J Med*, Vol. 174, S. 159–161.
- Leape, L. L. and Berwick, D. M. (2000): Safe health care: are we up to it? *BMJ*, Vol. 320, S. 725–726.
- Leape, L. L., Brennan, T. A. and Laird, N. M. (1991): The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II, *NEJM*, Vol. 324, S. 377–384.
- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., Hebert, L., Newhouse, J. P., Weiler, P. C. and Hiatt, H. (1991): The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, Vol. 324, S. 377–384.
- Levison, W. (1994): Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. *J. Amer. Med. Ass.*, Vol. 272, S. 1619–1620.
- Lloyd-Jones, D. M., Martin, D. O., Larson, M. G., and Levy, D. (1998): Accuracy of death certificates for coding coronary heart disease as the cause of death. *Ann Intern Med*, Vol. 129, S. 1020–1026.
- Localio, A. R., Weaver, S. L., Landis, R., Lawthers, A. G., Brennan, T. A., Hebert, L. and Sharp, T. J. (1996): Identifying adverse events caused by medical care: degree of

- physician agreement in a retrospective chart review. *Ann Intern med.*, Vol. 125, S. 457–464.
- Makeham, M. A. B., Dovey, S. M., County, M. and Kidd, M. R. (2002): An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *Medical Journal of Australia*, Vol. 177, S. 68–72.
- Mayor, S. (2002): Poor team work is killing patients. *British Medical Journal*, Vol. 325, S. 1129.
- Ministry of Health (2001): Adverse events in New Zealand and public hospitals: Principal findings from a national survey.
www.moh.govt.nz.
- Modelmog, D., Rahlenbeck, S., and Trichopoulos, D. (1992): Accuracy of death certificates: a population-based, complete-coverage, one-year autopsy study in East Germany. *Cancer Causes and Control*, Vol. 3, S. 541–546.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) (1998): NCC MERP Taxonomy of Medication Errors.
www.nccmerp.org.
- National Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Health Care (1999): Implementing safety and quality enhancement in health care. National actions to support quality and safety improvement in Australian health care. Final report to health Ministers.
www.health.gov.au/hsdd/nhpq/pubs.htm.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., and Zelevinsky, K. (2002): Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl. J Med.*, Vol. 346, S. 1715–1722.
- Neumann, G. (1998): Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Eine Evaluation der Ergebnisse. *MedR*, Heft 7, S. 309–315.
- Ollenschläger, G. und Thomeczek, C. (2002): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Fehlerprävention und Umgang mit Fehlern in der Medizin. *Medizinische Klinik*, Vol. 97, S. 564–570.
- Palm, S., Cardeneo, M., Halber, M. und Schrappe, M. (2002): Risk Management: Konzepte und Chancen für das Gesundheitswesen. *Medizinische Klinik*, Bd. 97, S. 46–51.
- Paschen, U. und Bastek, A. (2002): Vom Traum, Fehler offen diskutieren zu dürfen. Die Ärzte müssen den Mythos der Unfehlbarkeit aufgeben und ihre Systeme überschaubarer machen. *f & w*, Nr. 6, S. 632–636.
- Perrow, C. (1999): Normal accidents – living with high-risk technologies. New York, 2. Auflage.
- Petersen, L. A., Brennan, T. A., O’Neil, A. C., Cook, E. F. and Lee, T. H. (1994): Does housestaff discontinuity of care increase the risk for preventable adverse events? *Annals of Internal Medicine*, Vol. 121, S. 866–872.
- Petersen, L. A., Orav, E. J., Teich, J. M., O’Neil, A. C. and Brennan, T. A. (1998): Using a computerized sign-out program to improve continuity of inpatient care and prevent adverse events. *Journal on Quality Improvement*, Vol. 24, S. 77–87.
- Pronovost, P. J., Angus, D. C., Dorman, T., Robinson, K. A., Dremiszov, T. T. and Young, T. L. (2002): Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients. A systematic review. *JAMA*, Vol. 288, S. 2151–2162.
- Pronovost, P. J., Jenckes, M. W., Dorman, T., Garrett, E., Breslow, M. J., Rosenfeld, B. A., Lipsett, P. A. and Bass, E. (1999): Organizational characteristics of intensive care units related to outcomes of abdominal aortic surgery. *JAMA*, Vol. 281, S. 1310–1317.
- QuIC (Quality Interagency Coordination Task Force) (2000): Doing what counts for patient safety: Federal actions to reduce medical errors and their impact. Report to the President on medical errors.
www.guic.gov/report/index.htm.
- Rautenstrauch, J. (2000): Fehler in der Medizin – Verdammt, verleugnet und vertuscht. *DMW*, Vol. 125, S. A13–14.
- Reason, J. (2000): Human error: models and management. *British Medical Journal*, Vol. 320, S. 768–770.
- Reason, J. T. (1990): Human error. Cambridge.
- Reason, J. T. (1994): Foreword, in: Bognor, M. S. (Hrsg.) *Human error in Medicine*, Hillsdale, NJ.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2002): Nosokomiale Infektionen. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 8*. Berlin.
- Rubin, H. R., Rogers, W. H., Kahn, K. L., Rubenstein, L. V., and Brook, R. H. (1992): Watching the doctor-watchers. How well do peer review organization methods detect hospital care quality problems? *JAMA*, Vol. 267, S. 2349–2354.
- Sage, W. M. (2002): Putting the patient in patient safety. Linking patient complaints and malpractice risk. *JAMA*, Vol. 287, S. 3003–3005.
- Sarode, V. R., Datta, B. N., Banerjee, A. K., Joshi, K., Bhusnurmath, B. and Radotra, B. D. (1993): Autopsy findings and clinical diagnoses: A review of 1 000 cases. *Hum Pathol*, Vol. 24, S. 194–198.
- Sax, H., Pittet, D. and the Swiss-NOSO-Network (2002): Interhospital differences in nosocomial infection rates. Importance of case-mix adjustment. *Archives of Internal Medicine*, Vol. 162, S. 2437–2442.
- Scheppokat, K. D. (2000): Ärztliche Fehler. *DMW*, Vol. 125, S. 363–367.
- Scheppokat, K. D. und Held, K. (2002a): Ergebnisse von 903 Schlichtungsverfahren in der Inneren Medizin. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Vol. 127, S. 253–259.

- Scheppokat, K. D. und Neu, J. (2002b): Der Stellenwert von Schlichtung und Mediation bei Konflikten zwischen Patient und Arzt. *Zeitschrift für Versicherungsrecht, Haftungs- und Schadensrecht*, Band 53, Heft 2, S. 385–404.
- Schmacke, N. (2002): Hast du es doch besser, Amerika? Sicherheit der Medizin und Patientenperspektive im Blickfeld von Wissenschaft und Politik. *Arbeit und Sozialpolitik*, Nr. 11-12, S. 18–23.
- Schneider, C. A., Hagemeister, J., Paff, H., Mager, G. und Höpp, H. W. (2001): Leitlinienadäquate Kenntnisse von Internisten und Allgemeinmedizinern am Beispiel der arteriellen Hypertonie. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, Band 95, S. 339–344.
- Schoenemann, J., Munter, K. H. und Enayati-Kashani, S. (1998): Unerwünschte Arzneimittelwirkungen in der Klinik. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Vol. 123, S. 448–452.
- Schrappé, G. (2001): Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000 ff., in: Lauterbach, K. W. und Schrappé, M. (2001): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine*. Stuttgart.
- Scriba, P. (1998): Konflikte zwischen Ergebnis- und Kostenorientierung. In: Köbberling, J., *Zeitfragen der Medizin*, Berlin.
- Sexton, J. B., Thomas, E. J. and Helmreich, R. L. (2000): Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*, Vol. 320, S. 745–749.
- Sikorski, R. (2001): Die Begutachtung von Behandlungsfehlern durch den MDK. *MedR*, Heft 4, S. 188–190.
- Simon, U. (2002): Durchblick für Patienten. Wegweiser durch den Paragraphen-Dschungel. *Die BKK*, Nr. 12, S. 533–536.
- Small, S. D., Wuerz, R. C., Simon, R., Shapiro, N., Conn, A. and Setnik, G. (1999): Demonstration of high-fidelity simulation team training for emergency medicine. *Academic Emergency medicine*, Vol. 6, S. 312–323.
- Staender, S. (2001): „Incident Reporting“ als Instrument zur Fehleranalyse in der Medizin. *ZaeFQ*, Vol. 95, S. 479–484.
- Statistisches Bundesamt (2002): *Gesundheitswesen – Todesursachen in Deutschland 2000*. Fachserie 12, Reihe 4.
- Studdert, D. M. and Brennan, T. A. (2001). No-fault compensation for medical injuries. The prospect for error prevention. *JAMA*, Vol. 286, S. 217–223.
- Stürmer, K. M. (1997): *Leitlinien Unfallchirurgie*. Stuttgart.
- Tarnow-Mordi, W. O., Hau, C., Warden, A. and Shearer, A. J. (2000): Hospital mortality in relation to staff workload: a 4-year study in an adult intensive-care unit. *Lancet*, Vol. 356, S. 185–189.
- Thomas, E., Studdert, D., Newhouse, J. P., Zbar, B. W., Howard, K. M., Williams, E. J. and Brennan, T. A. (1999): Cost of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*, Vol. 36, S. 255–264.
- Thomas, E. J., and Brennan, T. A. (2000b): Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. *British Medical Journal*, Vol. 320, S. 741–744.
- Thomas, E. J., Studdert, D., Burstin, H. R., Orav, E. J., Zeena, T., Williams, E. J., Howard, K. M., Weiler, P. C. and Brennan, T. A. (2000a): Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*, Vol. 38, S. 261–271.
- Thomas, E. J., Studdert, D. M., and Brennan, T. A. (2002): The reliability of medical record review for estimating adverse event rates. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 136, S. 812–816.
- Thomas, E. J., Studdert, D. M., Runciman, W. B., Webb, R. K., Sexton, E. J., Wilson, R. M., Gibberd, R. W., Harrison, B. T. and Brennan, T. A. (2000c): A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA. I: context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. *International Journal of Quality in Health Care*, Vol. 12, S. 371–378.
- U. S. Pharmacopeial Convention (2002): *MedMARx 2000 Data Report*. Summary of information submitted to MedMarx in the year 2000. – Charting a course for change. www.usp.org/medmarx2000.
- Ulsenheimer, K. (2001): Risk-Management. In: Lauterbach, K. W. und Schrappé, M. (2001): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine*. Stuttgart.
- Verbraucherzentrale Hamburg (2001): *Verbraucherinformation über Leistungen und Qualität der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Europa*. Band 1: Der Bericht. Band 2: Die Länderberichte. www.patientennavigation.org.
- Vilmar, K. (2002): Irrtum, Fehler, Kunstfehler: Wir brauchen Fehlerforschung. Vortrag, 10. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung, 01.–02. 02. 2002, Eichstätt.
- Vincent C., Taylor-Adams, S., Chapman, E. J., Hewett, D., Prior, S., Strange, P., and Tizzard, A. (2000): How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *BMJ*, Vol. 320, S. 777–781.
- Vincent, C., Neale, G. and Woloshynowych, M. (2001): Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*; Vol. 322, S. 517–519.
- Vincent, C., Taylor-Adams, S. and Standhope, N. (1998): Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal*, Vol. 316, S. 1154–1157.

Vincent, C., Young, M. and Phillips, A. (1994): Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*, Vol. 343, S. 1609–1613.

Voß, B. (1999): *Kostendruck und Ressourcenknappheit im Arzthaftungsrecht*. Berlin.

Weizel, I. (1999): *Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen*. Hamburg.

Weltrich, H., Beck, L. und Smentkowski, U. (1998): *Erfolgreiche Streitschlichtung. Neue Evaluation der Gutach-*

terkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein – Hohe Quote außergerichtlicher Erledigungen. *Rheinisches Ärzteblatt* Nr. 5.

Wilson, R., Runciman, W. B., Gibberd, R. W., Harrison, B., Newby, L. and Hamilton, J. (1995): The Quality in Australian Health Care Study. *Med. J. of Australia*, Vol. 163, S. 458–480.

Wu, A. W. (2000): Medical error: the second victim. *BMJ*, Vol. 320, S. 726–727.
www.ncepod.org.uk.

Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen**5 Sicherung der Qualität in Prävention und Rehabilitation****5.1 Qualität in der Prävention****5.1.1 Gesundheitsförderung im Setting Schule****5.1.1.1 Gesundheitsförderung und Prävention im Setting-Ansatz**

507. Der Rat hat in seinem Gutachten 2000/2001 Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention erörtert (Band I, Ziffer 110 ff.). Gesundheitsförderung und Prävention können unter verschiedenen Gesichtspunkten geordnet werden. Ein traditionelles Ordnungsprinzip ist die Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention bzw. zwischen individuums- und kontextbezogener Prävention. Weitere Ordnungsprinzipien sind die Unterscheidung zwischen spezifischer, auf bestimmte Krankheiten oder Risikofaktoren zielende und unspezifische Prävention, die Unterscheidung nach Risikogruppen, die lebensphasenspezifische Strukturierung von Problemlagen und Risiken und die Ordnung nach der institutionellen Zuständigkeit für Gesundheitsförderung und Prävention (Band I, Ziffer 119 ff.). Als fruchtbar hat sich der Ordnungsgesichtspunkt der Zielgruppe erwiesen, der eine sorgfältige Auseinandersetzung mit der gesundheitlichen Belastung und mit den gesundheitsrelevanten Ressourcen einer Population ermöglicht und als Grundlage für die Erarbeitung gezielter Maßnahmen dient.

508. Wenn der Schwerpunkt der Präventionspolitik wie z. B. beim Ansatz der Gesundheitsförderung (WHO 1986) auf kontextbezogenen Maßnahmen liegt, bietet sich die Einteilung nach Settings als ein weiteres Ordnungsprinzip an. Der Begriff des Settings bezeichnet jede bewusst koordinierte soziale Einheit mit abgrenzbaren Zugehörigkeiten, die auf kontinuierlicher Basis zur Erreichung bestimmter Zielsetzungen arbeitet (Baric, L. u. Conrad, G. 1999). Der Rat hält zusätzlich – als definitorische Einschränkung – einen identitätsbestimmenden, lebensstilprägenden Einfluss für ein Charakteristikum des Settings. Innerhalb dieses abgrenzbaren Kontextes können unterschiedliche Zielgruppen erreicht und individuums- und kontextspezifische Maßnahmen, die sich zur Verwirklichung der Interventionsziele ergänzen, miteinander kombiniert werden. Als Setting in der Definition des Rates kommen z. B. Betriebe, Städte bzw. Stadtteile und Schulen in Betracht sowie – unter Berücksichtigung des prägenden Charakters – Krankenhäuser und – insbesondere für Schwangere, junge Mütter und multimorbide Patienten im Rentenalter – auch Arztpraxen¹⁴⁰.

509. Der Rat hat den Setting-Ansatz anhand der Primärprävention von Rückenleiden im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung exemplifiziert (Gutachten 2000/2001, Band III.3, Ziffer 27 ff.). Dabei wurde festgestellt, dass Hin-

weise auf eine unzureichende Ausschöpfung von Potenzialen der betrieblichen Gesundheitsförderung vorliegen (Ziffer 38). Weiterhin ging der Rat auf Fragen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung und Prävention ein (Band I, Ziffer 229 ff.).

510. In der öffentlichen Diskussion über Gesundheitsförderung und Prävention ist ein Übergewicht der am Individuum ansetzenden gegenüber kontextbezogenen Maßnahmen festzustellen. Mit dieser Gewichtung ist das Risiko verbunden, dass Präventionspotenziale nicht ausgeschöpft werden. Der Rat empfahl deshalb mehr Interventionen nach dem Setting-Ansatz (Band I, Ziffer 271).

5.1.1.2 Gesundheitsprobleme von Schülern und Lehrern**5.1.1.2.1 Primärprävention als Bestandteil des Setting-Ansatzes**

511. Gesundheitsförderung zielt auf die Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensweisen und Lebensbedingungen (BZgA 2000) und, in diesem Kontext, auf die Vermehrung von Gesundheitsressourcen wie Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl, Bildung, Verhaltensspielräume, Möglichkeiten der Einkommenserzielung und Unterstützung durch soziale Netze (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 261) und nicht direkt auf die Primärprävention bestimmter Krankheiten. Um aber die Relevanz von Gesundheitsförderung und Prävention in einem Setting einschätzen zu können, sind Informationen zur Krankheitslast von Zielgruppen hilfreich. Soweit im Rahmen der Gesundheitsförderung im Setting Schule Maßnahmen der Primärprävention durchgeführt werden, sollte sich eine Priorisierung von Maßnahmen zum einen an epidemiologischen Daten zur Krankheitshäufigkeit und zur Krankheitslast zum anderen an der Evidenz zur Wirksamkeit von Maßnahmen und an Empfehlungen zu ihrer Durchführung orientieren¹⁴¹.

5.1.1.2.2 Gesundheitsprobleme von Schülern

512. Während Infektionskrankheiten nicht mehr für das Krankheitsgeschehen im Kindes- und Jugendalter charakteristisch sind, haben chronische Krankheiten auch in dieser Lebensphase an Bedeutung gewonnen (Hoepner-Stamos, F. 1999). Rund 10 % eines Schülerjahrgangs leiden an langanhaltenden körperlichen und psychischen Auffälligkeiten (Hurrelmann, K. 2000). Bei Kindern und Jugendlichen haben unter anderem die nachstehend aufgeführten Krankheitsklassen bzw. Krankheiten Bedeutung (Hoepner-Stamos, F. 1999; Hurrelmann, K. 2000):

- Allergische Erkrankungen,
- Ess-Störungen,

¹⁴⁰ Krankenkassen, andere Sozialleistungsträger und Einrichtungen wie der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) werden nicht als Setting angesehen. Sie sind aber im deutschen System der Gesundheitssicherung unverzichtbare Akteure für die Anregung, Organisation und Qualitätssicherung von Interventionen nach dem Setting-Ansatz (*Capacity Building*).

¹⁴¹ Gesundheitsprobleme von Schülern und Lehrern werden an dieser Stelle kursorisch behandelt; ein „Gesundheitsbericht Schule“ ist nicht intendiert.

- Stoffwechselstörungen,
- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Haltungsschäden,
- Verhaltensstörungen, psychiatrische Störungen und
- psychosomatische Störungen, Suchtgefährdung.

Zu den allergischen Erkrankungen zählen vor allem Asthma, Heuschnupfen, Hautallergien, Nahrungsmittelallergien, Kontaktallergien und Neurodermitis. Rund 5 % der Kinder sind an Asthma bronchiale erkrankt (vgl. Gutachten 2000/2001, Band III.2, Kapitel 10). Die Prävalenz der Neurodermitis liegt bei Grundschulkindern bei mehr als 8 %. Häufig erkranken Kinder gleichzeitig an mehreren allergischen Krankheiten. Bei den Ess-Störungen erreicht vor allem die Adipositas mit 10 bis 20 % im Kindes- und Jugendalter eine hohe Prävalenz, wobei das Übergewicht nur bei ca. 3 % die Folge einer organischen Erkrankung ist. Anorexie wurde dagegen nur bei 0,5 bis 1 % und Bulimie bei 1 bis 3 % der 15- bis 25-Jährigen festgestellt, wobei der Anteil der Mädchen bei weitem überwiegt. Diabetes mellitus ist bei Kindern und Jugendlichen die am häufigsten auftretende Stoffwechselstörung (0,2 bis 0,25 %). Eine sehr hohe Prävalenz von bis zu 60 % bei Schulkindern erreichen Haltungsschäden. Haltungsschwächen und -schäden werden häufig durch mangelnde Bewegung hervorgerufen. Bei 8 bis 15 % der Kinder und Jugendlichen wurden in Studien Verhaltensstörungen festgestellt. Rund 5 % der Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr wurden als behandlungsbedürftig eingestuft. Beispiele für psychosomatische Symptome sind Schlafstörungen und Alpträume, unspezifische Bauch- und Kopfschmerzen und Migräne. Zumindest zeitweilig auftretende psychosomatische Beschwerden wurden von 10 bis 20 % der Kinder und Jugendlichen berichtet. Eine ernsthafte Suchtgefährdung vor allem durch Alkohol oder durch illegale Substanzen liegt bei etwa 5 % der Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren vor (Hurrelmann, K. 2000).

513. Die Datenlage zur gesundheitlichen Situation in der Lebensphase Kindes- und Jugendalter in Deutschland wird im Rahmen von Surveys ergänzt und verbessert. Ausgehend von einer Initiative finnischer, norwegischer und englischer Forscher begann das Europäische Büro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu Beginn der 1980er Jahre im Rahmen des HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*)-Projekts mit der Durchführung von länderübergreifenden Surveys zur Gesundheit im Schulalter und zu ihrem sozialen Kontext. Ihr Ziel ist die Erarbeitung von Grundlagen für Strategien zur Gesundheitsbildung (*health education*) und Gesundheitsförderung. An der Studie nehmen mehr als 30 Staaten in Europa und Nordamerika teil; Surveys werden im Abstand von vier Jahren durchgeführt. An dem Survey 2001/2002 beteiligten sich in Deutschland Baden-Württemberg, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen. Erfasst werden Schüler im Alter von 11, 13 und 15 Jahren. Nach ersten Survey-Ergebnissen aus Sachsen, die unter Verwendung eines Standardfragebogens erzielt wurden, leiden mehr als 13 % der Schülerinnen und Schüler an fast täglich auftretenden Kopfschmerzen, 10 % an Rückenschmerzen und 34 % an einer Allergie. Psychische Beschwerden wie Angst, Erschöpfung, Nervosität und Schlafstörungen treten bei rund 15 % der Schülerinnen und Schüler auf. Dabei wurde ein Einfluss der Schule als Lebensumfeld

auf den Gesundheitszustand nachgewiesen (Melzer, W. et al. 2002).

Ein Pretest zur Durchführbarkeit eines bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys wurde im Jahr 2002 abgeschlossen. Die Zielpopulation umfasst alle Kinder und Jugendlichen bis 17 Jahren, soweit sie nicht in Krankenhäusern, Heil- und Pflegeanstalten untergebracht sind. Der Survey soll bei einem Stichprobenumfang von rund 20 000 Kindern und Jugendlichen an 150 Orten innerhalb des Bundesgebietes durchgeführt werden (<http://www.kinderjugend-gesundheit21.de>; Kurth, B.-M. et al. 2002).

514. Ein besonderes Gesundheitsproblem sind die Auswirkungen von Armut bei Kindern und Jugendlichen auf den Gesundheitszustand. Wenn dem Begriff der Armut in wirtschaftlich entwickelten und vergleichsweise wohlhabenden Ländern wie Deutschland auch das Konzept einer relativen anstelle einer absoluten Armut zugrunde liegt, lässt sich aufgrund vorliegender Daten ein objektiv erhöhtes Risiko einer ungünstigen Gesundheitsbiographie bei Kindern und Jugendlichen aus benachteiligten sozialen Schichten feststellen (Robert Koch-Institut 2001). Dabei sind Einflüsse der Armut auf die Gesundheit nicht von dem Einfluss der Zugehörigkeit zu einer Bildungsschicht oder zu einem sozialen Milieu zu trennen. Existierende soziale Scheidelinien haben für Gesundheits- und für Bildungschancen Bedeutung (vgl. Deutsches PISA-Konsortium 2002). Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien und in Stadtteilen mit erhöhter Sozialhilfedichte weisen oftmals einen schlechteren Gesundheitszustand und ungünstigere Gesundheitsverhaltensmuster auf. Schuleingangsuntersuchungen belegen einen erhöhten Förderbedarf bei dieser Zielgruppe. Der Schule als einer zentralen Sozialisationsinstanz von Kindern und Jugendlichen kommt auch deshalb eine besondere Bedeutung in der Entwicklung präventiver Strategien zu (Paulus, P. u. Zurhorst, G. 2001).

5.1.1.2.3 Gesundheitsprobleme von Lehrern

515. Auch wenn Kinder und Jugendliche die primäre Zielgruppe präventiver Maßnahmen in der Schule sind, kann sich Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz nicht auf eine Personengruppe beschränken. Dies gilt insbesondere deshalb, weil Lehrer eine wesentliche Rolle in der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention ausfüllen. Der Umgang von Lehrkräften mit dem Thema Gesundheit, ihre gesundheitlichen Belastungen und ihr Gesundheitsverhalten sind für einen Erfolg der Gesundheitsförderung in diesem Setting von hoher Bedeutung.

516. Von den rund 13 500 Lehrkräften in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, die 1999 in den Ruhestand traten, schieden rund zwei Drittel wegen Dienstunfähigkeit vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze aus (Statistisches Bundesamt 2001). Eine wesentliche Ursache von Dienstunfähigkeit unter Lehrern sind psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen. Dabei handelt es sich vor allem um depressive Störungen und Burnout-Syndrome (Bauer, J. 2002; Weber, A. 2002). In Bayern wurde zwischen 1996 und 1999 eine prospektive Totalerhebung durchgeführt, in die alle amtsärztlichen Untersuchungen in medizinischen Untersuchungsstellen der Bezirksregierungen bzw. in Gesundheitsämtern eingeschlossen und in der die Dienstunfähigkeitsbegutachtungen von Lehrern somit komplett erfasst wurden.

Sie führte zu dem Ergebnis, dass Gesundheitsprobleme im Bereich Psyche und Verhalten 52 % der Frühpensionierungsfälle erklären. An zweiter Stelle folgen Muskel- und Skelettkrankheiten mit 13 % der Frühpensionierungsfälle, an dritter Stelle Herz-Kreislauf-Krankheiten mit 9 %. Eine geschlechtsbezogene Auswertung ergab bei Lehrerinnen mit 56 % eine noch größere Bedeutung von psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Im Hinblick auf Schularbeiten wurden die höchsten Dienstunfähigkeitsquoten bei Gymnasial- und Gesamtschulpersonal festgestellt (Weber, A. et al. 2001). Dienstunfähige Lehrkräfte scheidet durchschnittlich (Median) 11 Jahre vor Erreichen der Regelaltersgrenze aus dem Berufsleben aus (Weber, A. et al. 2001). Die Dienstunfähigkeitsrate bei Lehrkräften liegt deutlich über derjenigen von anderen beamteten Berufsgruppen (Bauer, J. 2002).

517. Neben der hohen Zahl der Frühpensionierungsfälle deuten auch empirische Studien zur Lehrergesundheit bzw. zu Belastungsmustern darauf hin, dass Lehrerinnen und Lehrer überdurchschnittlich häufig psychische und psychosomatische Gesundheitsstörungen bzw. Krankheiten aufweisen (Rudow, B. 1999). Im Hinblick auf Risikofaktoren für Depression und Burnout können persönliche und institutionsbezogene Risikofaktoren unterschieden werden. Zu institutionsbezogenen Risikofaktoren in der Schule zählen geringer Gestaltungsspielraum, geringe Aufgabenvielfalt, Aspekte des Führungsstils der Schulleitung und des „Schulklimas“ sowie das Verhalten von Schülern z. B. durch psychische Störungen oder erhöhte Gewaltbereitschaft (Bauer, J. 2002).

Gewaltbereitschaft an Schulen ist auch, aber nicht nur ein Problem in „sozialen Brennpunkten“. Die 298. Kultusministerkonferenz fasste im Mai 2002 einen Beschluss zur Gewaltprävention an Schulen¹⁴². In dem dazu gehörigen Maßnahmenkatalog wird u. a. festgehalten, dass die Mitverantwortung und Beteiligung von Schülern und Eltern an der Gestaltung des sozialen Klimas und des Schullebens für den Erfolg der Gewaltprävention von erheblicher Bedeutung sind.

518. Der Arbeitsschutz in der Schule, der zunächst auf die Einhaltung von Sicherheitsvorschriften fokussierte, wird in einer Erweiterung des Präventionsauftrags inzwischen mehr als „Chance zur Schulentwicklung“ verstanden (Rudow, B. 1999). Der Arbeitsschutz gilt als ein integrativer Bestandteil der „Personalpflege“ und des Gesundheitsmanagements. Im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung werden Arbeitsbedingungen auf mögliche Gefährdungs- und Belastungswirkungen hin untersucht. Eine Gefährdungsbeurteilung dient zugleich der Identifikation von Organisationsdefiziten im Schulalltag („Organisationsdiagnose“). Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention können abgeleitet werden und zur Schulentwicklung beitragen (Rudow, B. 1999).

519. Belastungsmuster von Lehrkräften werden auch als Hinweis auf einen grundlegenden Veränderungsbedarf in der Lehrertätigkeit gedeutet (Schaarschmidt, U. 2002). Der inhaltliche Zusammenhang zwischen den zumeist getrennt behandelten Gebieten der betrieblichen und der schulischen Gesundheitsförderung diente in den Niederlanden als Anlass für die Entwicklung von Qualitätskriterien unter dem Ge-

sichtspunkt gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen in Schulen (Dutch Healthy School Helpdesk 2002).

5.1.1.3 Gesundheitsförderung im Setting Schule als Organisationsentwicklung

520. Zahlreiche Krankheiten, die das Morbiditäts- und Mortalitätspektrum prägen, werden durch individuelle Verhaltensdispositionen und Lebensweisen beeinflusst, deren Wurzeln bis auf das Kindes- und Jugendalter zurückgehen. Umgekehrt können in dieser Lebensphase Einstellungen, Bewertungsmuster und Bewältigungsfähigkeiten erworben werden, die den Umgang mit in späteren Lebensabschnitten auftretenden Krisen und kritischen Lebensereignissen erleichtern (Hurrelmann, K. u. Settertobulte, W. 1999).

521. Eine Gesundheitserziehung, die sich auf die Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen beschränkt, läuft Gefahr, die Komplexität von Motivations- und Entwicklungsprozessen zu unterschätzen und für die Lebensphase Kindes- und Jugendalter charakteristische Entwicklungsaufgaben und Probleme zu vernachlässigen. Risikoverhalten kann sowohl ein regelmäßiger Bestandteil dieser Lebensphase als auch eine Antwort auf adverse Lebensbedingungen sein. Eine breiter angelegte Gesundheitsbildung wird Fragen der Selbstwahrnehmung und der sozialen Akzeptanz, der Entwicklung von Selbstwertgefühl und eines problembezogenen Bewältigungsverhaltens berücksichtigt.

522. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte in der Ottawa Charta 1986 den Begriff der Gesundheitsförderung (Health Promotion): „Health Promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health.“ Das Ziel der Gesundheitsförderung ist ein Zuwachs an gesundheitsdienlicher Handlungskompetenz und ein verbesserter Gesundheitszustand von Individuen und Populationen. Aus der Perspektive der Gesundheitsförderung sind Ergebnisse schulischer Bildung auch an ihrer Bedeutung für das individuelle Gesundheitsverhalten, an dem Aufbau von Gesundheitsressourcen als Bestandteil genereller Persönlichkeitsressourcen und letztlich an der individuellen Fähigkeit zur Lebensgestaltung einschließlich eines konstruktiven, gesundheitserschädigendes Verhalten meidenden Umgangs mit kritischen Lebensereignissen zu messen.

523. Erfahrungen mit unterrichtsbezogenen Förderprogrammen und zum Teil per Evaluation überprüfte Ergebnisse liegen auch aus Deutschland vor (Leppin, A. et al. 2000). Dabei wurde deutlich, dass im Rahmen schulischer Gesundheitsförderung nicht allein abstraktes und überprüfbares Wissen, sondern vielmehr Kompetenz vermittelt werden muss, die mit konkreten Lebenszusammenhängen von Schülerinnen und Schülern in Verbindung steht. Gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen, so zeigen diese Ergebnisse, können aus der problematischen Bewältigung von jugendspezifischen Entwicklungsaufgaben entstehen. Die Gesundheitsförderung muss dazu beitragen, alternative Verhaltensweisen zu vermitteln (ebd.). Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es aber nicht allein einer Neubestimmung von Lehr- und Lerninhalten. Vielmehr liegt die durch den Setting-Ansatz vorgezeichnete Herausforderung darin, die Institution Schule selbst nach dem Leitbild der gesundheitsfördernden Schule weiterzuentwickeln (vgl. Paulus, P. 2002). Sowohl Fachdiskussionen zur Gesundheitsförderung in Schulen als auch die bildungspolitische Diskussion über die Weiterent-

¹⁴² Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland; Beschluss vom 23./24. Mai 2002 in Eisenach.

wicklung der Institution Schule vor allem nach Vorliegen der PISA-Studie (Deutsches PISA-Konsortium 2002) deuten darauf hin, dass sich die Ziele und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Schulen harmonisch mit bildungspolitischen Reformanliegen verbinden lassen. Umgekehrt besteht aus gesundheitspolitischer Perspektive die Gefahr, dass die Gesundheitsförderung im Setting Schule nicht mit dem notwendigen Nachdruck vorangetrieben wird, wenn dieses Thema keinen Eingang in aktuelle bildungspolitische Vorhaben findet. Der Rat empfiehlt eine enge Koordination der politischen Aktivitäten an der Schnittstelle von Bildungs- und Gesundheitspolitik, ohne die auch eine Weiterentwicklung der Arbeitsbedingungen von Lehrern und damit der Lehrertätigkeit an Schulen unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung nicht möglich sein wird¹⁴³.

524. Ziel der Organisationsentwicklung ist die „lernende Organisation“, in der Abläufe, Ergebnisse und interne Entwicklungen reflektiert und als Inspiration zur Nutzung von Verbesserungspotenzialen und damit zur Erhöhung von Qualität und Effizienz genutzt werden. Aussagekraft entfaltet der Begriff der Effizienz dabei nur im Hinblick auf bestimmte Zielsetzungen einer Institution. Die Bestimmung und Umsetzung von Zielen für die Institution Schule und für Bildung überhaupt berühren nicht nur Kernaufgaben der Pädagogik, sondern sind auch Gegenstand differenzierter und gesellschaftsweit geführter Debatten (vgl. Lepenies, W. 2002). Mit dem Thema Gesundheit wird die öffentliche Diskussion über die Institution Schule bzw. über Organisationsentwicklung in der Schule nicht nur um ein weiteres Ziel bereichert. Vielmehr werden häufig diskutierte gesellschaftliche Probleme wie Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Konsum legaler und illegaler Drogen, Aggression und Gewalt sowie durch Lebensstile und Gesundheitsverhalten beeinflussbare Krankheiten im Kontext des Leitbildes der „gesundheitsfördernden Schule“ aufgegriffen.

525. Zur Organisationsentwicklung im Setting Schule trägt die Aktivierung und Partizipation von Bezugsgruppen bei. Dabei handelt es sich vor allem um Schüler, Lehrer, Eltern und um das kommunale Umfeld. Durch die Partizipation der Bezugsgruppen wird zugleich sichergestellt, dass den regional und in Abhängigkeit vom Schultyp sehr unterschiedlichen Problemlagen von Schulen Rechnung getragen wird. Schüler sind die primäre Zielgruppe der Gesundheitsförderung im Setting Schule. Ihnen soll ein differenziertes Angebot an Bildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten erschlossen werden, das Räume zur Entfaltung von Talenten eröffnet. Belastungen und Gesundheitsprobleme von Lehrern dürfen aufgrund ihrer Schlüsselposition im Schulalltag, aber auch unter Aspekten des Arbeitsschutzes nicht vernachlässigt werden. Die Partizipation von Eltern in der Entwicklung von Schulen ist dadurch begründet, dass Eltern gemeinsam mit den Lehrern Erziehungsverantwortung tragen und das Lebensumfeld von Kinder und Jugendlichen mitgestalten. Verhaltensmuster, die in der Schule gelehrt und gelebt werden, sollten in entsprechender Weise auch außerhalb der Schule

vermittelt werden. Eine Aktivierung von Eltern trägt nicht nur zur Schulentwicklung bei, sondern kann auch die Ausstrahlung gesundheitsfördernder Schulen in ihr jeweiliges Umfeld unterstützen und verstärken.

526. Um ein der Gesundheit förderliches Schulumfeld zu gestalten, ist die Verankerung der „gesundheitsfördernden Schule“ in der Gemeinde unerlässlich. Dazu muss sich die Schule gegenüber ihrem Umfeld öffnen bzw. dieses in Projekte einbeziehen. Eine Möglichkeit dazu bieten Kooperationen mit anderen Einrichtungen wie z. B. Sportvereinen, Musikschulen, Kirchengemeinden, Jugendämtern, Volkshochschulen und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ein systematischer Einbezug des Umfelds in den Schulalltag hat zur Konsequenz, dass Schulleitung und Lehrer nicht nur den Unterricht planen und durchführen, sondern im externen Umfeld Partner für die Schulentwicklung gewinnen und damit eine unternehmerische Verantwortung wahrnehmen.

527. In der Schulpolitik ist – aus dem Blickwinkel der Gesundheitsförderung – eine Dezentralisation von Entscheidungskompetenzen in Bereichen sinnvoll, in denen eine höhere Effektivität zentralisierter Entscheidungsfindung nicht plausibel ist, um Schulen auf diese Weise Spielräume zur Organisationsentwicklung zu eröffnen.

5.1.1.4 Modellversuche und -projekte zur Gesundheitsförderung im Setting Schule

5.1.1.4.1 Modellversuch „Gesundheitsförderung im schulischen Alltag“

528. Erfahrungen mit Gesundheitsförderung im Setting Schule wurden im In- und Ausland erarbeitet. Dabei ist eine große Vielfalt, aber auch Unübersichtlichkeit im Hinblick auf Themen, Ziele, Strategien und die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Aktivitäten zu konstatieren. In Deutschland waren neben anderen Initiativen vor allem Modellversuche der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung von Bedeutung.

Auf der Grundlage der Forderung, dass Gesundheit nicht nur durch Wissen oder durch Aufklärung über Risiken vermittelt werden kann, sondern für Schülerinnen und Schüler erfahrbar und wahrnehmbar werden muss, wurde 1990 bis 1993 der Modellversuch der Bund-Länder-Kommission (BLK) „Gesundheitsförderung im schulischen Alltag“ unter Beteiligung von 29 Schulen in Schleswig-Holstein durchgeführt. Dabei wurden Projekte zu den Themen Ernährung, Bewegung, Naturerleben, Umweltschutz und Schulraumgestaltung durchgeführt. Zumeist handelte es sich um Einzelinitiativen, die sich nicht in ein übergreifendes Konzept zur Schulentwicklung einfügten (Barkholz, U. et al. 2001).

5.1.1.4.2 „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“

529. In einem zweiten BLK-Modellversuch 1993 – 1997 wurde, als Beitrag zum Europäischen Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen, in 29 Schulen die Entwicklung gesundheitsförderlicher Schulprofile und -programme in Angriff genommen. Dem Setting-Ansatz wurde damit mehr als im ersten BLK-Modellversuch Rechnung getragen. Im Verlauf des Projekts zeichnete sich ein über die Projektschulen hinausreichendes Interesse an der Beteiligung an Schulnetzwerken zum Zweck des Erfahrungsaustausches ab.

¹⁴³ Mit der von der Bundesregierung vorgesehenen Förderung von Ganztagschulen wird eine Möglichkeit geschaffen, gesundheits- und bildungspolitische Anliegen zu verzahnen, indem z. B. Richtlinien für die Vergabe von Mitteln zur Einrichtung von Ganztagschulen auch der Gesundheitsförderung dienende Strukturen berücksichtigen.

5.1.1.4.3 „Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit“

530. Für ein weiteres BLK-Modellprojekt („OPUS – Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit“) 1997 – 2000 wurde ein Netzwerk von 15 regionalen Koordinierungsstellen und knapp 500 Schulen aufgebaut. Dabei wurde der Setting-Ansatz insofern ernsthaft verfolgt, als Schulen Gesundheit zu ihrem Anliegen machen und dazu einen Schulentwicklungsprozess mit dem Ziel einleiten sollten, ein „System Schule“ zu schaffen, das die Gesundheit aller an der Schule Beteiligten fördert. Das übergeordnete Ziel war die Steigerung der Bildungsqualität, zu der Gesundheitsförderung beiträgt (Barkholz, U. et al. 2001). Nach Einschätzung von Koordinatoren des Modells ist eine nachhaltige Veränderung von Schule zu einer gesundheitsfördernden Schule nur in der Verbindung von Gesundheitsförderung und Schulentwicklung möglich. Schulen und für Schulentwicklung verantwortlichen Instanzen soll vermittelt werden, dass die Verwirklichung des Konzepts der gesundheitsfördernden Schule keine zusätzliche Bürde für Schulen bedeutet, sondern sie besser dazu befähigt, ihren Erziehungs- und Bildungsauftrag zu erfüllen.

5.1.1.4.4 Förderungsprogramm „Gesunde Schule“

531. Die Robert-Bosch-Stiftung initiierte 1994 das Förderungsprogramm „Gesunde Schule“. Das Ziel des Projekts ist, beispiel- und vorbildhafte Praxis von Gesundheitsförderung in der Schule zu entwickeln und ihre Weitergabe und Verbreitung sicherzustellen. Seit 1996 nehmen bundesweit 44 Schulen an dem Förderungsprogramm teil. Es handelt sich um Grund-, Haupt- und Sonderschulen, Real- und Gesamtschulen sowie Gymnasien und Berufsbildende Schulen. Als Kernelemente gesundheitsfördernder Schulen wurden definiert:

- Thematisierung von Gesundheit im Unterricht, wobei das Thema Gesundheit in die verschiedenen Fächer eingebettet wird,
- Gestaltung der Schulkultur als „heimlichen Lehrplan“ mit dem Ziel freundlicher Beziehungen innerhalb der Schule, Wahrnehmung der Beispielfunktion der Lehrer und einer geeigneten äußeren Umgebung und
- Beziehung einerseits zwischen Elternhaus und Schule und andererseits zwischen Schule und ihrem Einzugsgebiet, d. h. ihrer gesamten Umgebung und deren Dienstleistungen.

Gesundheitsförderung wurde von den teilnehmenden Schulen nicht durchgängig als Schul- bzw. als Organisationsentwicklung verstanden. Einzelinitiativen tragen dazu bei, das Ziel der Gesundheitsförderung in der Schule mit Leben zu füllen. Sie sind aber kein Ersatz für ein umfassendes Konzept zur schulischen Organisationsentwicklung. Beispiele für gesundheitsfördernde Einzelinitiativen sind:

- Ergänzung bzw. Neugestaltung des Curriculums unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung,
- fach- und fächerübergreifende Projektarbeiten zum Thema Umwelt und Ökologie, Landwirtschaft, Ernährung und Gesundheit,

- gesundheitsgerechte Schulverpflegung in Ganztagssschulen,
- Gestaltung von Schulgebäuden und -gelände,
- breites Sportangebot in Kooperation mit Sportvereinen und Sport- und Bewegungsangebote in Schulpausen,
- Freizeitmessen und Schulprogramme für soziales Engagement im Einzugsgebiet der Schule und
- Zusammenarbeit mit Fahrschulen zwecks Führerscheinwerb und Verbesserung der Verkehrskompetenz.

Im Juni 2002 traten zehn der teilnehmenden Schulen in die zweite Programmphase ein, in der gewonnene Erfahrungen in Projektverbänden mit einer oder mehreren Partnerschulen weitervermittelt werden sollen (vgl. Robert-Bosch-Stiftung 1997, 2000, 2002).

5.1.1.4.5 „Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland“

532. Aus der PISA-Studie zog die Bertelsmann Stiftung die bildungspolitische Konsequenz, eine umfassende Reform des Schulsystems zu fordern. Bestandteile der von der Stiftung vorgeschlagenen Strategie sind (Bertelsmann Stiftung 2002b):

- Individuelle Förderung von Kindern und Jugendlichen einschließlich individueller Lehrpläne bei prioritärer Vermittlung von Basiskompetenzen, Verbindung von Einzel- und Teamarbeit,
- Qualitätsstandards im Hinblick auf Lernleistungen der Kinder und Jugendlichen, Lehr- und Lernprozesse, Führung und Management, Schulkultur und Zufriedenheit der Schüler, Eltern und Lehrer, und Delegation von Verantwortung in pädagogischen, finanziellen und personellen Fragen an die Schulen,
- regionale Vernetzung von Bildungsangeboten, da Bildung eine Aufgabe des gesamten Gemeinwesens ist, die soziale Wirklichkeit von Kindern und Jugendlichen in Bildungsangebote Eingang finden soll, und schulische Ganztagsangebote, um Schule für Schüler und Lehrer zu einem Lern- und Lebensraum zu entwickeln und
- Lehrerbildung im Hinblick auf Didaktik und Methodik, praxisnahe Ausbildung und verpflichtende Fortbildung.

533. Zur Gesundheitsförderung in der Schule begann die Bertelsmann Stiftung das Projekt „Anschub.de-Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland“ mit dem Ziel einer Allianz von bundesweit und regional tätigen Institutionen und Experten, die sich der Idee der Gesundheitsförderung verpflichtet fühlen (Bertelsmann Stiftung 2002a). Experten aus den Politikfeldern Gesundheit und Bildung werden im Rahmen des Projekts zusammengeführt. Die Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderung in Schulen soll durch drei aufeinander bezogene Strategien verbessert werden (ebd.):

- Implementierung der Gesundheitsförderung in Prozessen der Schulentwicklung, um programmatische und systemische Veränderungen zu bewirken,
- Erarbeitung und Umsetzung von Modulen der Gesundheitsförderung als Angebot für Schulen und

- Aufbau lokaler und regionaler Strukturen unter Einbindung der Schulaufsicht, der Schulträger und regionaler bzw. kommunaler Kooperationspartner.

5.1.1.5 Interventionen zur Gesundheitsförderung in Schulen als Leistung von Krankenkassen

5.1.1.5.1 Rechtsgrundlage einer kassengetragenen Gesundheitsförderung im Setting Schule

534. Der Rat wies darauf hin, dass Prävention eine politische Querschnittsaufgabe darstellt, die weit über die etablierten Ansätze und Institutionen der Gesundheitssicherung und erst recht über das gewachsene System der Krankenversicherung hinausweist¹⁴⁴. Welchen Beitrag die gesetzliche Krankenversicherung vor diesem Hintergrund in der Präventionspolitik übernehmen soll, ist weniger wissenschaftlich als vielmehr politisch zu bestimmen (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 272).

535. Die Rechtsgrundlage von Initiativen zur Gesundheitsförderung im Setting Schule im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist § 20 Abs. 1 SGB V. Danach sollen Krankenkassen „in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die

- den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und
- insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“.

Der Begriff der Gesundheitsförderung wird in § 20 Abs. 1 SGB V anders als im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 2 SGB V nicht verwendet. Ungeachtet der Möglichkeit einer konzeptionellen Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention können sich Maßnahmen auf diesen Handlungsfeldern in der Praxis überschneiden. Dies gilt insbesondere im Falle der Primärprävention, die auf eine „generelle Vermeidung ... bestimmter Krankheiten ... vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung“ zielt, um „die Senkung der Inzidenzrate oder der Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum oder bei einer (Teil-)Population zu erreichen“ (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 110), die aber auch „alle Bemühungen zur Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit sowohl von spezifischen Erkrankungen als auch von Erkrankung überhaupt umfasst“ (Ziffer 111; vgl. Rosenbrock, R. 2001b). Darüber hinaus legt die vom Gesetzgeber gewählte Formulierung, nach welcher der allgemeine Gesundheitszustand verbessert werden soll, unspezifische, nicht auf bestimmte Krankheiten bezogene Maßnahmen nahe, wie sie für die Gesundheitsförderung kennzeichnend sind. Der Rat unterstützt die in § 20 SGB V implizit vorgenommene Erweiterung des Präventionsgedankens und weist darauf hin, dass Belastungsminderung (Primärprävention) und Ressourcenvermehrung (Gesundheitsförderung als salutogenetischer Ansatz) nicht als Gegensätze begriffen werden sollten, da sie

¹⁴⁴ Bei dieser Aufgabe sind im Hinblick auf das Setting Schule neben der Krankenversicherung auch die für die Schulpolitik der Bundesländer Verantwortlichen sowie der Öffentliche Gesundheitsdienst (Schulärztlicher Dienst) angesprochen.

sich im Hinblick auf Risiko- und Inzidenzsenkung komplementär ergänzen (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 114).

536. Die Aufgabenbestimmung des § 20 SGB V benennt lediglich Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Die mit der Konzeption, Finanzierung und Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention verbundenen Aufgaben sind mit der Delegation dieses Handlungsfeldes an einen Akteur im Gesundheitssystem aber nicht gelöst (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 274). Die Abstimmung von Initiativen der Krankenkassen mit dem Vorgehen anderer Akteure innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems wird eine Daueraufgabe bleiben.

5.1.1.5.2 Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen

537. Die „Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001“ (Spitzenverbände der Krankenkassen 2001) sehen den Setting-Ansatz als einen Zugangsweg zu Zielgruppen der Gesundheitsförderung und Primärprävention vor. Dabei wird darauf hingewiesen, dass nach § 20 Abs. 1 SGB V den Zielgruppen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen ein besonderes Augenmerk gelten soll, diese Zielgruppen aber nur schwer über Zugangswege zu erreichen sind, die für individuell ausgerichtete Angebote wie Kursangebote in Einrichtungen der Krankenkassen verwendet werden. Der Setting-Ansatz, der ein Lebensumfeld der Zielgruppe als Zugangsweg nutzt und dieses unter dem Aspekt gesundheitsdienlicher Lebensweisen weiterentwickeln will, bietet zur Erreichung der in § 20 Abs. 1 SGB V vorgegebenen Zielsetzung mehrere Vorteile:

- Durch aufsuchende Information und Intervention wird der Zugang zu sozial benachteiligten Gruppen sichergestellt.
- Eine kontraproduktive Stigmatisierung wird in einem sozial heterogenen Setting vermieden.
- Durch die mit dem Setting-Ansatz verbundene Konzentration auf die Gestaltung eines Lebensraums wird ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, der dazu beiträgt, das Thema Gesundheit und gesundheitsfördernde Lebensweisen zu verankern.

538. Der Setting-Ansatz wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen am Beispiel Gesundheitsfördernde Schule skizziert (Spitzenverbände der Krankenkassen 2001). Es sollen vorrangig Schulen für den Setting-Ansatz gewonnen werden, für die Hinweise auf Häufungen von Gesundheitsrisiken und auf zu erschließende Gesundheitspotenziale vorliegen. Hinweise ergeben sich aus Gesundheitsdaten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, aus Unfallstatistiken und aus vergleichenden Analysen der Kommunen bzw. der Kultusverwaltung. Zur Umsetzung von Projekten sollen Bündnispartner innerhalb und außerhalb der Schule gewonnen werden. Projektteams, in denen Vertreter der Lehrer und Schüler, der Eltern, der Schulleitung und weiterer Mitarbeiter der Schule, des Schulträgers und der Schulaufsicht, der Kommune und weiterer unterstützender außerschulischer Akteure wie z. B. des Gesundheitsamts vertreten sind, sollen zur Schulentwicklung notwendige Analyse- und Planungsprozesse begleiten. Initiativen

zum Abbau von Gesundheitsbelastungen und zur Erschließung von Gesundheitsressourcen sollen sich dabei auf die folgenden Zielebenen beziehen (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2001):

- Verwirklichung eines gesundheitsfördernden Arbeits- und Lernumfeldes durch die Gestaltung der Gebäude und Spielflächen sowie durch Schulmahlzeiten und Sicherheitsmaßnahmen,
- Förderung des gesundheitlichen Verantwortungsbewusstseins,
- Motivation zu gesunder Lebensweise, Angebot an realistischen und attraktiven Gesundheitsalternativen,
- Hilfe zur Ausschöpfung des physischen, psychischen und sozialen Potenzials und Förderung der Selbstachtung der Schülerinnen und Schüler,
- Festlegung klarer Ziele für die Förderung von Gesundheit und Sicherheit der gesamten Schulgemeinschaft,
- Förderung guter Beziehungen zwischen Lehrenden und Lernenden sowie unter Schülerinnen und Schülern, gute Zusammenarbeit zwischen Schule, Elternhaus und Ortsgemeinde,
- Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen zur Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung,
- kohärentes Curriculum für die Gesundheitserziehung mit einer die Lernenden aktiv einbeziehenden Didaktik,
- Vermittlung des Wissens und der Fähigkeiten, um vernünftige Entscheidungen über die persönliche Gesundheit und über die Erhaltung und Verbesserung einer sicheren und gesunden Umwelt treffen zu können sowie
- Verständnis schulischer Gesundheitspflege als Bildungsressource, die Schülerinnen und Schülern hilft, sich zu effektiven Nutzern der Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

539. Unter Hinweis auf die im Vergleich zum Setting Betrieb bisher geringen Erfahrungen der Krankenkassen mit dem Setting Schule empfehlen die Spitzenverbände, zunächst in kassenartenübergreifender Zusammenarbeit und mit Kooperationspartnern Modellprojekte in ausgewählten Schulen durchzuführen. Bisher wurden aber noch keine dieser empfohlenen Projekte verwirklicht. Die Durchführung von Projekten wird neuerdings dadurch erleichtert, dass seitens des Bundesversicherungsamtes keine Einwände mehr bestehen, wenn Krankenkassen ihre Leistungen in der Primärprävention nach dem Setting-Ansatz nicht versichertenbezogen gewähren (BVA nach Altgeld, T. 2002).

540. Um Akteuren einen Ansprechpartner zur Verfügung zu stellen, die Initiativen zur Gesundheitsförderung im Setting Schule beitragen wollen, wäre die Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle der Krankenkassen z. B. auf der Ebene der Spitzenverbände wünschenswert.

5.1.1.6 Wirksamkeit und Qualität der Gesundheitsförderung im Setting Schule

5.1.1.6.1 Bestimmung der Wirksamkeit von Gesundheitsförderung

541. Die Bewertung der Wirksamkeit von Gesundheitsförderung und primärer Prävention ist mit noch größeren Pro-

blemen verbunden als die Bewertung der Wirksamkeit von kurativen Interventionen. Die Wirksamkeit von Prävention lässt sich wie die Wirksamkeit von Kuration theoretisch mit Hilfe gewonnener Lebensjahre und verbesserter Lebensqualität bzw. verringerter (erwarteter) Krankheitslast bewerten. Als Maß- bzw. Outcomegrößen kommen z. B. Quality Adjusted Life Years (QALY) bzw. Disability Adjusted Life Years (DALY) in Betracht. Bei der Wirksamkeitsprüfung stellt sich aber das Problem, dass Studiendesigns wie randomisierte kontrollierte Doppelblindstudien, die in der kurativen Medizin eingesetzt werden, für gesundheitsfördernde und primärpräventive Maßnahmen zumeist nicht praktikabel sind. In welchem Ausmaß und innerhalb welcher Zeiträume sich Inzidenzraten von Krankheiten durch Primärprävention verringern lassen bzw. welche Inzidenzraten sich in der Referenzsituation des Verzichts auf primäre Prävention ergeben würden, wird sich nicht mit der gleichen Sicherheit feststellen lassen wie die (allerdings auch nur statistischen, d. h. vom individuellen Fall abstrahierenden) Erfolgsaussichten kurativer Maßnahmen, für die Studienergebnisse aus randomisierten kontrollierten Studien vorliegen. Zusätzliche methodische Probleme ergeben sich bei einer gesundheitsökonomischen Evaluation präventiver Interventionen (vgl. Arnold, M. et al. 1990; Seyfarth, L. 1985).

542. Auch bei dem häufig verfolgten individuellen Ansatz zur Prävention z. B. auf den Handlungsfeldern „Bewegungsgewohnheiten, Ernährung“, „Stressreduktion und Entspannung“, „Genuss- und Suchtmittelkonsum“ stellen sich Probleme bei der Wirkungsmessung. So ist unter anderem nicht geklärt, ob dieser Interventionstyp bei Menschen in schwierigen Lebenssituationen und bei geringer formaler Bildung überproportional und zeitstabil wirksam ist und ob er daher im Sinne der Zielbestimmung von § 20 SGB V, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten, zu effektiver Prävention beiträgt. Im Hinblick auf die Zielsetzung des § 20 SGB V stellt sich das Problem, dass jenseits von Modellversuchen zu Kursen und „verhaltensorientierter Gruppenberatung“ keine erwiesenermaßen wirksamen Zugangswege für die Zielgruppen des § 20 Abs. 1 SGB V existieren. Menschen aus diesen Zielgruppen haben höhere materielle und soziale bzw. psychosoziale Hürden zur Teilnahme zu überwinden als Menschen aus besser situierten Schichten und größere Probleme, Kurse über die gesamte Länge durchzuhalten. Sie haben auch überdurchschnittliche Schwierigkeiten bei dem Versuch, nach Kursende neu erlernte psychische, physische und soziale Bewältigungstechniken in ihren Alltag zu integrieren und zu habitualisieren, was aber eine Voraussetzung für die langfristige Wirksamkeit der Intervention ist (vgl. Rosenbrock, R. 2001a, 2002).

543. Prävention im Sinne von § 20 SGB V soll nicht nur einer gezielten Krankheitsvermeidung, sondern auch der Gesundheitsverbesserung dienen (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 114). Nicht zuletzt aufgrund der Unsicherheit im Hinblick auf die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen erscheint es sinnvoll, Ansätze zur Belastungsminderung und zur Ressourcenvermehrung in der Planung von Interventionen miteinander zu verbinden. Bei der Bewertung der Wirksamkeit von Interventionen zur Gesundheitsförderung und Primärprävention ist weiterhin zu berücksichtigen, dass auf

die für den Erfolg einer Intervention entscheidende Bilanz von Gesundheitsressourcen und Gesundheitsbelastung auch andere und stärkere Einflüsse als Public Health-Interventionen einwirken. Gerade die Komplexität der Ätiologie von Krankheiten, der Entstehung von Verhaltensweisen und der Wirkmechanismen in der Prävention spricht aber für den vergleichsweise umfassenden Setting-Ansatz.

544. Aus der im Sozialrecht vorgegebenen Forderung der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen ergibt sich trotz der Komplexität der Bestimmungsfaktoren von Krankheiten und ihres Verlaufs sowie der Wirkweisen von Gesundheitsförderung und Prävention die Notwendigkeit, Evaluationsansätze zum Setting-Ansatz umzusetzen und methodisch weiterzuentwickeln. Die Spitzenverbände der Krankenkassen weisen aus Sicht des Rates zu Recht darauf hin, dass für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention die gleichen Voraussetzungen gelten. Die Maßnahmen müssen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden (§ 12 Abs. 1 SGB V). Die unbestimmten Rechtsbegriffe der „Zweckmäßigkeit“ und „Wirtschaftlichkeit“ lassen sich durch die Evaluation von Modellprojekten, verbunden mit einer Verwendung von Evaluationsergebnissen für die Planung zukünftiger Interventionen, konkretisieren. Im Hinblick auf die Umsetzung von § 20 Abs. 1 SGB V muss die Zielbestimmung des Gesetzgebers – Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – beachtet werden. Durch eine Evaluation von Modellprojekten zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 SGB V im Setting-Ansatz wird nicht nur über eine zielführende Verwendung von knappen finanziellen Ressourcen Rechenschaft abgelegt, sondern es werden auch Hinweise auf Umsetzungshindernisse und -chancen erarbeitet.

5.1.1.6.2 Evaluation von Modellprojekten im Setting Schule

545. Im Sinne einer *evidence based medicine*¹⁴⁵ liegen wissenschaftlich gesicherte Empfehlungen in der Gesundheitsförderung und Prävention bisher vor allem für die klinische Prävention (*clinical preventive services*) vor (vgl. Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 292). Der Rat wies darauf hin, dass eine Anwendung der Kriterien der *evidence based medicine* zu einer Bevorzugung von besser untersuchten und weniger komplexen Interventionen führen kann. Ein systemischer Ansatz wie der Ansatz der Organisationsentwicklung in einem Setting wird umfassend nur mit einem hohen methodischen und administrativen Aufwand zu evaluieren sein, sofern der Weite des Ansatzes der Gesundheitsförderung im Sinne der WHO (1986) Rechnung getragen wird. Allein die Weite des Gesundheitsbegriffs der WHO („a state of complete physical, mental and social well-being“) und die Offenheit des Konzepts der Gesundheitsförderung als Strategie

¹⁴⁵ Die 51. Weltgesundheitsversammlung im Mai 1998 forderte die Mitgliedstaaten auf, den Ansatz der Evidenzbasierung auch in der Gesundheitsförderung unter Nutzung des gesamten zur Verfügung stehenden Instrumentariums an quantitativen und qualitativen Methoden zu verfolgen. Der Begriff der Evidenz bedarf aber in einem multidisziplinären Feld wie der Gesundheitsförderung einer näheren Bestimmung (McQueen, D. V. u. Anderson, L. M. 2001; McQueen, D. V. 2000).

(„Health Promotion ist the process of enabling people to increase control over, and to improve their health“) eröffnet ein breites Spektrum an möglichen Schwerpunkten und Zielen sowohl für Projekte zur Gesundheitsförderung als auch zu deren Evaluationsansätze.

Tabelle 33 stellt Dimensionen des Nutzens und Zielparame- ter der Gesundheitsförderung und Prävention nicht-übertrag- barer Krankheiten dar (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 251). Die Nutzen-Dimension mit der höchsten Bedeutung ist die Verbesserung des Gesundheitszustands einer Zielpopulation. In der Evaluation von Projekten werden aufgrund der langen Zeitverzögerung von Wirkungen der Gesundheitsför- derung und Prävention häufig intermediäre Parameter ver- wendet werden müssen. Dabei kann es sich z. B. um Verhal- tensparameter wie Ernährungs- und Bewegungsmuster, Stressbewältigung und Suchtverhalten, aber auch um physi- ologische und funktionale Parameter wie Blutdruck, Herz- frequenz, Body Mass Index, Hautbild und Funktionsfähig- keit handeln.

Tabelle 33

Dimensionen und Zielparame- ter der Gesundheitsförderung und Prävention

Dimensionen	Zielparame- ter
I: Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> – langfristige Parameter: Inzidenzab- senkung vermeidbarer Krankheits- oder Sterbeereignisse, z. B. Mortali- tät, Morbidität, Behinderungen, Be- einträchtigungen – Einschätzung der subjektiven Ge- sundheit, Lebensqualität, Funkiona- lität, z. B. über „SF 36“, instrumen- telle Aktivitäten des täglichen Lebens – intermediäre physiologische und funktionale Parameter, z. B. Blut- druck, Herzfrequenz, Blutwerte, Body-Mass-Index, Hautbild, Funkti- onsfähigkeit – intermediäre Verhaltensparameter, z. B. Ernährungsmuster, Bewegungsmuster, rückschonende Arbeits- weise, Stressbewältigung, Suchtver- halten
II: Kompetenz/ <i>empowerment</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Erwerb und Aufrechterhaltung von sozialer Unterstützung – Wissen – Einstellung – Wahrgenommene Kontrolle (<i>percei- ved/actual control</i>) – Selbstwert/Selbstbewusstsein – Selbstwirksamkeit – Kompetenzgesteuerte, nachhaltige Verhaltensänderung – Partizipation, z. B. bei Umfeldgestal- tung

noch Tabelle 33

Dimensionen	Zielparameter
III: Umfeld (physikalische und soziale Umwelt)	<ul style="list-style-type: none"> – Setting, z. B. Arbeitsplatzorganisation – physikalische Umwelt, z. B. Lärm, Schadstoffbelastung – soziales Netz, soziale Unterstützung – Politik, z. B. öffentliche Bewusstseinsbildung – gesetzliche Grundlagen
IV: Kosten	<ul style="list-style-type: none"> – Programmkosten, Teilnehmerkosten – <i>Return on investment</i> (z. B. Verringerung von AU-Zeiten, des Medikamentenkonsums oder der Krankenhausaufenthalte)
V: Zugangswege	<ul style="list-style-type: none"> – Akzeptanz bei spezifischen Zielgruppen – Wirksamkeit spezifischer Zugangswege (Erreichbarkeit)
VI: Strukturbildung (<i>capacity building</i>)	<ul style="list-style-type: none"> – Befähigung von Professionellen und Institutionen – Institutionalisierung von Interventionen – Ressourcennutzung, z. B. Kooperationen, Zusammenarbeit mit zentralen Akteuren, Netzwerke – Diffusion von Programmen
VII: Service/Marketing	<ul style="list-style-type: none"> – Zufriedenheit der Zielgruppe – Bekanntheitsgrad

Quelle: Walter, U. et al. 2001

Für den Setting-Ansatz haben über die Verbesserung des Gesundheitszustands der Zielpopulation hinaus vor allem die Dimensionen II und III Bedeutung. Während die Gestaltung des Umfelds ein zentraler Bestandteil des Setting-Ansatzes ist, zielt der Kompetenzerwerb (*empowerment*) auf die Vermittlung gesundheitsdienlicher Ressourcen. Aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V) ist in einer Evaluation auch die Dimension der Kosten zu berücksichtigen. Dabei handelt es sich zum einen um Kosten des Interventionsprogramms zum anderen um eine Reduktion von Kosten aufgrund effektiver Gesundheitsförderung und Prävention. Die weiteren Nutzen-Dimensionen beziehen sich auf Zugangswege, Strukturbildung und Funktionen der Öffentlichkeitsarbeit. Der Rat geht davon aus, dass in der Evaluation von Projekten zur Gesundheitsförderung im Setting Schule nur ein Teil der in Tabelle 33 aufgeführten Zielparameter Verwendung finden kann. Vor allem wird sich ein prinzipiell und regelmäßig in Setting-Projekten durchgeführtes Qualitätsmanagement auf eine Auswahl von Zielparametern beschränken müssen.

546. In Evaluationsstudien zur Gesundheitsförderung im Setting Schule wurden bisher sehr unterschiedliche Outcome-Maße verwendet. Sie beziehen sich u. a. auf Wissen und Ein-

stellungen, Fertigkeiten und Verhalten, Entwicklung des Umfeldes, physiologische Größen, Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Ereignisraten (Stewart-Brown, S. 2001). In der Evaluation von Modellprojekten wurden noch weitere Aspekte berücksichtigt, die sich aus der jeweiligen Zielsetzung des Projekts ergaben. So zielte die Evaluation im Rahmen des BLK-Modellversuchs OPUS primär auf Möglichkeiten und Effekte zur Vernetzung von Schulen. In der wissenschaftlichen Begleitung wurden dabei mehrere Ebenen der Wirksamkeit unterschieden, die sich sowohl auf Ergebnisse als auch auf Prozesse beziehen (Barkholz, U. et al. 2001):

- Gesundheitsstatus von Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften sowie des nicht-unterrichtenden Personals,
- gesundheitsfördernder Schulentwicklungsprozess,
- Vernetzung der Schulen (mit außerschulischen Kooperationspartnern),
- Arbeit regionaler Koordinatoren und
- Vernetzung regionaler Koordinatoren.

Im Mittelpunkt der Evaluation des Modellprojekts standen die Dimensionen III und IV und damit Strukturen, die eine Vernetzung von Schulen untereinander sowie mit ihren externen Kooperationspartnern ermöglichen und zu einem *capacity building* beitragen, nicht die Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Schülern oder Lehrern.

547. Da Ergebnisse vor allem im Hinblick auf den Gesundheitszustand einer Zielpopulation oft schwierig zu erfassen sind, besteht die Gefahr einer Überbetonung von Prozessparametern. Outcome-Parameter im Sinne von Auswirkungen des Setting-Ansatzes „Gesundheitsfördernde Schule“ auf den Gesundheitszustand und die Krankheitslast von Schülern, Lehrern und anderen Bezugsgruppen werden zwar im Einzelfall zu erfassen sein, aber keine abschließende Aussage zur Wirksamkeit des gesamten Ansatzes erlauben. Sofern die physische Gesundheit im Zentrum des Interesses einer Evaluation steht, ohne dass andere Aspekte der Gesundheit berücksichtigt werden, kann die Effektivität eines Programms unterschätzt werden (Stewart-Brown, S. 2001). Dies gilt auch dann, wenn sich die Evaluation nur auf einen kurzen Zeitraum bezieht, Ergebnisse aber erst Jahre oder Jahrzehnte später messbar werden (*time lag*). Das Problem der Erfassung von Wirkungen der Gesundheitsförderung spricht dafür, präventive Maßnahmen, für die evidenzbasierte Empfehlungen vorliegen, im Rahmen der Gesundheitsförderung zu berücksichtigen, ohne dabei aber den umfassenden Ansatz der Gesundheitsförderung aufzugeben.

548. Gesundheitsförderung im Sinne einer Organisationsentwicklung bedarf der Partizipation der Organisationsmitglieder, im Setting Schule der Schülerinnen und Schüler, der Lehrkräfte und der Eltern. Prioritäten in diesem Setting sollen demzufolge in Entsprechung zu der besonderen Situation und zu den Problemen einer bestimmten Schule von den genannten Bezugsgruppen festgelegt werden. Damit werden zugleich Schwerpunkte einer Evaluation vorgezeichnet. Sie können zwischen Schulen variieren.

549. Die Verringerung der Ungleichheit von Gesundheitschancen ist als Zielsetzung für die Umsetzung von § 20 Abs. 1 SGB V vorgegeben. Deshalb ist dieser Aspekt auch ein zwingender Bestandteil der Evaluation von Projekten der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung im

Setting Schule. Die Zielsetzung von § 20 Abs. 1 SGB V ist vor allem für die Auswahl von Schulen von Bedeutung, in denen Projekte zur Gesundheitsförderung durch Krankenkassen unterstützt werden.

5.1.1.6.3 Routinen der Qualitätssicherung

550. Als ein möglicher Ausgangspunkt für ein systematisches Qualitätsmanagement in der Primärprävention und Gesundheitsförderung wird der „Public Health Action Cycle“ mit einer Stufenfolge von Problemdefinition und -abschätzung, Politik- bzw. Maßnahmenformulierung, Durchführung und Evaluation verwendet (Rosenbrock, R. 1995). Darüber hinaus hat sich auch in der Prävention die Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität etabliert. Tabelle 34 ordnet diesen Qualitätsdimensionen Beispiele aus dem Setting Schule zu.

Tabelle 34

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Setting Schule

Qualitätsdimension	Beispiele
Strukturqualität	Rahmenbedingungen (materielle und zeitliche Ressourcen, Umfeld, Bau und Raumausstattung, technische Einrichtung)
	Zusammensetzung des Kollegiums und Qualifikation der Lehrkräfte
	Vorstellungen, Vorgaben und Engagement der Schulaufsicht und des Schulträgers
Prozessqualität	Führungsstil und Schulmanagement
	Kommunikation innerhalb der Schule und zu externen Bezugsgruppen
	Ablauforganisation des Lehrbetriebs
	Formulierung von Lernzielen und Unterrichtsgestaltung
Ergebnisqualität	Partizipation der Bezugsgruppen: Lehrer, Schüler, Eltern, weiteres Personal in der Schule, externe Bezugsgruppen
	Verbesserung des Gesundheitszustands bzw. intermediärer Parameter
	Kompetenzerwerb bei Schülern und anderen Bezugsgruppen
	Ergebnisse der Schulentwicklung mit dem Ziel „Gesundheitsfördernde Schule“ (Umfeld)
	Ergebnisse eines <i>Capacity Building</i>
	Kosten-Nutzen-Relation von Interventionen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Dlugosch, G. E. u. Jäger, R. S. (1998) und Tabelle 33

551. Um die Qualitätsdimensionen zu konkretisieren, können Kriterien und Indikatoren formuliert werden. Kataloge mit Qualitätsindikatoren zur Selbstevaluation von Schulen liegen vor (vgl. Stern, C. u. Döbrich, P. 1999). Die Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“ entwickelte im Auftrag des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit Formulierungs- und Handlungsvorschläge für Qualitätsziele, Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren im Hinblick auf Interventionen in der Gesundheitsförderung (www.quint-essenz.ch/de). Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung wurden insbesondere in der betrieblichen Gesundheitsförderung erarbeitet (vgl. Badura, B. et al. 1999).

552. Ein Mangel an Konzepten und Instrumenten zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung besteht nicht, möglicherweise aber ein Mangel an Bereitschaft zur kontextspezifischen Anpassung und Anwendung des vorhandenen methodischen Instrumentariums (Rosenbrock, R. 2002). Eine denkbare Ursache sind Kosten des Qualitätsmanagements. Die Kosten einer angemessenen Qualitätssicherung werden in einer Höhe von bis zu 10 % der Interventionskosten veranschlagt. Dennoch gilt es, die Wirksamkeit zielführender Interventionen in ihrem praktischen Vollzug abzusichern. Dazu ist es notwendig, Routinen der Qualitätssicherung zu etablieren.

5.1.1.6.4 Zur Umsetzung des § 20 SGB V im Setting Schule

553. Mit § 20 Abs. 1 SGB V wurde den Krankenkassen eine Möglichkeit eröffnet, auf dem bisher noch lückenhaft und unsystematisch bearbeiteten Politikfeld der Gesundheitsförderung und Prävention eine Pilotfunktion wahrzunehmen. Dabei ist zu beachten (Rosenbrock, R. 2002):

- Interventionen nach § 20 Abs. 1 SGB V sollen „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“. Im Hinblick auf das Setting Schule bedeutet dieses Kriterium, dass für Modellprojekte Schulen gewählt werden, in denen zu einem überdurchschnittlich hohen Anteil Schüler aus sozial unterprivilegierten Gruppen unterrichtet werden.
- Krankenkassen verfügen bereits über Erfahrungen mit Interventionen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, die der Umsetzung des § 20 SGB V zugute kommen.
- Interventionen sollen in dem Sinne nachhaltig sein, dass weitere Akteure mit dem Ziel eingebunden werden, dass sich Interventionen auch ohne andauernde Unterstützung der Krankenkassen fortführen lassen.

554. Da das Thema des Kompetenzerwerbs, der individuellen Entfaltung und der Lebensgestaltung gerade in weniger privilegierten Gesellschaftsschichten und -gruppen von Bedeutung ist, leistet die Weiterentwicklung von Schulen zu gesundheitsfördernden Schulen einen Beitrag zu einer größeren Gleichheit von Gesundheitschancen. Für das Gesundheitssystem ist dieses Thema deshalb von Bedeutung, weil Risikofaktoren- und Krankheitsbelastung in weniger privilegierten Gesellschaftsschichten und -gruppen erhöht sind. Soweit Kompetenzerwerb und die Wahrnehmung von Entwicklungschancen im Kinder- und Jugendalter zu einem Aufbau

von Gesundheitsressourcen beitragen, handelt es sich bei der Gesundheitsförderung in der Schule auf mittlere und längere Sicht nicht nur um eine Investition in eine sozial ausbalancierte und produktive Gesellschaft, sondern auch um einen Beitrag zur Funktionsfähigkeit und zur zukünftigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems.

555. Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention, im Kontext der Umsetzung von § 20 Abs. 1 SGB V die Krankenkassen, können nicht auf erst noch zu erzielende Ergebnisse der Evaluationsforschung warten, bevor Projekte anlaufen. Krankenkassen können aber ihre Erfahrungen in der Durchführung und Bewertung von Interventionen in der betrieblichen Gesundheitsförderung nutzen. Sie verfügen über Kompetenzen in der aufsuchenden Projektakquisition, in der Koalitionsbildung im Setting, in flexibler Projektsteuerung, in der Moderation sowie in der Entwicklung und kontextspezifischen Anpassung von Modulen für Förderungsprogramme. Vor diesem Hintergrund verfügen Krankenkassen über bessere Voraussetzungen als andere Akteure im Gesundheitssystem, um zur Etablierung gesundheitsfördernder Schulen beizutragen.

556. Schulentwicklung bewegt sich nicht erst seit dem Vorliegen der PISA-Studie in einem Spannungsfeld aus schulpolitischen Zielsetzungen der Länder, gesellschaftsweiten Problemen, finanziellen Restriktionen und den Stärken und Schwächen, Möglichkeiten und Problemen der einzelnen Schule. Die Gesundheitsförderung bereichert Prozesse der Schulentwicklung um ein Leitbild, das zur Gesundheitspolitik wesentlich beiträgt und das sich sinnvoll in die bildungspolitische Diskussion einfügt. Da zur Etablierung von Gesundheitsförderung im Setting Schule aber die Aktivitäten zahlreicher Akteure, darunter Kultusministerien der Länder, Schulträger, BZgA, öffentlicher Gesundheitsdienst, Landesvereinigungen für Gesundheit, Unfallversicherer der öffentlichen Hand und Krankenkassen, zu koordinieren sind (Spitzenverbände der Krankenkassen 2002), empfiehlt der Rat eine Abstimmung der Aktivitäten von Krankenkassen mit anderen Akteuren und eine möglichst breite Basis für Projekte im Setting Schule mit dem Ziel der Nachhaltigkeit dieser Initiativen. Die Beiträge von Krankenkassen zur Entwicklung von bestimmten Schulen zu gesundheitsfördernden Schulen werden in der Praxis der Gesundheitsförderung mit Hilfe wissenschaftlicher Begleitung z. B. durch die beratende Kommission der Spitzenverbände zur Umsetzung von § 20 SGB V im Rahmen einzelner Projekte zu präzisieren sein.

5.1.1.7 Fazit und Empfehlungen

557. Kinder und Jugendliche sind die zentrale Zielgruppe im Rahmen nationaler Strategien zur Gesundheitsförderung und Primärprävention.

558. Institutionen, die von einem Teil oder sogar der gesamten Zielgruppe dauerhaft und kontinuierlich aufgesucht werden (im Falle von Kindern und Jugendlichen v. a. Kindergärten und Schulen), bieten geeignete Ansatzpunkte für Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Primärprävention. In der Vergangenheit wurden mit dem schulärztlichen Dienst bereits positive Erfahrungen in der Primärprävention im Setting Schule erzielt.

559. Im Sinne des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung dienen Institutionen nicht nur als Zugangsweg für In-

formation, Beratung und Unterstützung. Sie sind – im Rahmen einer Organisationsentwicklung – in der Auseinandersetzung mit ihren materiellen, sozialen und kommunikativen Strukturen selbst Ziel von Gestaltungs- und Entwicklungsprozessen. Der Ansatz der „Gesundheitsfördernden Schule“ trägt zu Prozessen einer Schulentwicklung bei. Der Setting-Ansatz eignet sich insbesondere auch zur Verminderung von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen.

560. Praktische Erfahrungen mit Konzepten und Instrumenten der Gesundheitsförderung im Rahmen anderer Settings können auch für die Gesundheitsförderung im Setting Schule genutzt werden. Damit steht die Gesundheitsförderung im Setting Schule in konzeptioneller Hinsicht nicht erst am Anfang. Krankenkassen sind aufgrund ihrer Erfahrungen als wesentliche Träger erfolgreicher Innovationen in der betrieblichen Gesundheitsförderung geeignet und durch den Auftrag von § 20 Abs. 1 SGB V zugleich legitimiert, auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung im Setting Schule aktiv zu werden.

561. Die praktische Umsetzung der Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 SGB V verlief bisher zögerlich. Der Rat empfiehlt den Krankenkassen, ihre Aktivitäten im Setting Schule erheblich zu verstärken. Dabei sollten Projekte zur Gesundheitsförderung durch die Einbindung anderer Akteure auf eine breite Basis gestellt werden, so dass sich Interventionen auch ohne andauernde Unterstützung von Krankenkassen fortführen lassen. Die Kultusminister der Länder sollten Prozesse der Schulentwicklung unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung unterstützen.

562. Die durch Ergebnisse der PISA-Studie angestoßene bildungspolitische Debatte sollte aus dem Blickwinkel der Gesundheitsförderung nicht allein auf Aspekte einer kognitiven Leistungsentwicklung von Schülerinnen und Schülern reduziert werden. Es sollte beachtet werden, dass schulische Leistungen auch durch die „Unternehmenskultur“ in Schulen und durch Schulentwicklungsprozesse beeinflusst werden. Unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung und in Entsprechung zur Zielbestimmung von § 20 Abs. 1 SGB V erscheint die Integration von Initiativen zur Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Bildungs- und Gesundheitschancen sinnvoll.

563. Der Rat empfiehlt, im Rahmen des geplanten Programms zur Förderung von Ganztagschulen Ansatz und Kriterien der Gesundheitsförderung zu berücksichtigen.

5.1.2 Prävention und der Beitrag der Pflege

564. In seinem Gutachten 2001 hob der Rat die wachsende Bedeutung chronischer Krankheiten für das Gesundheitsversorgungssystem hervor. Wenn chronische Erkrankungen vorherrschen, dann darf sich Versorgung nicht an einem sequenziellen Krankheitsverlaufmodell orientieren, demzufolge auf Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention die Kuration, dann die Rehabilitation und zum Schluss die Pflege folgen. Chronische Erkrankungen haben keinen linearen Verlauf. Verbesserungen des Zustands können sich mit Verschlechterungen abwechseln (Gutachten 2000/2001, Band III.1, Kapitel 7). Darüber hinaus forderte der Rat angesichts des demographischen Wandels und der zunehmenden Zahl pflegebedürftiger Menschen die Überprüfung der Ausbildungsinhalte in den Pflegeberufen im Hinblick auf künftige Anforderungen in der Rehabilitation, Prävention und

Angehörigenberatung (Gutachten 2000/2001, Band II). Die genannten Gründe geben Anlass, neu über das Verhältnis von Prävention und Pflege nachzudenken und nicht länger der traditionellen Vorstellung zu folgen, dass Pflege am Ende der Versorgungskette steht und sich ausschließlich an schwerwiegend beeinträchtigte, kranke Menschen richtet. Eine solche Position stimmt nicht mehr mit dem modernen Berufsbild der Pflege überein. Pflege wird heute als eine ganzheitliche, personenbezogene Dienstleistung definiert, deren übergeordnetes Ziel es ist, die Selbständigkeit der Klienten zu erhalten, sie so weit wie möglich wiederherzustellen oder Kranke und Pflegebedürftige zu einem befriedigenden *disease management* zu befähigen.

5.1.2.1 Der Stellenwert der Pflege in der Prävention

565. Der Stellenwert der Pflege für den präventiven Bereich wird in internationalen Vereinbarungen hervorgehoben, ist ansatzweise in gesetzlichen Rahmenbedingungen in Deutschland fixiert und spiegelt sich in konzeptionellen Überlegungen zur Pflege wider.

Bis Mitte der achtziger Jahre war der Beitrag Pflegenden zur Prävention in der internationalen Diskussion eher unklar. Dies veränderte sich seit dem Ende der achtziger Jahre. Deutlich fällt die Beschreibung präventiver pflegerischer Funktionen im Zusammenhang mit den Zielen der Ottawa-Charta in dem Positionspapier des europäischen Regionalbüros der WHO aus. Hier heißt es, das Pflege- und Hebammenwesen solle u. a. auf „(...) promoting and maintaining health and preventing disease (...)“ fokussiert sein (Salvage, J. 1993, S. 14). Die Teilnehmer der ersten europäischen Pflegekonferenz in Wien (1988) fordern, Prävention und Gesundheitsförderung in das zukünftige pflegerische Leitbild zu integrieren (Zielke-Nadkarni, A. 1998).

566. Diese internationalen Empfehlungen finden sich in Ansätzen in gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Pflege in der Bundesrepublik Deutschland wieder.

Bei Analyse des Gesetzestextes zur sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) wird deutlich, dass die Pflegeversicherung von einem Verständnis der Pflege ausgeht, welches den Pflegeprozess auch in seinen präventiven Aspekten begreift. Die Pflege soll auf die Aktivierung des Pflegebedürftigen zielen, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen (§ 28 Abs. 4 SGB XI). In § 5 SGB XI werden Prävention und Rehabilitation ausdrücklich als Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit genannt. Pflegenden sind nach § 80 SGB XI zur Förderung der Selbstversorgungsfähigkeit Pflegebedürftiger als zentrales Ziel der ambulanten Pflege verpflichtet. Weitere Impulse für eine stärkere Einbindung professionell Pflegenden bei der Krankheitsverhütung und/oder Pflegevermeidung gehen von den in § 37 SGB XI festgeschriebenen Beratungsbesuchen aus. Sie bieten aus Sicht der Pflege prinzipiell die Möglichkeit, präventionsorientierte Unterstützungsprogramme zu implementieren und im Sinne eines „*coaching*“ ihrer Klienten und deren Bezugspersonen tätig zu werden. Die stationäre Pflege nach § 11 SGB XI ist dazu verpflichtet, bei der inhaltlichen und organisatorischen Gestaltung ihrer Leistungen eine aktivierende Pflege zu gewährleisten. Dieses Prinzip pflegerischer Arbeit besitzt in zweifacher Hinsicht präventiven Charakter: Erstens werden

Pflegeleistungen darin als Hilfe zur Selbsthilfe betrachtet, was bedeutet, Pflegebedürftigen im Rahmen der direkten Pflege durchgängig Gelegenheiten zu geben, so viel wie möglich selbständig zu tun und ihre Selbständigkeit durch Hilfestellungen bzw. Anleitungen zu erhöhen. Zweitens umfasst dieses Prinzip Pflegetätigkeiten außerhalb routinemäßiger Arbeitsabläufe, wie zum Beispiel die kontinuierliche Unterstützung zum Erhalt, zur Wiederherstellung oder zur Verbesserung einzelner Fähigkeiten der Klienten.

Auch der vorliegende Gesetzentwurf zur Neugestaltung der Ausbildung in der Krankenpflege verfolgt u. a. das Ziel, die Ausbildung diesen modernen Positionen anzupassen. Danach umfasst Pflege neben kurativen Anteilen präventive, gesundheitsfördernde und rehabilitative Maßnahmen für die Wiedererlangung, Optimierung, Förderung und Erhaltung der Gesundheit. Dieser erweiterte Ansatz kommt in der veränderten Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger(in)“ zum Ausdruck (BMG 2002).

567. In den Theorien und Konzepten von Pflege ist die Integration einer pflegerischen Prävention und Gesundheitsförderung weitgehend vollzogen (Weidner, F. 1995). Besonders in den bedürfnisorientierten und interaktionistischen Modellen orientiert sich pflegerisches Handeln z. B. an Vorbeugung, Selbsthilfeförderung oder Ressourcenstärkung (vgl. Marriner-Tomey, A. 1992).

Trotz dieser Entwicklungen kann nicht übersehen werden, dass für die Pflege der Widerspruch zwischen ihrer traditionellen Zuordnung am Ende der Versorgungskette und dem heutigen Bedarf an Pflegeprävention in der Praxis noch nicht gelöst ist.

5.1.2.2 Prävention als berufliche Aufgabe der Pflege

568. Der Begriff „Pflegeprävention“ führt zwei bislang getrennte Bereiche zusammen. Zum einen wird Prävention als Element der Disziplin Pflege benannt und der Frage nachgegangen, was Pflege tut, wenn sie präventiv arbeitet. Zum anderen wird durch diesen Begriff auf das inhaltliche Ziel, Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, verwiesen (Ströbel, A. u. Weidner, F. 2002).

569. Präventiv pflegerisches Handeln hat eine lange Tradition. In der deutschen Pflegeausbildung und -praxis ging es dabei vorrangig um Tätigkeitsbereiche, die zur Förderung der Gesundheit von Patienten im Sinne sekundärer und tertiärer Präventionsmaßnahmen beitragen. Es sind dies u. a. prophylaktische Pflegemaßnahmen zur Verhinderung von z. B. Pneumonie, Thrombose, Obstipation, Kontraktur und Dekubitus. Erweiterte Ansätze wie z. B. Pflegeüberleitung, Beratung bei spezifischen Gesundheitsproblemen, Anleitung und Schulung von Angehörigen werden erst in jüngster Zeit verstärkt berücksichtigt.

Eine Pflege ohne präventive Strategien, also ohne Gesundheitsressourcen förderndes und den Wiedereintritt der Krankheit vermeidendes Handeln, ist nicht zielführend. Das heißt, Prävention ist immer ein wesentlicher Bestandteil pflegerischen Handelns. So ist zum Beispiel das Pflegepersonal im Krankenhaus maßgeblich an der notwendigen Aktivierung der Patienten beteiligt, da es eine sehr hohe Kontakthäufigkeit mit den Patienten hat. Ein Schwerpunkt der pflegerischen Arbeit liegt auf der Unterstützung der Eigen-

leistung und Eigenverantwortlichkeit des Patienten. Der Patient muss zur praktischen Ausgestaltung seines Gesundheitsverhaltens ermutigt und angeleitet werden und neue Kenntnisse zur Veränderung seines Verhaltens erlangen. Eine weitere Aufgabe kommt dem Pflegepersonal in der Beratung der Familienangehörigen zu. Die aktive Einbeziehung des Partners und der Familie in gesundheitsfördernde Maßnahmen unterstützt die Stabilisierung des Gesundheitsprozesses und beugt erneuten Krankheitsepisoden vor. Dem Pflegepersonal kommt eine wichtige Rolle beim Aufbau sozialer Unterstützung zu (Rieforth, J. 1994).

570. Angesichts einer zunehmenden Zahl Pflegebedürftiger, vor allem alter Menschen, ist die Notwendigkeit einer Primärprävention von Pflegebedürftigkeit heute ebenso unumstritten wie die Tatsache, dass pflegerisches Handeln im Versorgungsalltag immer auch präventive Anteile hat.

In Deutschland sind 2,02 Millionen Menschen nach SGB XI als pflegebedürftig anerkannt. Bereits der 3. Altenbericht der Bundesregierung forderte ein flächendeckendes Angebot von Leistungen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit und zum Erhalt der Fähigkeiten und Ressourcen Pflegebedürftiger (BMFSFJ 2001). Nach wie vor ist diese Forderung nicht in die Praxis umgesetzt. Prävention und Pflege werden noch immer als zwei aufeinander folgende Strategien der Gesundheits- bzw. Krankheitsversorgung betrachtet, wobei Prävention der Gesunderhaltung des Menschen zugeordnet ist und Pflege mit der Versorgung Hilfebedürftiger verbunden ist. Empirische Befunde belegen jedoch, dass gezielte Prävention das Auftreten von Pflegebedürftigkeit verhindern, verzögern oder abmildern kann. Zum Beispiel konnte nachgewiesen werden, dass präventive Maßnahmen wie Wohnraumanpassung die Zahl von Heimeinweisungen senken (Niepel, T. 1995 u. 1999). Weiterhin weisen Prüfungsergebnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) darauf hin, dass die Verantwortungen für Prävention in der Pflegepraxis längst nicht hinreichend erfüllt werden. So zeigen Ergebnisse einer MDK-Überprüfung von über 4 000 Einrichtungen der stationären Altenpflege, dass die „passivierende Pflege“ auf Platz vier einer Mängelliste rangiert, zu der auch Defizite bei der Dekubitusprophylaxe und Inkontinenzversorgung gehören (Brucker, U. 2001).

571. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern spielen in Deutschland präventive Leistungen auf der Gemeindeebene kaum eine Rolle. Eine Ausnahme ist die Versorgung von Schwangeren bzw. Wöchnerinnen durch Hebammen. Leistungen der Pflege sind geprägt von kompensatorischer Grundpflege und behandlungspflegerischen Maßnahmen, die von ambulanten Diensten angeboten werden. Für die Umsetzung von Pflegeprävention legen internationale Untersuchungen und Erfahrungen nahe, die Pflegeprävention als zugehendes Angebot zu gestalten, d. h. in Form von Hausbesuchen (vgl. Kruse, A. 2002). Zumeist werden diese von Pflegekräften durchgeführt oder aber Pflegenden sind im Präventionsteam integriert. Kernbereiche der Pflegeprävention sind ein umfassendes Assessment sowie Beratung und Begleitung der Betroffenen. Studien weisen die Wirksamkeit präventiver Pflege z. B. anhand einer verminderten Heimzuweisungsrate, reduzierter Krankenhausaufenthalte oder Sterblichkeitsraten nach. In diesen Fällen wurde Pflegeprävention von speziell qualifizierten Fachkräften durchgeführt (z. B. Pflegekraft für Geriatrie). Darüber hinaus zeigt sich, dass die Entwicklung eines individuellen Präventionsplanes

durch ein multidisziplinäres Team erfolgen sollte und Pflegeprävention in vorhandene Strukturen und Programme einzubinden ist (Ströbel, A. u. Weidner, F. 2002).

572. Wie nachhaltig Prävention von Pflegebedürftigkeit sein kann, zeigt ein Beispiel aus Dänemark. Hierbei handelte es sich um ein experimentelles Versorgungsprogramm für ältere Menschen und ihre Wohnbedingungen. Es wurde in einer Gemeinde in den neunziger Jahren durchgeführt. Die Ziele waren, allen Gemeindemitgliedern Gesundheitsleistungen (*health benefits*) anzubieten und der Prävention den Vorrang zu geben, um Gesundheit und Lebensqualität zu erhalten und zu fördern. Das Projektteam bestand aus je einem Vertreter der Heimhilfe (*home-help*), Besuchsdienste (*help-visiting*), Hauskrankenpflege (*home-nursing*) und Pflegeheime (*nursing home*) sowie zwei Seniorenvertretern. In dem Konzept hatte das Personal der Gesundheitsversorgung primär eine beratende Rolle und sollte ältere Menschen dabei unterstützen, weiterhin Verantwortung für sich zu übernehmen. Zeitweilige Schwächen in der Selbstversorgung konnten durch das Personal kompensiert werden. Die Strukturen eines in der Gemeinde vorhandenen Pflegeheims waren mit dem Konzept nicht zu vereinbaren. Insbesondere das Personal war zu stark auf „helfen“ und „sorgen“ ausgerichtet. Es wurde ein intensives Fortbildungsprogramm entwickelt, welches das Personal durchlaufen musste. Darüber hinaus wurde in der Gemeinde ein 24-Stunden-Gesundheitsbetreuungsdienst eingerichtet. Von dem früheren Konzept des Pflegeheims verabschiedete man sich vollkommen, die vorhandenen Räume wurden zu Privatwohnungen umgebaut. Die Rente wurde wieder direkt an die älteren Menschen ausbezahlt und diese waren für die Organisation der notwendigen Leistungen mit verantwortlich. In den bisherigen Heimräumen wurde ein Gesundheitsbetreuungszentrum eingerichtet, das das Personal der Heimhilfe, Hauskrankenpflege, Gesundheitsbesucher (*health visiting*), die Pflegeeinheit und die Tagesbetreuung unter einem Dach vereinte.

Im Ergebnis des Projektes kam es u. a. auch zu einer Verbesserung der Sozialkontakte der alten Menschen, zu dem Beschluss, dass Haushilfen (*home helpers*) eine zweijährige Grundausbildung erhalten. Ein neues Gesetz wurde verabschiedet, das allen Senioren über 75 Jahren zweimal im Jahr einen präventiven Beratungsbesuch der Gesundheitsdienste bietet. Letztendlich werden in Dänemark keine neuen Pflegeheime mehr gebaut (Wagner, L. 1998).

573. Pflegeprävention ist somit ein auszubauender Arbeitsbereich. Dies bedeutet Einbeziehung der Pflegenden in den beruflichen Schwerpunkt Prävention mit den Inhalten Information über Gesundheitsrisiken, Gesundheitserziehung und Möglichkeiten der Risikoverminderung. Die Kompetenzerweiterung sollte darüber hinaus aber auch den Schwerpunkt Gesundheitsförderung umfassen, verbunden mit Arbeitsinhalten wie Information über gesunde Verhaltensweisen, das Erkennen und die Nutzung menschlicher Gesundheitspotenziale oder die Förderung von Sozialkontakten (v. Maanen, H. 1996; Rosenbrock, R. 1998).

5.1.2.3 Gesundheitsförderung als berufliche Aufgabe der Pflege

574. Gesundheitsförderung folgt den Prinzipien, Risikostrukturen in der Lebens- und Arbeitsumwelt zu vermindern, Ressourcen für die Gesunderhaltung zu entdecken und zu

fördern sowie Empowerment-Prozesse in Gang zu setzen (vgl. Gutachten 2000/2001, Band I).

575. Am Beispiel der Umsetzung des WHO-Konzepts *Health Promoting Hospitals* soll gezeigt werden, was es für Pflegende bedeutet, berufliche Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung im Setting Krankenhaus zu erweitern. Die Umsetzung des Konzeptes bedeutet, Angebote neuer zusätzlicher gesundheitsfördernder Dienstleistungen für Mitarbeiter und Patienten zu implementieren, Gesundheitsprozesse im Rahmen der üblichen kurativen und pflegerischen Patientenversorgung gezielt zu fördern und das Krankenhaus zu einer gesünderen Arbeits- und Lebenswelt für Personal, Patienten und Besucher durch die Berücksichtigung von Gesundheit in allen operativen Entscheidungen der Organisation zu entwickeln (vgl. Gutachten 2000/2001, Bd. I).

Daraus resultieren für die Pflegenden im Krankenhaus folgende Aufgabenschwerpunkte:

1. Gesundheitsförderung im Pflegeleitbild deutlich verankern, Gesundheitsförderung zum Unternehmensleitbild werden lassen,
2. zusätzliche gesundheitsfördernde Leistungsangebote entwerfen, wie Angehörigenarbeit, Seminare zur Gesundheit und zur Krankheitsbewältigung,
3. in Gesundheitszirkeln die Bedingungen für die eigene Gesunderhaltung zu eruieren und Verbesserungsstrategien erarbeiten,
4. an der Gestaltung eines ökologischen Krankenhauses mitzuwirken (Brieskorn-Zinke, M. 1996).

576. Bei der Gesundheitsförderung im ambulanten Bereich spielen Laienpotenziale und Selbsthilfe eine wesentliche Rolle. Ein Aufgabenfeld für Pflegende sind hier Angebote für pflegende Angehörige. Dabei geht es um die Gesunderhaltung der Angehörigen, aber auch um die Vermittlung von Konzepten wie die aktivierende Pflege, die der Verbesserung des Zustandes Pflegebedürftiger dienen. Dass Pflegeberatung nachgefragt wird, zeigt ein Projekt der AOK Sachsen-Anhalt. Pflegeberatung als Service der Kasse nahmen im Jahr 2001 19 000 Versicherte in Anspruch, im Jahr davor waren es 12 200. Die Berater informierten über häusliche Pflege erleichterungen, gaben Hinweise zur alten- und pflegegerechten Wohnraumgestaltung und unterstützten Pflegebedürftige bei der Antragstellung (G+G 2002). Ein weiteres Feld zur Mitwirkung Pflegenden im ambulanten Bereich sind Gesundheitsseminare, die sich an Gemeindemitglieder richten, z. B. zu Ernährungsfragen, Stressvermeidung, Rhythmusförderung (Tagesstruktur), Körperpflege usw. Auch in Schulen und Kindergärten kann ein solches Arbeitsfeld liegen (Brieskorn-Zinke, M. 1996).

577. In Finnland ist die Berufsgruppe der Pflegenden im großen Umfang in die gesundheitsfördernde Arbeit eingebunden – wie das folgende Beispiel eines 10-Jahres-Projekts zur gemeindenahen Prävention von Myokardinfarkt zeigt. Hintergrund dieses Projektes war die Einführung von Automatisierungen in der Holzwirtschaft. Diese führte zu einer geringeren körperlichen Belastung bei den Holzfällern, die zusammen mit unveränderten Ernährungsgewohnheiten eine erhöhte Zahl von Herzinfarkten nach sich zog. In diesem Projekt konnten Pflegende neben Professionellen anderer Gesundheitsberufe durch Ernährungskurse und die Überwa-

chung des Gesundheitsstatus von Familien dazu beitragen, dass die Mortalität und die Morbidität in Bezug auf Myokardinfarkt in diesem Gebiet zurückging (v. Maanen, H. 1996).

Weitere Beispiele für den Einsatz Pflegenden im Bereich Gesundheitsförderung kommen ebenfalls aus Skandinavien. Hier sind telefonische Beratungen durch professionell Pflegende, die in Gesundheitszentren arbeiten, Alltag. In Großbritannien existieren seit mehr als vier Jahrzehnten *health visitors*, d. h. Fachkräfte für die gemeindenaher Gesundheitsförderung, die auch an der Umsetzung entsprechender gesundheitspolitischer Programme beteiligt sind. Weiterhin ist dort die Gemeindeentwicklung weitaus deutlicher mit der ambulanten pflegerischen Versorgung verzahnt (Zielke-Nadkarni, A. 1998). In Österreich wird seit 1997 eine Neuausrichtung der Pflege in Richtung Gesundheitsfürsorge betont. Demnach zählen Gesundheitsförderung und -beratung zum Tätigkeitsfeld der Pflege und umfassen sowohl Krankheits- und Unfallprävention als auch Hilfestellungen für Patienten und Angehörige beim Wechsel von der stationären in die ambulante Pflege sowie die Nachbetreuung von körperlich oder psychisch Kranken.

5.1.2.4 Probleme bei der Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung durch Pflegende in Deutschland

578. Probleme bei der Umsetzung von Pflegeprävention ergeben sich aus widersprüchlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen. So räumt die soziale Pflegeversicherung (SGB XI) zwar der Prävention einen Vorrang vor der Pflege ein. Aus diesem Vorrang ergibt sich allerdings kein Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen auf Prävention. Leistungen nach SGB XI werden nur bei Behinderung und/oder Krankheit gewährt. Für Prävention gibt es keine Vergütung. Unter dieser Anreizstruktur kommt pflegerischem Handeln bislang vor allem kompensatorische Funktion zu. Prävention ist Nebenprodukt einer pflegerischen Intervention, nicht deren Ziel. Dadurch werden die mit dem Gesetz verbundenen präventiven Ansätze, z. B. der aktivierenden Pflege, sowohl aus der Perspektive der Leistungserbringer als auch aus der Perspektive der pflegebedürftigen Menschen nicht durch Anreize gefördert: Gesundheitliche und funktionelle Verbesserung, die zu einer anderen (verbesserten) Einstufung der Pflegebedürftigkeit führen, geht für den Pflegebedürftigen zwangsläufig mit Leistungskürzungen aus der Pflegeversicherung einher (vgl. hierzu auch Abschnitt 5.2.2).

579. Ein besonderes Problem stellen die Unklarheiten in Bezug auf die Finanzierung präventiver pflegerischer Leistungen bei der Umsetzung gemeindenaher Pflegeprävention dar. Pflegeprävention tangiert eine Schnittstelle der Sozialgesetzgebung. So wäre es z. B. nach § 20 SGB V denkbar, Pflegepräventionsangebote für die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu erbringen. Für die Krankenkasse bestehen keine Anreize, Leistungen z. B. zur Verhütung von Pflegebedürftigkeit oder Vermeidung einer Heimeinweisung zu finanzieren, die letztendlich der Pflegeversicherung zugute kommen¹⁴⁶.

¹⁴⁶ Diese Problematik führt erneut zu der Frage nach der Zusammenführung von SGB V und SGB XI (vgl. hierzu auch Abschnitt 5.2.2).

580. Die Länder und Kommunen sind nach SGB XI u. a. für den Aufbau einer Pflegeversorgungsstruktur verantwortlich. Diese Formulierung lässt viel Spielraum für die Ausgestaltung auch einer Pflegeprävention. Die Kommunen halten aber in Deutschland eine vergleichsweise schlechte Infrastruktur für Pflegeprävention vor. Es mangelt z. B. an Wohnberatung, Anlaufstellen für Hochbetagte und ihre Angehörigen, Gesundheitszentren mit Beratungsangeboten für eine gesunde Lebensweise usw.

581. Probleme bei der Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich nicht zuletzt auch im Berufsfeld der Pflegenden selbst nachweisen. Nur die Hälfte der befragten Pflegenden in einer Krankenhausstudie ordnet Gesundheitsförderung als eine berufsspezifische Aufgabe zu. 50 % sehen Gesundheitsförderung doch eher als Tätigkeitsbereich der Ärzte, Diätassistenten oder Physiotherapeuten (Jacob, C. 2002).

Solche Ergebnisse könnten begründet werden mit Defiziten in der Ausbildungspraxis. Bislang fand keine Anpassung an die neuen Aufgaben der Pflege bei der Versorgung vor allem chronisch kranker Menschen und der Übernahme von Aufgaben der Gesundheitsvorsorge statt. In einer Studie konnte nachgewiesen werden, dass Themen wie Anleitung und/oder Schulung von Klienten und ihren Angehörigen lediglich in einem von fünf aktuellen Rahmencurricula der Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege berücksichtigt werden und auch in diesem Fall nur 48 von 1 760 Unterrichtsstunden für die Vermittlung von Grundkenntnissen zur Beratung und Anleitung vorgesehen sind. Die gleichfalls durchgeführte Analyse aktueller Lehrbücher der Pflege zeigt, dass nur in 8 der 35 untersuchten Fachbücher das Thema der Klienten-/Angehörigenschulung oder entsprechende Unterthemen, wie Anleitung, Beratung usw. im Index oder Inhaltsverzeichnis aufgeführt sind (Müller-Mundt, G. et al. 2000).

582. Nicht zuletzt könnten Erklärungen auch in einer eindeutigen Arbeitsverdichtung der Pflege im Krankenhaus in den letzten Jahren durch verkürzte Patientenverweildauern und steigende Fallzahlen bei gleichzeitiger Stagnation des vollzeiterwerbstätigen Pflegepersonals (Schaeffer, D. 2000; Arnold, M. et al. 2000) oder im Rückgang von qualifiziertem Personal in der ambulanten Pflege und Altenpflege liegen. So ist der Anteil gering oder nicht qualifizierter Arbeitskräfte sowohl in der ambulanten Pflege als auch in der stationären Altenpflege von 1996 bis 1999 im Vergleich zum Pflegefachpersonal überproportional gewachsen (Kuhlmeier, A. u. Winter, M. 2000).

5.1.2.5 Fazit und Empfehlungen

583. Pflegende sind die größte Berufsgruppe unter den Gesundheitsdienstleistern. Sie haben gemeinsam mit Ärzten eines der umfänglichsten Kontaktpotenziale mit kranken Menschen und deren Angehörigen. Dieses große Potenzial der Pflegenden muss in Zukunft stärker als bislang auch in Deutschland für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung genutzt und eingesetzt werden. In anderen Ländern sind hierzu bereits zahlreiche Ansätze erprobt und neue Strukturen für den Einsatz Pflegenden in der Prävention und Gesundheitsförderung implementiert.

584. Eine deutlichere Integration der Pflege in das krankheitsvorbeugende und gesundheitsfördernde Versorgungsge-
sehen bietet Chancen für eine Verbesserung der Versor-

gungsqualität sowie der Patientenorientierung des Gesundheitssystems. Um die präventiven Ressourcen, die in dem Berufsfeld der Pflege liegen, besser als bislang zu nutzen, sind gesundheitspolitische Weichenstellungen notwendig, die der Rat in der Weiterentwicklung gesetzlicher und struktureller Rahmenbedingungen sowie der Professionalisierung der Pflege selbst sieht.

585. Der Gesetzgeber verpflichtet die Pflege durch eine Reihe von unterschiedlichen Gesetzesgrundlagen zur Prävention, ohne in der Leistungsvergütung entsprechende Module zu integrieren, die den Leistungsträgern bei Erbringung von präventiven Maßnahmen als Abrechnungsgrundlage dienen. Der Rat empfiehlt, ein umfassenderes Leistungsgesetz für Pflege zu initiieren, in dem auch pflegerische Prävention mit stärkeren Anreizen kombiniert wird.

586. Die Gesundheitssicherung ist in Deutschland durch eine hohe Fragmentierung gekennzeichnet. Die medizinischen, sozialen und pflegerischen Versorgungsstrukturen sind zu wenig integriert. Es mangelt an Koordinierung, um ein Kontinuum von Dienstleistungen zu etablieren. Gemeindefähige Ansätze zur Gesundheitssicherung sind ein geeignetes Instrument, diese Defizite im Sinne einer stärker auf Prävention ausgerichteten Versorgungspraxis zu überwinden. Der Rat empfiehlt bei dieser Entwicklung, der Berufsgruppe Pflegenden eine Rolle zukommen zu lassen, die ihren Kompetenzen entspricht. Dies bedeutet zugleich, Prävention bei der Ausgestaltung neuer pflegerischer Ausbildungskonzepte in stärkerem Umfang zu berücksichtigen.

587. Die Politik möchte die Prävention zu einer eigenständigen Säule im deutschen Gesundheitswesen entwickeln, neben Therapie und Rehabilitation. Die Idee der Erweiterung des Sozialgesetzbuches (SGB) um ein zwölftes Buch ist ein möglicher Lösungsansatz für mehr Prävention. In diesem Kontext empfiehlt der Rat, das pflegerische Präventionspotenzial stärker als bisher zu betonen.

588. Zukünftig wird es darum gehen, Prävention und Gesundheitsförderung als zentrale Komponenten der Pflege deutlicher zu kommunizieren. So muss z. B. in Studien zur Qualitätssicherung noch stärker das präventive Potenzial der Pflege nachgewiesen werden. Darüber hinaus geht es darum, die Effektivität von Modellen und Ansätzen anderer Länder für die hiesigen Strukturen und die Übertragungsbedingungen internationaler Erfahrungen zu prüfen. Dabei kommt der Pflegeforschung eine zentrale Aufgabe zu. Der Rat empfiehlt eine Forschungsförderung, die diese Bereiche der Pflegeforschung vermehrt unterstützt.

5.2 Qualität in der Rehabilitation

5.2.1 Sicherung der Qualität der medizinischen Rehabilitation durch geeignete Vergütungssysteme

5.2.1.1 Einführung

589. Angesichts der ansteigenden Zahl chronisch Kranker, die dem Wortsinne nach allein mit kurativen Mitteln nicht oder nur unzureichend behandelt werden können, bildet die Förderung von Rehabilitation – neben dem Ausbau der Prävention – unter den strukturellen und funktionalen Effizienzreserven im deutschen Gesundheitssystem eine der wichtigsten Optionen. Der Rat hält daher die Stärkung dieser Bereiche sowie ein verbessertes Management ihrer Schnittstellen

zum kurativen System für notwendig (vgl. auch Gutachten 2000/2001, Bände I und III). Außerdem sind weitere Schritte zur Anpassung von Rehabilitation an den individuellen Bedarf der Patienten¹⁴⁷ nötig.

Mit der Zusammenfassung und Aktualisierung des gesamten Rehabilitationsrechts im SGB IX hat der Gesetzgeber schon wesentliche Schritte hierzu unternommen. Der Rat sieht allerdings noch Defizite in der Umsetzung des Gesetzes, so dass weiter die Notwendigkeit besteht, den Grundsätzen

- einer Teilhabe der Betroffenen¹⁴⁸,
- eines verbesserten und individualisierten Zugangs zu den Leistungen,
- einer Abstimmung der Träger untereinander,
- einer übergreifenden (möglichst ergebnisbezogenen) Qualitätssicherung sowie
- angemessener vertraglicher Beziehungen zu den Leistungserbringern

tatsächlich Geltung zu verschaffen.

590. Derzeit bieten neue gesundheitspolitische Entwicklungen wie die geplanten Disease-Management-Programme (DMP) und die Einführung von diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRG) im Krankenhaus für den Bereich der medizinischen Rehabilitation neue Chancen und Herausforderungen, aber auch qualitätswirksame Risiken. Das Wissen um diese Risiken – vor allem um die möglicherweise negativen Auswirkungen der DRG auf nachgelagerte Sektoren – muss dazu führen, bereits im Vorfeld durch geeignete Maßnahmen entgegenzusteuern (vgl. unten).

Die Chance, die die Einbindung der Rehabilitation in die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke bietet, wurde bislang unzureichend genutzt (vgl. auch Abschnitt 6.2). DMP werden zumeist nur als Bestandteil der ambulanten kurativen Versorgung gesehen; eine Beteiligung der Rentenversicherung ist überdies vorerst nicht geplant. Damit wird in der Versorgung chronisch Kranker weiterhin die Segmentierung der Versorgung beibehalten und nicht – wie von Seiten der Politik häufig proklamiert – „der Patient in den Mittelpunkt gestellt“. Der Rat fordert deshalb für die zukünftige Weiterentwicklung der DMP den Einbezug der Rehabilitation und rehabilitationspezifischer Konzepte¹⁴⁹.

¹⁴⁷ Der Rat verwendet im Folgenden vereinfachend den Begriff „Patient“, wohlwissend, dass vor allem das SGB IX weitergefasst von „Behinderten“ oder „von Behinderung bedrohten Menschen“ im Sinne von „Betroffenen“ spricht. Die Zuweisung einer „passiven Rolle“ soll mit dem hier verwendeten Begriff nicht verbunden sein. Auch ist mit der ausschließlichen Verwendung der maskulinen Form keine Missachtung der besonderen Bedürfnisse weiblicher Betroffener beabsichtigt. Sie erfolgt ausschließlich aus Gründen der einfachen Lesbarkeit.

¹⁴⁸ Über die Entwicklung der Teilhabe behinderter Menschen muss die Bundesregierung gemäß § 66 SGB IX den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes erstmals am 31. 12. 2004 berichten.

¹⁴⁹ In seinem Gutachten 2000/2001 hat der Rat vor allem für chronische, obstruktive Lungenerkrankungen, die zum „Katalog“ der vier für DMP vorgesehenen Erkrankungen gehören, für die Aufnahme rehabilitativer Behandlungselemente in Disease-Management-Maßnahmen plädiert (Gutachten 2000/2001, Band III.2, Ziffer 246).

5.2.1.1.1 Gesetzliche Ziele und Aufgaben der Rehabilitation

591. § 1 SGB IX besagt: Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen, „um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“. Das Gesetz (§ 2 SGB IX) bezieht chronisch Kranke (implizit aber hinreichend deutlich) mit ein, denn es stellt fest: Menschen sind behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen“¹⁵⁰; sie sind von Behinderung bedroht, wenn diese Beeinträchtigung zu erwarten ist.

592. Die Ziele der bereitzustellenden Leistungen der Rehabilitation werden wie folgt festgelegt (§ 4 Abs. 1 SGB IX):

- „die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern“,
- „Einschränkungen der Erwerbstätigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (...)“,
- „die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder“,
- „die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und (...) eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen (...)“.

Deshalb sagt das Gesetz (§ 9 SGB IX) zur Ausgestaltung aller Rehabilitationsleistungen noch einmal verdeutlichend: „Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung“ soll den „berechtigten Wünschen“ der Versicherten entsprochen und „auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen“ werden. Die Leistungen und Dienste sollen Raum lassen zur „eigenverantwortlichen Gestaltung ihrer Lebensumstände“ und ihre Selbstbestimmung fördern.

593. Trotz der formalen Freiheiten der Kostenträger in der Vertragsgestaltung will der Gesetzgeber, dass alle Rehabilitationsträger nach gemeinsamen Empfehlungen vorgehen (§ 13 SGB IX). Diese sollen u. a. regeln:

- welche Maßnahmen überhaupt geeignet sind,
- in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen Leistungen angeboten werden, insbesondere um eine durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern,
- in welchen Fällen und in welcher Weise der behandelnde Hausarzt oder Facharzt und der Betriebs- oder Werksarzt in die Einleitung und Ausführung von Leistungen einzubinden sind,
- den Informationsaustausch mit behinderten Beschäftigten, Arbeitgebern und den in § 83 SGB IX genannten

¹⁵⁰ Die Anknüpfung des Behinderungsbegriffs an den für das Lebensalter typischen Zustand ist allerdings eine Schwachstelle im SGB IX. So kann z. B. Pflegebedürftigkeit im hohen Alter nie „typisch“ sein, auch wenn es „zahlenmäßig“ der Fall sein sollte. Es bedarf also normativer Wertungen (vgl. auch Welti, F. 2002).

Vertretungen zur möglichst frühzeitigen Erkennung des individuellen Bedarfs an voraussichtlich erforderlichen Leistungen zur Teilhabe sowie

- die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen, ferner
- die statistische Erfassung der Anzahl, des Umfangs und der Wirkungen der Maßnahmen.

Diese Rahmenempfehlungen sollen nicht von den Rehabilitationsträgern allein festgelegt werden. Vielmehr sind die Verbände Behinderter, der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände zu beteiligen, koordiniert über die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (§ 13 SGB IX).

594. Spezifisch für die medizinische Rehabilitation legt der Gesetzgeber folgende Teilziele fest (§ 26 Abs. 1 SGB IX):

- Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten sollen abgewendet, beseitigt, gemindert, ausgeglichen oder eine Verschlimmerung verhütet werden;
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit sollen vermieden, überwunden, gemindert, oder eine Verschlimmerung verhütet werden.

Dabei umfasst die medizinische Rehabilitation nicht nur somatisch trainingsmedizinische Konzepte und physiotherapeutische Übungs- und ggf. Mobilisierungsprogramme. Es geht zugleich und darüber hinaus um die Weiterentwicklung der subjektiven und praktischen Patientenkonzepte zum Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Dabei sollen auch Aspekte der Krankheitsbewältigung, die Entwicklung neuer bedingter, im Idealfall sogar verbesserter Gesundheit sowie das persönliche und eigenverantwortliche Potenzial zur Entwicklung präventiver und angemessener Umgangsweisen mit Risiken und Einbußen, mit bisher ungenutzten Möglichkeiten und mit sozialen Bezügen, einschließlich der Arbeitswelt, Berücksichtigung finden.

595. Es ist bekannt, dass die subjektiven Konzepte des Patienten Einfluss darauf haben, wie er zur medizinischen Behandlung insgesamt eingestellt ist, wann und wie häufig er die Hilfe des Gesundheitssystems in Anspruch nimmt, wie er mit den behandelnden und betreuenden Professionellen umgeht und welche individuellen Ressourcen er zur Krankheitsbewältigung mobilisieren kann oder will (vgl. z. B. Ziegler, G. 1989; Greer, S. et al. 1979). Deshalb sollten die subjektiven Krankheitskonzepte eines Menschen als wesentliche Bedingung für seine Bewältigungsversuche erkannt und verstanden sowie als wichtige Komponente in therapeutische und therapiebegleitende Prozesse integriert werden (vgl. Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 3).

Verschiedene Umfragen und Studien zur Compliance¹⁵¹ sowie zu Dauer und Inhalten eines Gesprächs zwischen Arzt

¹⁵¹ Je nach Krankengruppe befolgen 20 bis 80 % der Asthmakranken, Epileptiker, Diabetiker, Hypertoniker und Rheumatiker die ärztlichen Anordnungen nicht. Ferner werden viele verschreibungspflichtige Arzneimittel in den Apotheken unangebrochen zurückgegeben. Zum Teil entspricht der Wert zurückgegebener Arzneimittelpackungen 30 % der im gleichen Zeitraum verkauften Arzneimittel (vgl. Addendum zum Gutachten 2000/2001, Abschnitt 5.2).

und Patient¹⁵² deuten allerdings darauf hin, dass derzeit im kurativen System offenbar ein Ort für den chronisch Kranken bzw. den mit Chronifizierung von Krankheit und deren Folgen bedrohten Kranken fehlt, an dem ausreichendes Ausprechen, Zuhören, Verstehen, biographisches Deuten und Einüben, also ein nicht überwiegend substanz- und eingriffszentrierter Umgang mit Krankheit und Kranksein stattfinden kann. Idealtypisch sollte dies zumindest sowohl in der Hausarztpraxis wie gerade auch in der Rehabilitation gewährleistet sein.

596. Dabei geht es hier nicht um „Behandlungslyrik“, um den nur schöneren Umgang mit Krankheit und Kranksein. Es geht nicht um *nice to have*, sondern um *need to have*. Es ist empirisch belegt (vgl. z. B. Denollet, J. u. Brutsaert, D. L. 2001), dass beispielsweise Patienten mit koronaren Herzerkrankungen, bei denen es gelingt, neben trainingsmedizinischer und mobilisierender Rehabilitation die psychischen Leiden, Symptome und Verarbeitungsmuster der Betroffenen zu beeinflussen, mit größerer Wahrscheinlichkeit überleben und länger überleben als lediglich kurativ versorgte.

Weitere Analysen haben Belege für die Kosteneffektivität von medizinischer Rehabilitation gegenüber anderen Interventionen erbracht (vgl. z. B. Schwartz, F. W. 1998). Vorläufige Ergebnisse neuerer deutscher Untersuchungen zeigen auch, dass strukturierte Schulungsprogramme im Rahmen patientenindividuell abgestimmter stationärer Rehabilitationsleistungen bei Indikationen wie Spondylitis ankylosans oder chronischer Polyarthritiden – im Vergleich zur Referenzgruppe ohne derartige Programme – zu deutlichen Kosteneinsparungen durch Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitstagen bzw. Verzögerung des Eintretens einer Erwerbsunfähigkeitsberentung führen und somit die Kosten des Schulungsprogramms um ein Vielfaches überkompensieren (Wasem, J. et al. 2002).

5.2.1.1.2 Überblick über Rehabilitationsstrukturen und Leistungsgeschehen

597. Im Jahr 2000 gab es in Deutschland 1 393 stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit ca. 190 000 Betten, in denen über 2 Millionen Patienten versorgt wurden. Über ein Viertel der aufgenommenen Behandlungsfälle wurden direkt aus einem Krankenhaus zu einer Anschlussheilbehandlung (AHB) in eine Rehabilitationseinrichtung eingewiesen. Die durchschnittliche Verweildauer lag insgesamt bei 25,8 Tagen. Seit 1991 hat die Anzahl der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland um etwa 18 %, die Anzahl der Betten um über 30 % zugenommen. Die Fallzahl stieg in diesem Zeitraum um ca. 39 %, die Zahl der Pflegetage dagegen nur um etwa 15 %. Nach einem deutlichen Rückgang der Bettenauslastung im Jahr 1997

¹⁵² Die Ergebnisse einer europäischen Vergleichsstudie in der hausärztlichen Praxis zeigten, dass die in Deutschland dokumentierten Gespräche im Durchschnitt am kürzesten, am stärksten medizinisch orientiert und am wenigsten patientenzentriert waren (Bahrs, O. 2001 und 2003; vgl. auch Deveugele, M. et al. 2002). Außerdem gaben junge Klinikärzte in Niedersachsen in einer vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) durchgeführten, allerdings nicht repräsentativen Umfrage an, dass in akutstationären Krankenhäusern 75 % der Ärzte nicht ausreichend Zeit für die Patienten hätten (o. V. 2001).

steigt diese seither wieder an (Statistisches Bundesamt 2001c).

598. Seit dem 1. Januar 1997 ist der Vorrang stationärer vor ambulanter Leistungen zur Rehabilitation in der GRV entfallen. Allerdings ist der Anteil ambulanter Leistungen an allen Rehabilitationsleistungen der GRV auch im Jahr 2001 noch sehr gering: So wurden 2001 von den 892 687 abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe der GRV nur etwa 3,4 % ambulant erbracht (VDR 2002). Trotzdem ist eine deutliche Steigerung zu verzeichnen: Beispielweise nahmen die Leistungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) im Bereich der ambulanten/teilstationären Rehabilitation von 1999 auf 2000 um 67 % zu. Seit 1997 haben sich die durchgeführten Leistungen mehr als versechsfacht (Schillinger, H. 2001).

Für die Durchführung ambulanter bzw. teilstationärer Leistungen werden von der BfA derzeit etwa 350 Einrichtungen genutzt, wobei 38 Zentren allein für solche Maßnahmen in Anspruch genommen werden¹⁵³. Die BfA geht davon aus, dass in absehbarer Zeit weitere Einrichtungen für die ambulante/teilstationäre Rehabilitation zugelassen werden (Schillinger, H. 2001). Da es sich in der Regel jedoch um stationäre Rehabilitationseinrichtungen handelt, die zusätzlich für ambulante Leistungen geöffnet wurden bzw. werden, ist eine wohnortnahe ambulante Versorgung in solchen Einrichtungen nur in wenigen Einzelfällen möglich.

Mit dem SGB IX wurden Voraussetzungen geschaffen, den Ausbau der ambulanten Leistungsform weiter voranzutreiben. Dazu zählen z. B. der in § 19 Abs. 2 SGB IX festgeschriebene Vorrang ambulanter bzw. teilstationärer Leistungsformen (vorausgesetzt, die Rehabilitationsziele sind mit vergleichbarer Wirksamkeit erreichbar), der Anspruch auf Entgeltfortzahlung oder Übergangsgeld auch bei ambulanter Ausführung und die Stärkung der Wunsch- und Wahlrechte der Leistungsberechtigten. Es ist deshalb zu hoffen, dass der Anteil der ambulanten Leistungen stärker zunimmt als bisher. Das gilt auch für die GKV, für die eine entsprechende Entwicklung wegen mangelnder gesetzlicher und damit auch vertraglicher Grundlagen bislang nicht zu beobachten war (vgl. auch Abschnitt 5.2.1.2.2).

599. Der Anteil der Ausgaben für stationäre und teilstationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen an den Gesundheitsausgaben insgesamt (alle Ausgabenträger¹⁵⁴) betrug im Jahr 2000 ca. 3,4 % (7,4 Mrd. Euro) und blieb in den letzten Jahren relativ unverändert (Statistisches Bundesamt 2002). Die Betrachtung der Entwicklung der Ausgaben für verschiedene Behandlungsarten zeigt, dass die Ausgaben für „stationäre Kurzbehandlung“ den geringsten Anstieg auf-

weisen¹⁵⁵. Die expansivsten Bereiche sind die stationäre Behandlung und die Versorgung mit Arzneien, Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnersatz (vgl. Abbildung 27, S. 199).

Angesichts eher pessimistischer Prognosen zur wirtschaftlichen Entwicklung in den kommenden Jahren ist zu befürchten, dass erneut eine Kostendämpfungsdebatte die Fragen nach der Qualität der Versorgung vor allem chronisch Kranker in den Hintergrund drängt. Unter diesem Einfluss könnten die angesichts der Bedarfsentwicklung weiteren notwendigen strukturellen Investitionen und Mittelallokationen in die Bereiche Prävention und Rehabilitation, die nach wie vor zu den Unterversorgungsbereichen im Gesundheitswesen zählen (vgl. Gutachten 2000/2001, Band III), unterbleiben, verzögert werden oder unterhalb des Bedarfs erfolgen.

5.2.1.2 Qualitätsrelevante Aspekte im Bereich der medizinischen Rehabilitation

5.2.1.2.1 Auswirkungen der Einführung von DRG im Krankenhaus auf die medizinische Rehabilitation

Vorbemerkungen

600. Der Rat hat in seinem Gutachten 2000/2001 die Richtungsentscheidung des Gesetzgebers zugunsten einer Vergütung von Krankenhausleistungen nach diagnosebezogenen Fallpauschalen (*diagnosis related groups*, DRG) grundsätzlich positiv bewertet (Band II, Ziffer 563). Er betrachtet DRG nach wie vor generell als Instrument zur Verbesserung der Kosten- und Leistungstransparenz im Krankenhaus sowie – durch ein damit ermöglichtes Benchmarking – als Instrument des Qualitätsmanagements, das Anreize zu wirtschaftlicherer Versorgung und zur Kapazitätsanpassung setzt. Der Rat hat allerdings auch darauf hingewiesen, dass dies voraussichtlich mit einer dauerhaften Erhöhung der administrativen Kosten verbunden sein wird (Gutachten 2000/2001, Band II, Ziffer 567).

Zugleich hat der Rat darauf aufmerksam gemacht, dass die mit den DRG verbundenen wirtschaftlichen Anreize zu unerwünschten Reaktionen auf Seiten der Krankenhäuser führen können: Generell setzen Fallpauschalen den ökonomischen Anreiz zu einer Ausdehnung der Fallzahlen, einer Verkürzung der Verweildauer, zur Patienten- bzw. Fallselektion, unter Umständen zu qualitätsmindernden Reduktionen des Ressourceneinsatzes pro Fall, zu einer Einstufung von Patientenfällen in eine möglichst hoch vergütete Fallgruppe sowie zur Leistungs- und Kostenverlagerung auf benachbarte Versorgungsbereiche (Band II, Ziffer 487 und Ziffern 492 ff.).

Der Rat möchte in diesem Zusammenhang auf die besonderen Belange von Menschen mit schwerwiegenden Behinderungen bzw. chronischen Krankheiten und daraus resultierendem besonderen Behandlungsbedarf hinweisen. DRG dürfen nicht dazu führen, dass diese Personengruppe systematisch benachteiligt wird. Die Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR) hat aller-

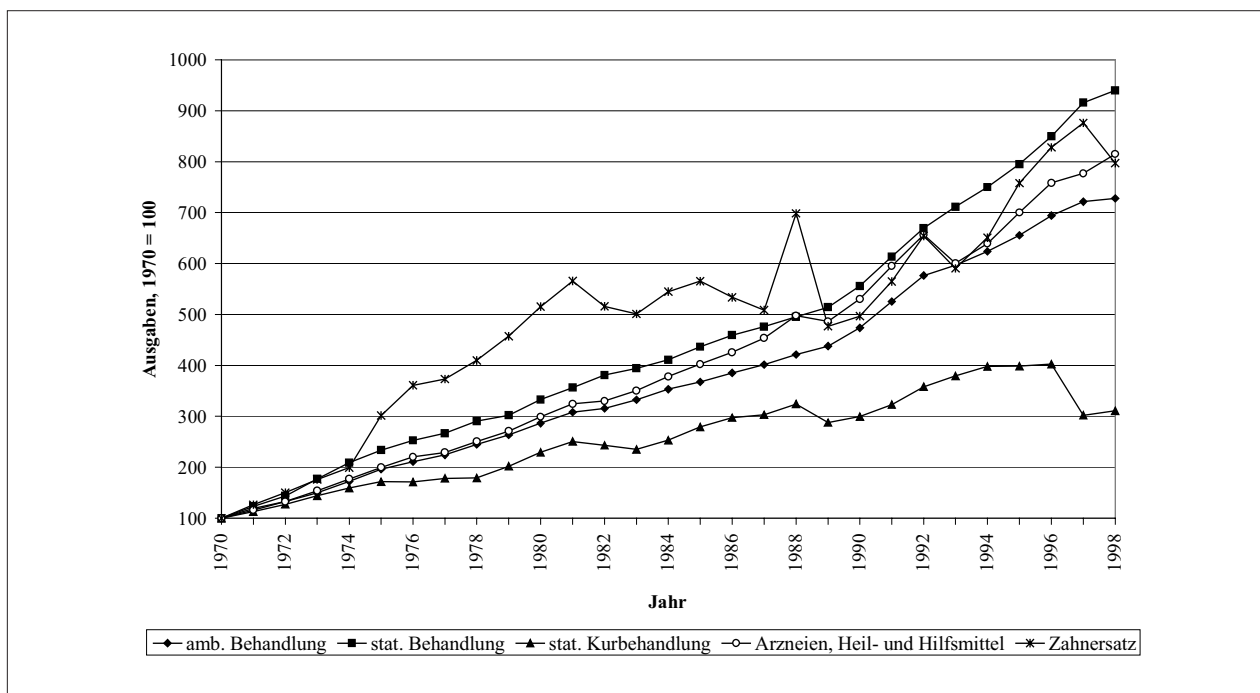
¹⁵³ Die von der GRV für die ambulante Rehabilitation zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen werden zum Teil auch von der GKV (insbesondere von Mitgliedskassen des VdAK/AEV) in Anspruch genommen. Darüber hinaus hat der VdAK/AEV bundesweit zurzeit 90 ambulante Rehabilitationseinrichtungen zugelassen.

¹⁵⁴ Hauptausgabenträger sind die GRV und GKV mit einem Anteil von je etwa 40 % der Ausgaben für stationäre und teilstationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Weitere Ausgabenträger sind öffentliche Haushalte (ca. 11 %), Arbeitgeber (ca. 7 %), Private Haushalte (ca. 2 %) und PKV (ca. 1 %) (Statistisches Bundesamt 2002).

¹⁵⁵ Ausgaben für ambulante oder teilstationäre medizinische Rehabilitation wurden in der alten Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes nicht explizit ausgewiesen; in der neuen Gesundheitsausgabenrechnung ist eine Gliederung nach Behandlungsarten (vorbeugende und betreuende Maßnahmen, Behandlung, Krankheitsfolgeleistungen, etc.) insgesamt nicht mehr vorhanden.

Abbildung 27

**Entwicklung der Ausgaben für Behandlung seit 1970 im früheren Bundesgebiet
(alle Ausgabenträger; 1970=100)**



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Bundesamtes (2001b)

dings Fallbeispiele aufgelistet, die zeigen, dass bislang eine adäquate Abbildung der Versorgung von Patienten mit besonderem Behandlungs- und Hilfebedarf im Rahmen der DRG nicht möglich ist (DVfR 2002). Dies ist nach der Systematik der DRG auch nicht zu erwarten. Daher sind aus Sicht des Rates für die Behandlung dieser Patienten spezielle Vergütungsregelungen einzuführen (z. B. Zuschläge oder Vergütung außerhalb des DRG-Systems, analog zur Psychiatrie).

601. Zur Verminderung der mit den Anreizen von DRG verbundenen Gefährdung der Versorgungsqualität hat der Rat Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements (Band II, Ziffern 126 ff. und 295 ff.), Verbesserungen der Leistungs-, Qualitäts- und Kostentransparenz, Maßnahmen zur Stärkung der Nutzerkompetenz sowie die Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren bei der Leistungsvergütung empfohlen (Band II, Ziffer 564). Allerdings konnte bislang über die künftige Ausgestaltung der meisten dieser Maßnahmen unter den beteiligten Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung keine Einigkeit hergestellt werden. Auch die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung befinden sich noch in der Entwicklung und werden zu Beginn des Jahres 2003 nur in geringem Umfang einsatzbereit sein (Buschner, G. 2002). Es ist somit abzusehen, dass die Empfehlung des Rates, die Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen „von Beginn an“ mit angemessenen Qualitätsmanagementmaßnahmen zu begleiten (Band II, Ziffer 564), nicht bzw. nur sehr unvollkommen in

die Praxis umgesetzt werden wird. Damit entsteht die Gefahr, dass die gesundheitspolitisch unerwünschten und die zum Teil in Bezug auf die gesundheitlichen Outcomes inakzeptablen Anreizwirkungen der Abrechnung nach Fallpauschalen „ungebremst“ zum Tragen kommen.

Ökonomische Effekte der DRG-Einführung im Krankenhaus

602. Für die Gesamtheit des in der Vergangenheit stets expandierenden akutstationären Sektors setzt die Politik Hoffnungen in die Wirkungen des neuen Vergütungssystems über Fallpauschalen. Diese Hoffnungen gehen von der Annahme aus, dass die Verweildauern in deutschen Akutkrankenhäusern sinken werden.

Die Größenordnung möglicher Einspareffekte ist schwer einzuschätzen. Der Effekt wird vermutlich dadurch abgeschwächt, dass es bereits jetzt jährlich sinkende Verweildauern im Krankenhaus gibt, während weiterhin Zunahmen bei der Zahl der Leistungsfälle zu beobachten sind¹⁵⁶. Darin

¹⁵⁶ So ist in Deutschland die Fallzahl je 10 000 Einwohner zwischen 1991 und 2000 um ca. 15 % (von 1 741 auf 2 004) gestiegen, während im gleichen Zeitraum die durchschnittliche Verweildauer um ca. 30 % (von 14,6 auf 10,1 Tage) zurückging. Insgesamt sank die Zahl der Krankenhaus-Pflegetage in Deutschland zwischen 1991 und 2000 um ca. 18 % (von ca. 203 Millionen auf 167 Millionen Tage) (Statistisches Bundesamt 2001c).

können auch „Drehtüreffekte“, also Wiedereinweisungen ins Krankenhaus nach Rückfall aufgrund zu früher Entlassung aus dem Akutbereich, unzureichender Stabilisierung des Gesundheitszustandes des Kranken oder fehlender ambulanter oder postakutstationärer Auffangstrukturen enthalten sein¹⁵⁷.

603. Aus US-amerikanischen Beobachtungen der achtziger Jahre lässt sich schlussfolgern, dass durch verkürzte Verweildauern bzw. durch DRG-Effekte im Akutkrankenhaus „eingesparte“ Krankenhaustage nicht „verschwinden“, sondern zu einem nicht zu vernachlässigenden Anteil an anderer Stelle, also in den nachgelagerten ärztlich-ambulanten, pflegerischen oder ambulanten bzw. stationär-rehabilitativen Diensten, wieder „auftauchen“¹⁵⁸ (vgl. z. B. Schwartz, F. W. u. Busse, R. 1995). Auch neuere Untersuchungen der Effekte von DRG in den USA zeigen, dass zwar die Krankenhausaussgaben reduziert werden konnten, die gesamten Gesundheitsausgaben jedoch nicht gesunken sind (Coffey, R. M. u. Luis, D. Z. 2000). Bestätigt wird dies durch internationale Studien, in denen DRG-Anwender-Länder mit Nichtanwender-Ländern verglichen wurden (vgl. z. B. Forgione, D. A. u. D’Annunzio, M. 1999; Rochell, B. u. Roeder, N. 2000).

604. Eine Modellrechnung für Deutschland von Neubauer, G. und Nowy, R. (2002) geht davon aus, dass sich durch die Einführung der DRG die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus bis zum Jahr 2010 um vier Tage reduzieren wird. Auch hier wird unterstellt, dass die Reduzierung der Liegezeit zu einer Ausweitung der Versorgung in anderen Sektoren führt. Unter der Annahme, dass 5 % (bzw. 10 % bzw. 20 %) der Verweildauerverkürzung auf die Rehabilitation verlagert werden und dass demographiebedingt die Fallzahl im Krankenhaus bis 2010 auf 19 Millionen Fälle im Jahr ansteigt, kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass ceteris paribus im Jahr 2010 im Bereich der Rehabilitation 3,8 (bzw. 7,6 bzw. 15,2) Millionen zusätzliche Leistungstage anfallen werden. Das wäre – bezogen auf die 52,8 Millionen Leistungstage in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2000 (vgl. Statistisches Bundesamt 2001c) – ein Mehrbedarf an Leistungstagen in der Rehabilitation von 7,2 % (bzw. 14,4 % bzw. 28,8 %) im Jahr 2010 (siehe Tabelle 35).

Bei den gegenwärtig bestehenden „Budgets“ auch für den Bereich der Rehabilitation stellt sich die Frage, ob dieser Mehrbedarf mit entsprechenden finanziellen Mitteln befriedigt wird, also ggf. im akutstationären Sektor eingesparte Ressourcen zumindest teilweise an anderen Stellen zur Verfügung stehen¹⁵⁹, oder ob Leistungen der Rehabilitation bei Patienten, die nicht aufgrund eines akuten Ereignisses Rehabilitationsmaßnahmen benötigen, sondern chronisch krank oder behindert sind, eingespart werden.

¹⁵⁷ Auch die Wiederaufnahme desselben Patienten unter geänderter Diagnose in einer anderen Abteilung desselben Krankenhauses führt zu steigenden Fallzahlen in der Akutversorgung. Dies kann aufgrund der ökonomischen Anreize von DRG in Zukunft vermehrt auftreten.

¹⁵⁸ So sind in den USA pro eingespartem Pflgetag im Krankenhaus etwa 0,7 zusätzliche ambulante Arztkontakte (Fälle) zu verzeichnen gewesen (Schwartz, F. W. u. Busse, R. 1995). In Deutschland zeichnete sich in den letzten Jahren ebenfalls eine gegenläufige Entwicklung der Zahl der Krankenhaus-Pflgetage und der Zahl der GKV-Abrechnungsfälle ambulanter ärztlicher Behandlung ab. Dies wird sich durch die Einführung der DRG vermutlich noch verschärfen.

Tabelle 35

Mehrbedarf in der Rehabilitation aufgrund Verweildauerverkürzung^{a)} und Fallzahlsteigerung^{b)} im Krankenhaus – Prognose für 2010

Annahme über den Anteil der auf die Rehabilitation verlagerten Verweildauerverkürzung ^{a)} im Krankenhaus	Zusätzliche Leistungstage in der Rehabilitation (in Millionen)	Mehrbedarf an Leistungstagen in der Rehabilitation (bezogen auf 52,8 Millionen Leistungstage im Jahr 2000)
5 %	3,8	7,2 %
10 %	7,6	14,4 %
20 %	15,2	28,8 %

a) Annahme: Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus von 10 auf 6 Tage als DRG-Effekt.

b) Annahme: Steigerung der Fallzahl im Krankenhaus von 16 Millionen auf 19 Millionen als demographischer Effekt.

Quelle: In Anlehnung an Neubauer, G. u. Nowy, R. (2002)

Veränderung des Patientenklientels, der Aufgabenstellung und der Strukturen in der medizinischen Rehabilitation

605. Sowohl der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung als auch der Rat haben in ihren Gutachten 2001 jeweils darauf hingewiesen, dass die akutstationären Krankenhäuser angesichts ihrer mangelnden finanziellen Verzahnung mit den ambulanten und rehabilitativen Bereichen durch die zeitinvarianten DRG-Pauschalen unter einen starken Anreiz gesetzt werden, den ambulanten und den rehabilitativen Sektor als „Verschiebebahnhof“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2001, S. 256) zu benutzen, um Fälle und Kosten dorthin zu verlagern.

606. Die durch DRG erzielbare Verkürzung der Verweildauer in Krankenhäusern bietet Patienten zwar einerseits die Chance, rechtzeitig Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu erhalten. Andererseits besteht durch die fallpauschalierte Vergütung der Anreiz, Patienten zu früh nach Hause oder in nachgelagerte Versorgungsbereiche zu entlassen¹⁶⁰. Damit wird voraussichtlich auch die Zahl der AHB-Fälle weiter steigen: Patienten, die aufgrund ihrer familiären

¹⁵⁹ Wenn von je einem Tag eingesparter akutstationärer Versorgung relevante Anteile (vgl. Fußnote 158) an anderer Stelle „umfinanziert“ versorgt werden müssen, könnte es bei gleicher oder besserer „rehabilitativer Versorgungseffizienz“ als im Krankenhaus zwar insgesamt zur Freisetzung von Wirtschaftlichkeitspotentialen kommen. Dieser Gewinn stellt sich aber keineswegs „automatisch“ ein.

¹⁶⁰ Dabei würde es sich dann jedoch um einen Verstoß sowohl gegen § 39 Abs. 1 SGB V als auch – spezifisch für „rehabilitationsbedürftige“ Patienten und falls entsprechende rehabilitative Nachsorgestrukturen fehlen oder keine diesbezüglichen Vereinbarungen zwischen Krankenhaus- und Rehabilitationsträgern existieren – gegen § 27 SGB IX handeln, wonach die in den §§ 10 und 26 Abs. 1 SGB IX genannten Grundsätze betroffenenorientierter Leistungsgestaltung und -koordinierung „auch bei den Leistungen der Krankenbehandlung“ gelten.

Situation zu Hause nicht versorgt werden können und die deshalb bisher in den Kliniken – ohne die Erbringung therapeutischer Maßnahmen – weiter betreut wurden (z. B. ältere Herzinfarkt-Patienten), werden zum frühestmöglichen Zeitpunkt in eine Rehabilitationseinrichtung (oder in eine Pflegeeinrichtung) entlassen werden. Dies kann auf der einen Seite positive Effekte haben, indem nun akutranke Patienten, die bisher nicht oder „verspätet“ rehabilitativ versorgt wurden, nun Leistungen der medizinischen Rehabilitation überhaupt bzw. rechtzeitig in Anspruch nehmen können. Andererseits kann diese Entwicklung bei unveränderter Budgetierung der Rehabilitation dazu führen, dass die Zahl der „konventionellen“ Rehabilitationsfälle abnimmt und so also weniger chronisch Kranke Zugang zu den Einrichtungen der stationären medizinischen Rehabilitation erhalten.

607. Die nachgelagerten ambulanten und rehabilitativen Bereiche müssen durch die frühzeitigeren Krankenhausentlassungen voraussichtlich mit einer Zunahme der durchschnittlichen medizinischen Fallschwere der Patienten rechnen¹⁶¹. Zum Teil ist dies bereits jetzt schon spürbar. So werden z. B. operativ versorgte herzkranken Patienten immer häufiger bereits am 7. oder 8. postoperativen Tag, also in einem noch sehr versorgungsaufwändigen und pflegebedürftigen Zustand, aus der Akutklinik in Rehabilitationseinrichtungen verlegt. Dort muss der Patient zunächst akut weiter versorgt werden, bevor – mit zeitlicher Verzögerung – die vollumfängliche rehabilitative Therapie begonnen werden kann. Damit bleiben schon jetzt weniger Verweiltage für die eigentliche Rehabilitation übrig. Während die heutigen Akutkrankenhäuser so schrittweise immer mehr den Charakter von Intensiveinrichtungen annehmen werden, werden die rehabilitativen Einrichtungen zukünftig vermehrt deintensivierte akutstationäre Aufgaben übernehmen müssen. Dies würde wiederum eine gesicherte hohe Fachqualifizierung des pflegerischen und ärztlichen Personals in den Rehabilitationseinrichtungen, die Sicherung einer angemessenen Personal-Betten-Relation und medizintechnischen Ausstattung erfordern (vgl. Lünen, M. u. Lauterbach K. W. 2001).

608. Es ist weiterhin festzustellen, dass bereits jetzt manche Akutkliniken Vorbereitungen dafür treffen, nach der Einführung der DRG einzelne Bereiche in „Rehabilitationsstationen“ umzuwandeln bzw. mit Rehabilitationseinrichtungen zu fusionieren¹⁶², um eventuelle finanzielle Verluste zu kompensieren. Eine Umwidmung von „Akutbetten“ in „Rehabilitations-Betten“ im Krankenhaus wird jedoch zum Aufbau von „zusätzlichen Versorgungsstrukturen“ (Blatt, O. 2001) in der stationären Rehabilitation und damit tendenziell zu einem Überversorgungsgrad¹⁶³ führen, denn ein „Mechanismus“ zum Abbau von vorhandenen Betten in Rehabilitationseinrichtungen wird mit der Einführung der DRG nicht installiert.

¹⁶¹ Würde eine Rehabilitationseinrichtung einen Patienten mit der Begründung, dass der Patient noch nicht „rehabilitationsfähig“ sei, an eine Akutklinik zurücküberweisen, könnte sie wegen ihrer eher schwachen Stellung am Markt eventuell die Klinik als Einweiser verlieren. Mit Hilfe transparenter Kriterien für die Qualitätssicherung bzw. transparenter Patientenklassifikationen könnte diesem Problem entgegengetreten werden.

¹⁶² Eine Befragung von 166 Krankenhäusern (angeschrieben wurden 695 Krankenhäuser mit mehr als 250 Planbetten) zeigt, dass bereits fast 50 % der Krankenhäuser eine Fusion mit Rehabilitationseinrichtungen angedacht haben und ca. 10 % in die konkrete Planung eingetreten sind (Borges, P. u. Schmidt, R. 2002).

Vor allem erscheint es auch fraglich, ob die personellen und strukturellen Qualitätsanforderungen an eine zeitgemäße und den Zielen des SGB IX (§§ 1 bis 4) entsprechende Rehabilitation in diesen neuen „Rehabilitationseinrichtungen“ von Akutkrankenhäusern erfüllt sein werden. Die Rehabilitationsträger sind deshalb aufgerufen, beim Abschluss von Versorgungsverträgen (nach § 111 SGB V, § 15 Abs. 2 SGB VI und § 21 SGB IX) mit solchen an Akutkliniken angegliederten Rehabilitationseinrichtungen Qualitätsmerkmale konsequent zu berücksichtigen. Ist die Qualität dieser Einrichtungen hinreichend gesichert, müssen, um einen Überversorgungsgrad zu vermeiden, in Umsetzung des § 21 Abs. 3 SGB IX ggf. Verträge mit bereits zugelassenen, fachlich jedoch nicht geeigneten Rehabilitationseinrichtungen gekündigt werden.

Es ist nicht auszuschließen, dass solche „Umstrukturierungen“ im Krankenhaus weitere Anreize zum „Rosinenpicken“ setzen: Für ein Akutkrankenhaus mit angeschlossener „Rehabilitationsabteilung“ wäre es lukrativ, die „leichten“ Rehabilitationsfälle zu behalten und die schwereren Fälle mit potenziellem Bedarf an akutmedizinischer Behandlung in die nachgelagerten Rehabilitationskliniken „abzuschieben“, obwohl gerade solche „schwereren Fälle“ aufgrund der Ausstattung im Krankenhaus dort besser betreut werden könnten. Auch dadurch entstünde für die Rehabilitationskliniken eine neue „Patientenstruktur“ mit Patienten, die mehr (akutmedizinische) Leistungen benötigen als die im Rehabilitationsbereich der Akutkrankenhäusern verbleibenden Patienten.

609. Es ist fraglich, ob eine Profil- bzw. Aufgabenänderung der Rehabilitationseinrichtungen hin zu akutstationären Aufgaben, wie sie vermutlich mit der Einführung von DRG im Krankensektor einhergehen wird, noch mit der von der Sache her gebotenen und erst im Jahr 2001 vom Gesetzgeber (SGB IX) – mit Blick auf die Bedarfe chronisch Kranker und Kranker mit vorhandenen oder drohenden Einschränkungen oder Behinderungen – fixierten Aufgabenstellung einer qualitätsgesicherten Rehabilitation vereinbar ist (vgl. Abschnitt 5.2.1.1.1). Eine partielle Verlagerung von akutstationären Routinen in die Rehabilitationskliniken sollte zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden, aber sie darf nicht zu Lasten einer angemessenen rehabilitativen Versorgung der Patienten gehen. Grundsätzlich hat das erstversorgende Krankenhaus durch seinen Versorgungsauftrag für den Patienten die komplette Akutversorgung sicherzustellen.

Mit der durch das SGB IX eingeführten Ergänzung des § 39 SGB V, die am 1. Juli 2001 in Kraft getreten ist, wurde explizit klargestellt, dass die akutstationäre Behandlung „auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“ umfasst (§ 39 Abs. 1 SGB V). Durch diese Leistungen soll das vorhandene Rehabilitationspotenzial eines Patienten bis zu seiner Entlassung bzw. Verlegung genutzt werden. Sie gehen über Frühmobilisation und Sozialberatung hinaus (zur Abgrenzung der Frührehabilitation von der weiterführenden medizinischen Rehabilitation vgl. nachfolgenden Exkurs; vgl. auch Stucki, G. et al. 2002b).

¹⁶³ Bei einem Angebot von 1 393 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit ca. 190 000 Betten und einem durchschnittlichen Auslastungsgrad von etwa 76 % (Angaben für das gesamte Bundesgebiet im Jahr 2000; vgl. Statistisches Bundesamt 2001c) kann nicht von einem generellen Unterversorgungsgrad in der stationären weiterführenden Rehabilitation gesprochen werden.

Exkurs: Abgrenzung der Frührehabilitation von der weiterführenden medizinischen Rehabilitation

610. Zur Abgrenzung der Frührehabilitation von der weiterführenden medizinischen Rehabilitation ist es sinnvoll, den Krankheitsverlauf in verschiedene Phasen einzuteilen: So kann zwischen einer „ersten Akutphase“ (Akutphase I), einer „zweiten Akutphase“ (Akutphase II) und einer „nicht-akuten Phase“ bzw. einer „medizinischen Rehabilitationsphase“ unterschieden werden (vgl. auch Tabelle 36, S. 203).

- Die „erste Akutphase“ umfasst vorrangig die Akutbehandlung des Patienten (Diagnostik und Therapie). Soweit Frührehabilitation geboten ist – i. d. R. abhängig von der Indikation – wird diese in Form einer „ergänzenden Frührehabilitation“, also als ein sekundärpräventiv und rehabilitativ ausgerichtetes Programm mit Fokus auf die von der Krankheit betroffenen Körperfunktionen und Strukturen sowie Aktivitäten erbracht¹⁶⁴.
- In der „zweiten Akutphase“ steht problemorientiert und anteilsmäßig zwar weiterhin die Akutbehandlung im Vordergrund, Notwendigkeit und Intensität der Rehabilitation sind gegenüber der Kuration jedoch nahezu gleichgewichtig. Soweit geboten, wird Frührehabilitation überwiegend im Sinne einer „umfassenden Rehabilitation“, also bezogen auf alle Komponenten der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), erbracht¹⁶⁵.
- In der nicht-akuten „medizinischen Rehabilitationsphase“ steht die „weiterführende medizinische Rehabilitation“ in Form einer „umfassenden Rehabilitation“ im oben genannten Sinne im Vordergrund. Zur differenzierten Abgrenzung gegenüber der Frührehabilitation sind – über alle Rehabilitationsträger hinweg – gemeinsame Kriterien zur Definition der „Rehabilitationsfähigkeit“ festzulegen.

„Ort der Leistungserbringung“ ist in der Akutphase I zwingend der akutstationäre Sektor, in der Akutphase II kann er sowohl das Akutkrankenhaus als auch – falls anschließend eine weiterführende medizinische Rehabilitation indiziert ist – die entsprechend personell und apparativ ausgestattete Rehabilitationseinrichtung sein. Die weiterführende medizinische Rehabilitation sollte in spezifischen (ambulanten oder stationären) Rehabilitationseinrichtungen stattfinden. Für gefährdete Patienten müssen dort gewisse akutmedizinische Überwachungsprotokolle sowie Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden.

Die für die Erbringung von Leistungen der Frührehabilitation notwendigen Strukturen und Konzeptionen sind in den deutschen Krankenhäusern erst in Ansätzen vorhanden (Stucki, G. et al. 2002a und 2002b). Durch Einführung von DRG in Akutkrankenhäusern und den dadurch ausgelösten Kostendruck ist es fraglich, ob dort die Strukturen für Frührehabilitation weiter ausgebaut werden (vgl. auch Abschnitt 5.2.1.3.2).

5.2.1.2.2 Weitere qualitätsrelevante Aspekte im Bereich der medizinischen Rehabilitation

611. Nachteilig für eine „lückenlose Versorgung“ chronisch kranker und behinderter Menschen ist, dass die Rehabilitation zu einem anderen Rechts- und Vertragsraum gehört als die Krankenbehandlung. Denn hinsichtlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind in der GKV und GRV die Versicherten zwar anspruchsberechtigt (§ 11 Abs. 2 SGB V), die Festlegung von Art, Dauer und Umfang der Rehabilitationsleistungen erfolgt jedoch allein – unter Berücksichtigung der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls – nach pflichtgemäßem Ermessen des Versicherungsträgers (§ 40 Abs. 3 SGB V). Es handelt sich nach geltendem Recht bei diesen Leistungen somit zwar auch um „Regelleistun-

gen“, de facto werden sie aber oft wie Ermessensleistungen gehandhabt. Versicherungsverträge in der PKV sehen sogar größtenteils keinen formalen Anspruch auf Rehabilitation vor, ggf. setzt ihre Erstattung die vorherige freie Zustimmung der Versicherung voraus¹⁶⁶. Die damit faktisch existierende „Marktmacht“ der Träger bzw. Versicherer hat zum Teil zu einseitig durchgesetzten Preisabsenkungen gegenüber Rehabilitationsanbietern mit konsekutivem Abbau von rehabilitationsspezifischer qualifizierter Dienstleistung geführt. Der Rat spricht sich deshalb für eine funktionale und rechtliche bzw. vertragsrechtliche Gleichstellung von medizinischer Rehabilitation mit der kurativen akutstationären Versorgung aus, so dass die Rehabilitation als essentieller Bestandteil der Versorgung chronisch Kranker in gesicherten Indikationsgruppen auch de facto „Regelleistung“ wird.

612. Zu den offensichtlichen Lücken einer angemessenen Versorgung chronisch kranker Patienten gehören insbesondere die immer spürbarer werdenden fehlenden gesetzlichen und damit auch vertraglichen Regelungen zur ambulanten Rehabilitation in der GKV (vgl. auch Gutachten 2000/2001, Band III, Textziffern 351 ff.). Sie werden sich unter den zu

¹⁶⁴ Bei manchen Indikationen, wie z. B. Herzinfarkt oder Schlaganfall, ist ergänzende Frührehabilitation integraler Bestandteil einer evidenzbasierten Behandlungsstrategie.

¹⁶⁵ Zur detaillierten Erläuterung und Abgrenzung von ergänzender und umfassender Frührehabilitation vgl. Stucki, G. et al. (2002a).

¹⁶⁶ Die PKV verweigert allerdings immer häufiger bei PKV-Patienten, die zugleich gesetzlich rentenversichert sind oder irgendwann in der Vergangenheit über fünf Jahre Pflichtbeiträge zur GRV gezahlt haben, die Leistungszusage nicht nur zur rehabilitativen Anschlussheilbehandlung, sondern definiert akutstationäre Weiterbehandlung nach frühzeitiger Akutentlassung als „Rehabilitations-Leistung“ um und verweist die Patienten an die GRV als Rehabilitations-Träger. Sie suchen sich insoweit auf Kosten der gesetzlichen Solidarsysteme – auch im Hinblick auf die DRG-Einführung – zu entlasten.

Tabelle 36

Abgrenzung der Frührehabilitation gegenüber der weiterführenden medizinischen Rehabilitation

Unterscheidungsmerkmal	Frührehabilitation	Weiterführende medizinische Rehabilitation
Krankheitsphase	erste und zweite Akutphase ^{a)}	nicht-akute Phase
Zeitlicher Bezug zur Gesundheitsstörung	Früh in der Sequenz nach Eintritt einer akuten Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit ^{b)} einsetzend	Spät in der Sequenz nach einer (akuten) Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit ^{b)} einsetzend
Akutmedizinischer kurativer Bedarf	hoch, dauernd oder intermittierend	nicht vorhanden oder gering
Akutmedizinische diagnostische und/oder therapeutische Infrastruktur	notwendig	nicht grundsätzlich notwendig
Rehabilitationsfähigkeit	oft eingeschränkt durch die akute Gesundheitsstörung und die Belastung durch die akutmedizinische Versorgung	gegeben; eventuell eingeschränkt durch persönliche und/oder umweltbezogene Kontextfaktoren
Hauptzielsetzung der Rehabilitation	Wiederherstellung der Basisfunktionen ^{c)} ; Vermeidung einer drohenden bleibenden Beeinträchtigung von Aktivitäten und Partizipation	Wiederherstellung der über die Basisfunktionen ^{c)} hinausgehenden Fähigkeiten; Verminderung oder Behebung einer manifesten Beeinträchtigung von Aktivitäten und Partizipation
Rehabilitationskonzeption	„ergänzende Frührehabilitation“: Programm mit Fokus auf die von der Krankheit betroffenen Körperfunktionen, Strukturen und Aktivitäten. „umfassende Frührehabilitation“: umfassendes Programm bezogen auf alle Komponenten der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (sinnvoll frühestens in der zweiten Akutphase)	umfassendes Programm bezogen auf alle Komponenten der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

a) Erste Akutphase: umfasst die akutmedizinische Diagnostik und Therapie; diese wird bei entsprechender Indikation durch „ergänzende Frührehabilitation“ flankiert.

Zweite Akutphase: der Patient ist weiterhin auf eine akutmedizinische diagnostische und/oder therapeutische Infrastruktur angewiesen; Notwendigkeit und Intensität der Rehabilitation sind gegenüber der Kuration nahezu gleichgewichtig.

b) Unter dem Begriff der „funktionalen Gesundheit“ werden die von der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) erfassten Komponenten „Körperfunktionen und Strukturen“, „Aktivitäten“ und „Partizipation“ zusammengefasst.

c) Zu den Basisfähigkeiten zählen neben der Mobilität die weitgehende Unabhängigkeit in den einfachen Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die Kommunikation mit und die Orientierung in der Umwelt.

Quelle: In Anlehnung an Stucki, G. et al. (2002b), inhaltlich modifiziert

erwartenden DRG-Effekten auf die Entlassungspolitik vieler Krankenhäuser verstärkt bemerkbar machen.

Obwohl der Gesetzgeber für den GKV-Bereich eine Klärung dieser Frage über die „Gesamtverträge“ den Verbänden der Kassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen schon vor Jahrzehnten (vgl. § 73 Abs. 3 SGB V) aufgegeben hat, haben sich beide Parteien bis heute nicht einigen können, ob ambulante Rehabilitation zur vertragsärztlichen Leistung erklärt oder ihre Erbringung außerhalb des KV-gestützten Behandlungsmonopols eindeutig geregelt werden soll. Ein konstruktiver Dialog der involvierten Interessengruppen fehlt. Diese Steuerungs- und Koordinationsprobleme aufgrund systemimmanenter Interessensgegensätze und mangelhafter, meist nicht vorhandener Steuerungsinstrumente verhindern eine leistungsfähige, multimodale, dem Willen des Gesetzgebers entsprechende ambulante Rehabilitation, die diesen Namen verdient. Sie existiert dementsprechend nicht im GKV-Bereich.

Auch in der PKV sind die Rechts- und Vertragsgrundlagen für ambulante Rehabilitationsleistungen nicht hinreichend geklärt.

Dabei ist die Effektivität ambulanter Rehabilitation vielfach belegt¹⁶⁷. Auch die Notwendigkeit und Dringlichkeit ambulanter Rehabilitation sind erkannt und es wurden in der Vergangenheit hierzu einige Modellprojekte durchgeführt. Momentan entwickelt z. B. die BfA die „Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge (IRENA)“ zur Stabilisierung von Rehabilitationseffekten insbesondere bei verhaltens- und

¹⁶⁷ Zum Beispiel zeigen zwei neue Studien, dass sich in den Indikationsbereichen Kardiologie und Orthopädie die Behandlungsergebnisse zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation kaum unterscheiden (www.uke.uni-hamburg.de/argf bzw. www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag1).

übungsbezogenen bzw. lebensstiländernden Maßnahmen bei chronisch Kranken als mehrwöchige ambulante Leistung nach stationärer Rehabilitation. Aber auch dieses Konzept der GRV ist nicht flächendeckend, nicht für alle Diagnosen¹⁶⁸ und nicht für alle Träger verfügbar.

Auch wenn mit dem SGB IX der ambulanten Rehabilitation unter gewissen Voraussetzungen der Vorrang gegenüber der stationären Leistungserbringung eingeräumt wurde (§ 19 Abs. 2 SGB IX), stehen dem derzeit noch defizitäre Finanzierungskonzepte, Fehlanreize bei der Mittelverwendung, Abgrenzungsprobleme der Schnittstellen sowie Informations- und Beratungsdefizite sowohl bei den Kassen und den Leistungserbringern als auch bei den Patienten entgegen.

613. Zu den bestehenden Versorgungsmängeln zählen auch fehlende Verknüpfungen von Rehabilitation und Pflege und insbesondere die mangelnde Umsetzung von „Rehabilitation in der Pflege“ im Rahmen der Pflegeversicherung mit ihren prospektiv immer wichtiger werdenden Leistungen. Ein wesentlicher Grund der letztgenannten Defizite ist, dass der Gesetzgeber weder im seit 1995 geltenden Pflegegesetz noch in der Neu-Kodifizierung des Rehabilitationsrechts im SGB IX die Träger der Pflegeversicherung auch zu Trägern der Rehabilitation gemacht hat. Da aber Leistungen zur Rehabilitation nur ein „Rehabilitationsträger“ erbringen darf, ist der Weg zu einer „Rehabilitation in der Pflege“ als Leistung der Pflegeversicherung versperrt. Dabei wäre es durchaus sinnvoll, auch der Pflegeversicherung diesen Leistungsanspruch zuzuweisen, da Rehabilitation ja laut Gesetz nicht nur Pflegebedürftigkeit (vgl. § 4 SGB IX) „vermeiden“ soll, also als Leistung im Vorfeld, als Rehabilitation „vor“ der Pflege ihren Platz hat, sondern sie (§ 4 Abs. 1 Ziffer 2 SGB IX) nach dem Willen des Gesetzgebers auch Pflegebedürftigkeit „zu überwinden, zu mindern“ oder ihre „Verschlimmerung zu verhüten“ hat (zu weiteren Ausführungen vgl. Abschnitt 5.2.2).

614. Außerdem besteht ein Defizit für Personen mit geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderungen, die sich in den Angebotsstrukturen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG befinden. Insbesondere wenn es sich um ältere behinderte Menschen handelt, sind die Leistungsgesetze, die Leistungsträger und auch die Rehabilitations-Einrichtungen auf die hier notwendige konzeptionelle, rechtliche und reale angebotsorientierte Verknüpfung von medizinischer mit sozialer Rehabilitation und ggf. mit Pflegeleistungen nicht eingestellt. Dabei besteht die Gefahr, dass diese Patienten in Pflegeheime oder nicht adäquat rehabilitativ agierende geriatrische Abteilungen abgeschoben werden (vgl. z. B. Hessisches Sozialministerium et al. 2001).

5.2.1.3 Vergütung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation

5.2.1.3.1 Vorbemerkungen

615. Überlegungen zu Zielen und Zielgruppen von Rehabilitation bilden die Voraussetzung für eine angemessene Vergütung rehabilitativer Leistungen, jedenfalls soweit die Vergütung Auswirkungen auf die Funktion von Rehabilitation in der Versorgung von chronisch Kranken und Behinderten

bzw. den mit Chronifizierung von Krankheit und deren Folgen bedrohten Kranken hat. So können Maßstäbe und Erfahrungen aus der Akutmedizin nicht ohne weiteres auf den Bereich der Rehabilitation übertragen werden, da zwischen den Sektoren Unterschiede in der Zielsetzung, den konzeptionellen Anforderungen, der Zuweisung und den Behandlungsprozessen bestehen (vgl. Tabelle 37, S. 205).

616. Weiterhin müssen unterschiedliche Formen der medizinischen Rehabilitation mit unterschiedlichen Zielsetzungen und Anforderungen unterschieden werden (vgl. auch Exkurs, S. 444, insbesondere Tabelle 36). Berücksichtigt werden muss dabei, dass hinsichtlich des „administrativen Verlaufs“ eines Behandlungsfalles verschiedene Möglichkeiten existieren (vgl. auch Abbildung 28, S. 206):

(1) Nach der Akutbehandlung wird zunächst ambulant (oder teilstationär) weiterbehandelt, bevor eine weiterführende Rehabilitation angetreten wird.

(2) Es erfolgt, z. B. nach einem operativem Eingriff, zunächst eine spezifische stationäre Weiterbehandlung in derselben oder einer anderen Klinik (z. B. Geriatrie oder Onkologie, z. B. wegen Chemotherapie) und danach die Rehabilitation.

(3) In die Akutversorgung ist eine Phase der „Frührehabilitation“ einbezogen. Diese wird in der Akutklinik durchgeführt, da der Anteil der Akutmedizin überwiegt.

(4) Der Patient wird nach der Akutversorgung in eine andere Klinik, i. d. R. in eine spezifische Rehabilitationseinrichtung verlegt, bedarf aber neben der Rehabilitation noch der akuten medizinischen Betreuung oder Überwachung i. S. von „Akutrehabilitation“.

Einem Teil dieses modularen Behandlungsverlaufs wurde im bisherigen Vergütungssystem im Krankenhaussektor durch die „A- und B“-Fallpauschalen Rechnung getragen¹⁶⁹. Verschiedentlich gehen die Überlegungen dahin, über die bisherige Regelung hinaus jede einzelne „Behandlungsebene“ mit spezifischen Fallpauschalen oder auch die gesamte Behandlung einschließlich der Rehabilitation mit „Komplexpauschalen“ zu vergüten, um eine bessere Integration von Akutversorgung und Rehabilitation zu erreichen. Da Krankenhäuser jedoch faktisch die „Definitionsmacht“ über den Beginn der Rehabilitation besitzen, werden vor allem Komplexpauschalen voraussichtlich dazu führen, die finanziellen Ressourcen der Akutversorgung zu stärken und somit die Stellung und die Qualität der Rehabilitation zu mindern. Der Rat spricht sich deshalb unter den gegebenen Rahmenbedingungen weiterhin für eigenständige Vergütungssysteme in der Akutversorgung und der Rehabilitation aus. Dennoch besteht auch im Bereich der Vergütung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation Reformbedarf.

5.2.1.3.2 Vergütung frührehabilitativer Leistungen

617. Wie in Abschnitt 5.2.1.2.1 beschrieben, stellen Leistungen zur Frührehabilitation einen Bestandteil der akutstationären Behandlung dar. Damit fallen sie in den Geltungsbereich des DRG-Vergütungssystems, wobei es (zumindest

¹⁶⁸ Ambulante Rehabilitation kann allerdings auch nicht bei allen Diagnosen Anwendung finden.

¹⁶⁹ A-Fallpauschale = Akutbehandlung, B-Fallpauschale = Weiterbehandlung bis zur Erreichung der Rehabilitationsfähigkeit; werden beide Leistungen in einem Haus erbracht, können auch beide Fallpauschalen abgerechnet werden.

Tabelle 37

**Vergütungsformrelevante Unterschiede zwischen Akutbehandlung im Krankenhaus
und medizinischer Rehabilitation**

Versorgungsaspekt	Akutversorgung	Medizinische Rehabilitation
Konzeption	Konzeptionelles Bezugssystem ist i. d. R. das bio-medizinische Krankheitsmodell. Vorrangige Ziele sind Diagnose und Linderung bzw. Heilung einer Erkrankung, woraus sich eine primär kurzfristige Zielperspektive ergibt. Zur Zielerreichung dienen (apparative) diagnostische Maßnahmen, medikamentöse und chirurgische Interventionen sowie Krankenpflege.	Zu Grunde gelegt wird das bio-psycho-soziale Modell von Krankheit und Behinderung. Die Zielperspektive ist mit der Wiedereingliederung in Beruf, Familie und Gesellschaft mittel- bis langfristig ausgerichtet. Im Vordergrund der rehabilitativen Behandlung stehen v. a. übende und trainierende Verfahren, Beratung, psychologische Verfahren, Gesundheitsbildung und Patientenschulung sowie Medikamente und Hilfsmittel. Idealerweise findet auch eine Verknüpfung mit beruflicher und sozialer Rehabilitation statt.
Zuweisung und Voraussetzung der Inanspruchnahme	Die Einweisung erfolgt meist durch einen niedergelassenen Arzt, der i. d. R. auch das behandelnde Krankenhaus bestimmt. In Notfallsituationen ist auch eine direkte Einweisung möglich. Die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung wird letztendlich durch das Krankenhaus festgestellt.	Die Zuweisung erfolgt auf Antrag nach Bewilligung und Begutachtung durch den Rehabilitationsträger. Das Verfahren umfasst die Festlegung von Art, Umfang, Beginn und Dauer sowie der behandelnden Einrichtung. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten.
Behandlungsprozess	Abgeleitet aus dem Therapiekonzept ergibt sich, dass der größte Ressourceneinsatz zu Beginn der Behandlung entsteht. Idealtypisch erfolgt eine Abnahme der Therapiedichte gegen Ende des Aufenthalts. Mit zunehmendem Schweregrad einer Erkrankung geht i. d. R. die Zunahme des Ressourceneinsatzes einher. Auch Multimorbidität kann durch höheren Ressourceneinsatz berücksichtigt werden. Die Behandlung endet, sobald der Patient entlassungsfähig ist; idealtypisch ist dies durch weitgehende Heilung erreicht.	Der Ressourceneinsatz verteilt sich relativ gleichförmig über die gesamte Behandlungsdauer. Im Einzelfall – wenn der Patient belastbarer wird – ist auch eine Zunahme der Therapiedichte möglich. Zwischen dem Schweregrad einer Erkrankung und dem Ressourceneinsatz besteht in der Rehabilitation keine eindeutige Beziehung. Dagegen ergibt sich aus Multimorbidität i. d. R. ein erhöhter Behandlungsbedarf, da Nebenerkrankungen ggf. auch akutmedizinisch versorgt werden müssen. Als Ende einer rehabilitativen Behandlungsphase könnte die Befähigung eines Patienten, den Rehabilitationsprozess eigenständig fortsetzen zu können, gelten.
Verweildauer	Eine Verkürzung der Verweildauer ist durch Optimierung von Behandlungsabläufen möglich. Allerdings besteht die Gefahr des Eintretens von (späteren) Komplikationen und anschließenden Wiederaufnahmen.	Eine Optimierung von Behandlungsabläufen zur Reduzierung der Verweildauer ist nur begrenzt möglich. Eine Verweildauerverkürzung führt i. d. R. zur Reduktion von Therapiequantität und Behandlungsqualität.
Wiederaufnahmen und Verlegungen	Die Wiederaufnahme eines Patienten nach dessen Entlassung bzw. eine Verlegung zwischen zwei Krankenhäusern ist möglich und findet vergleichsweise häufig statt.	Wiederaufnahme bzw. Verlegung eines Patienten zwischen zwei Rehabilitationseinrichtungen sind eher selten.

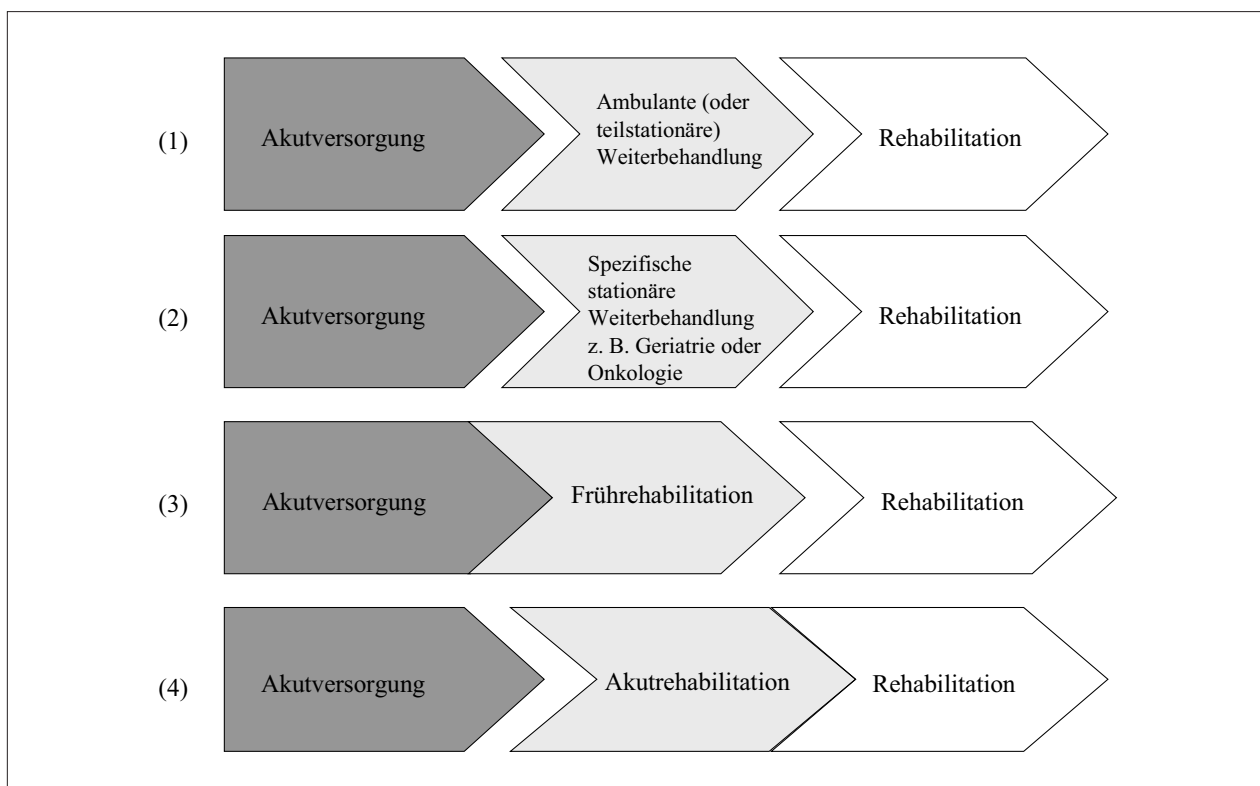
Quelle: In Anlehnung an Haaf, H.-G. (2002a)

aus Sicht der Krankenkassen) keine eigenen DRG für Frührehabilitation im Krankenhaus geben soll, sondern diese Leistungen mit den „Akut-DRG“ abgedeckt wären. Es wird argumentiert, dass die Kalkulation der neuen Entgelte auf der Basis von Ist-Kosten durchgeführt werde, und so prinzipiell auch zukünftig genügend Mittel für die Erbringung frührehabilitativer Leistungen zur Verfügung stehen würden (Blatt, O. 2001). Da Strukturen zur Erbringung frührehabilitativer Leistungen in den Krankenhäusern größtenteils noch

nicht umfassend existieren, ist diese Argumentation jedoch fragwürdig. Außerdem würde eine solche DRG-Kalkulation nur Durchschnittswerte berücksichtigen, es würden also i. d. R. sowohl Patienten mit als auch ohne Rehabilitationsbedarf in die Kostenkalkulation einbezogen (Mischkalkulation), so dass die Vergütung frührehabilitativer Leistungen ggf. nicht kostendeckend wäre und den Anreiz in sich trage, Leistungen zur Frührehabilitation nicht zu erbringen bzw. die Patienten in andere, nachgelagerte Bereiche zu verschie-

Abbildung 28

Möglichkeiten für den administrativen Verlauf eines Behandlungsfalles



Quelle: In Anlehnung an Rochell, B. u. Roeder, N. (2002); modifiziert und erweitert

ben. Dies könnte insbesondere bei der umfassenden Frührehabilitation im Rahmen der Akutphase II¹⁷⁰ der Fall sein, so dass zumindest hier eine „eigenständige“ Vergütung notwendig erscheint.

618. Auch in den meisten anderen DRG-Anwenderländern werden frührehabilitative Leistungen nicht über DRG vergütet. So erfolgt in Australien die Vergütung für als „subakut“ eingestufte Patienten¹⁷¹ im Akutkrankenhaus bisher zumeist über Tagessätze. Daneben wurden auch prospektive Vergütungssysteme für die Rehabilitation in Betracht gezogen. Das System SNAP (*Subacute and Non-Acute Patient Classification*)¹⁷², das sich zurzeit noch in der Entwicklungsphase befindet, soll sowohl in Rehabilitationseinrichtungen als auch in Krankenhäusern Anwendung finden. Nach einer Eingruppierung gemäß der Diagnose erfolgt eine weitere Gruppierung durch Anwendung von Messverfahren, die

¹⁷⁰ Zur Definition vgl. Exkurs auf S. 202.

¹⁷¹ Die Einstufung als „subakut“ zur Rehabilitation erfolgt aus mehreren Situationen heraus: Rehabilitation vor Entlassung, in der Zwischenphase vor erneuter akuter Behandlung, vor Verlegung in die weiterführende Rehabilitation oder mit enger akutmedizinischer Anbindung (Köhler, F. 2002).

¹⁷² Neben der Rehabilitation umfasst SNAP auch Kategorien für palliative Versorgung, Gerontopsychiatrie, geriatrisches Assessment und Behandlung sowie Langzeitpflege (Köhler, F. 2002).

Krankheitskonsequenzen, das Rehabilitationspotenzial sowie den Rehabilitationsbedarf berücksichtigen (z. B. Functional Independence Measure (FIM) oder Barthel-Index). Das aus den bisherigen finanziellen Anreizen resultierende „Missbrauchspotenzial“ bei der Einstufung der Patienten als „subakut“ soll durch die fallpauschalierte Vergütung nach SNAP reduziert werden (Köhler, F. 2002).

619. Eine andere Möglichkeit zur Vergütung frührehabilitativer Leistungen in Akutkrankenhäusern könnten separate DRG für frührehabilitative Behandlungsfälle¹⁷³ sein, wobei als Differenzierungsmerkmal für die DRG-Gruppierung der rehabilitative Behandlungsbedarf herangezogen werden könnte. Bisher sind therapeutische Unterschiede nicht gruppenrelevant. Als Indikator für frührehabilitative Behandlungsfälle könnten beispielsweise die neu in den OPS-301 Version 2.0 aufgenommenen Codes 8-550 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) bzw. 8-551 (Multimodale frührehabilitative Komplexbehandlung) herangezogen werden (vgl. Rochell, B. u. Roeder, N. 2002). Hierzu müsste natürlich geprüft werden, ob anhand dieser Prozedur

¹⁷³ Im Gegensatz zu speziellen Tages- oder Fallpauschalen für frührehabilitative Leistungen, die zusätzlich zu den „Akut-DRG“ abgerechnet würden, bzw. zu Fallpauschalen i. S. von „Akut-DRG“, die unabhängig vom tatsächlichen Bedarf frührehabilitative Leistungen (anteilig) vergüten.

renkodes eine ausreichende Differenzierung hinsichtlich der Identifikation von relevanten Unterschieden in den Behandlungskosten möglich ist.

620. Da die Ermittlung und Einführung spezieller prospektiver Pauschalen für frührehabilitative Fälle kurzfristig nicht realisierbar ist, andererseits aber die Vergütung im Rahmen der „Akut-DRG“ negative Anreize hinsichtlich der tatsächlichen Erbringung der Leistungen in sich birgt, sollte zumindest übergangsweise – in Anlehnung an die bisher in Australien angewandte Vergütungsregelung – für frührehabilitative Behandlungsfälle (insbesondere in der Akutphase II) eine gesonderte Vergütung, z. B. in Form von tagesgleichen Pflegesätzen, angedacht werden. Um eine zu starke Mengenausweitung zu vermeiden, sollte die Gewährung solcher „Zuschläge“ an bestimmte Voraussetzungen hinsichtlich Struktur- und Prozessqualität geknüpft werden.

Vorteil einer „geteilten“ Vergütung im oben genannten Sinne wäre auch, dass der Anreiz, noch nicht rehabilitationsfähige Patienten in Rehabilitationseinrichtungen abzuschieben, eingedämmt wäre. An welchem Ort die umfassende Frührehabilitation geleistet wird (Akutklinik oder Rehabilitationseinrichtung) wäre unter Vergütungsaspekten zweitrangig. Falls die Frührehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung erbracht würde („Akutrehabilitation“, vgl. Fall (4) in Abbildung 28), könnten – in Analogie zu der bisherigen Regelung mit A- und B-Pauschalen – dieselben „Zuschläge“ wie im Krankenhaus vergütet werden. Voraussetzung für die Abrechnung müssten dann allerdings entsprechende personelle und apparative Strukturen für noch notwendige akutmedizinische Behandlungen in der Rehabilitationseinrichtung sein.

5.2.1.3.3 Vergütung der weiterführenden medizinischen Rehabilitation

621. Neben der Einführung von DRG im Krankenhaus wird in der Fachöffentlichkeit auch die fallpauschalierende Vergütung der weiterführenden medizinischen Rehabilitation diskutiert und zum Teil bereits in Studien erprobt¹⁷⁴. Die Probleme der medizinischen Rehabilitation sind jedoch andere als im Akutbereich: Im Krankenhausbereich führten zu lange Verweildauern, fehlbelegte Betten und mangelnde Leistungstransparenz zu der Entscheidung für ein fallpauschalierendes Vergütungssystem. In der Rehabilitation gilt die Aufmerksamkeit hauptsächlich einer qualitätsgesicherten und flexiblen Leistungserbringung, die dem individuellen rehabilitativen Bedarf der Betroffenen gerecht werden soll (Blatt, O. 2001). Die Vergütung der Leistungen der weiterführenden medizinischen Rehabilitation sollte somit Anreize setzen, damit diese Ziele erreicht werden.

Bisherige Vergütungsregelungen und deren Konsequenzen

622. Bisher werden rehabilitative Leistungen sowohl von der Kranken- als auch von der Rentenversicherung überwiegend

über einrichtungsspezifische, vollpauschalierte tagesgleiche Pflegesätze vergütet¹⁷⁵. Diese werden zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern in jährlich stattfindenden Pflegesatzverhandlungen vereinbart¹⁷⁶, wobei neben Leistungsmerkmalen einer Einrichtung auch betriebswirtschaftliche Kenngrößen berücksichtigt werden. Mit dem Tagessatz sind alle Leistungen, auch die Investitionskosten, abgedeckt (monistische Finanzierung). Eine Differenzierung nach Fällen oder Erkrankungsschwere erfolgt i. d. R. nicht, eine Differenzierung nach Abteilungen innerhalb einer Einrichtung ist jedoch möglich.

623. Mit diesem Vergütungssystem sind einige negative Konsequenzen verknüpft: Allgemein bergen tagesgleiche Pflegesätze den Anreiz zur Fallzahlsteigerung und Verlängerung der Verweildauer. Da Rehabilitationsleistungen i. d. R. jedoch durch den Rehabilitationsträger bewilligt werden, ist eine unangemessene Fallzahlsteigerung in der Rehabilitation nur eingeschränkt möglich. Das gilt ebenso für eine unangemessene Ausdehnung der Verweildauer, da per Gesetz Höchstdauern festgelegt wurden, deren Überschreitung gegenüber dem Kostenträger zu begründen und von diesem zu genehmigen ist. Außerdem ist dadurch, dass der Behandlungsaufwand nicht zwangsläufig mit der Dauer der Therapie abnimmt, der Anreiz zur Ausdehnung der Verweildauer in der Rehabilitation kleiner als im Akutbereich. Zur Flexibilisierung dieser mehr oder weniger starren Verweildauervorgaben räumen manche Rentenversicherungsträger einer Einrichtung ein Kontingent an Behandlungstagen ein, über deren Aufteilung auf einzelne Fälle die Einrichtung eigenständig entscheiden kann¹⁷⁷ (vgl. Haaf, H.-G. 2002a). Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass vom Prinzip her pauschale gesetzliche Vorgaben für die Dauer einer Rehabilitationsleistung den sozialmedizinischen Erfordernissen im Einzelfall nicht gerecht werden.

Ferner stellt sich das Problem, dass tagesgleiche Pflegesätze unterschiedliche Ausprägungen in der Krankheitsschwere der Patienten nicht berücksichtigen; dies gilt vor allem auch deshalb, weil eine Kompensation eines höheren Leistungsbedarfs über eine verlängerte Verweildauer nur eingeschränkt möglich ist (siehe oben). Notwendige Leistungen könnten somit wegen ökonomischer Anreize unterbleiben. Dem muss durch geeignete Instrumente der Qualitätssicherung entgegengewirkt werden (vgl. auch Exkurs S. 208).

Kritisch zu bewerten ist weiterhin die Tatsache, dass es sich bei der Vergütung der Leistungen der Rehabilitation um „Verhandlungspreise“ handelt, bei denen die „Marktmacht“ der Teilnehmer eine entscheidende Rolle spielt. Hier ist derzeit ein „Übergewicht“ der Rehabilitationsträger zuungunsten der Leistungserbringer festzustellen, da das Gesetz bis-

¹⁷⁴ Beispielsweise erproben seit 1998 drei Ersatzkassen (BEK, DAK und TK) und die Wittgensteiner Kliniken AG für Anschlussheilbehandlungen in den Indikationsgebieten Kardiologie und Orthopädie Rehabilitationsfallpauschalen. Komplexpauschalen (im Indikationsbereich Kardiologie) werden seit Januar 1999 von der AOK Baden-Württemberg mit einem Akutkrankenhaus und einer Rehabilitationsklinik abgerechnet (vgl. Neubauer, G. u. Nowy, R. 2002).

¹⁷⁵ Für die Rehabilitationsträger steht mit dem Produkt aus Tagessatz und Verweildauer, die zum Teil auf indikationsspezifischen Richtwerten für die durchschnittliche Dauer der Rehabilitationsleistung basiert bzw. durch gesetzlich festgelegte Höchstdauern begrenzt wird, eine Kosten-Obergrenze, also eigentlich eine einrichtungsspezifische „Quasi-Fallpauschale“ fest (Egner, U. u. Verbarq, A. 2001).

¹⁷⁶ Dabei gilt i. d. R. das „Federführungsprinzip“, d. h. der Hauptbeleger handelt Pflegesätze aus, die dann auch für die Mitbeleger Gültigkeit besitzen.

¹⁷⁷ Hier besteht allerdings die Gefahr, dass – falls am Ende eines Planungszeitraumes das Kontingent bereits nahezu ausgeschöpft ist – durch zu frühzeitige Entlassungen notwendige Behandlungen nicht mehr erbracht werden.

lang keine gemeinsamen Vertragsverhandlungen zwischen Kostenträgern und den Verbänden der rehabilitativen Leistungserbringer vorsieht¹⁷⁸. Auf die in diesem Sinne von einigen Rehabilitationsträgern „diktierten“ Preise reagieren Rehabilitationseinrichtungen zum Teil mit einem Abbau der Qualität der Leistungserbringung.

¹⁷⁸ In diesem Zusammenhang soll auf gewisse rechtliche Schranken bei der Gestaltung der Vertragsverhandlungen hingewiesen werden: 1. Einschränkungen der Zulassung von Rehabilitationseinrichtungen berühren das verfassungsgemäße Recht auf Berufsausübungsfreiheit (Artikel 12 Abs. 1 GG) und erfordern deshalb eine angemessene Verfahrensgestaltung. 2. Rehabilitationsträger sind an europäisches (und nationales) Kartellrecht gebunden. Das missbräuchliche Ausnutzen einer marktbeherrschenden Stellung ist somit untersagt. 3. Die im Leistungserbringerecht des SGB V verankerten Prinzipien und die Wettbewerbsordnung der Krankenkassen gebieten eine Gleichbehandlung der Leistungserbringer.

624. Angesichts dieser zum Teil unzureichenden Berücksichtigung der Versorgungsqualität in den gegenwärtigen Vergütungsdebatten im Rehabilitationssektor ist es aus Sicht des Rates dringlich, wissenschaftliche und ökonomische Untersuchungen zum objektiven Nutzen von Rehabilitationsverfahren, auch von alternativen Versorgungsvarianten, voranzutreiben. Ebenso notwendig ist die Einleitung von Maßnahmen zur möglichst umfassenden und systematischen Erfassung des prospektiven Bedarfs an Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Außerdem sollten die gemeinsamen Vereinbarungen zur Qualität (und zu Grundsätzen einer qualitätsorientierten Vergütung) in Anwendung von bzw. in Anlehnung an § 20 SGB IX baldmöglichst vollzogen werden (vgl. auch Exkurs unten). Der Rat hat ferner in diesem Zusammenhang (Gutachten 2000/2001) auch die noch ausstehende Einbeziehung der GKV und der PKV in die anteilig staatlich geförderte Rehabilitationsforschung angeregt.

Exkurs: Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der weiterführenden medizinischen Rehabilitation

Gesetzliche Grundlagen

625. Mit dem GKV-Reformgesetz 2000 hat der Gesetzgeber Forderungen an die Sicherung der Versorgungsqualität konkretisiert. So werden in § 135a SGB V die Leistungserbringer verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Nach § 137d SGB V müssen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen die Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsübergreifendes Qualitätsmanagement vereinbaren.

Mit Inkrafttreten des SGB IX am 1. Juli 2001 wurden die Rehabilitationsträger verpflichtet, gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung, sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zu vereinbaren (§ 20 Abs. 1 SGB IX). Eine Grundlage hierfür haben die Spitzenverbände der GKV (einschließlich der Bundesknappschaft) und die Spitzenverbände der GUV sowie die Rentenversicherungsträger (BfA und VDR) im Herbst 1999 mit einer gemeinsamen Erklärung über die Abstimmung, Harmonisierung und Weiterentwicklung bereits bestehender und geplanter Maßnahmen der Qualitätssicherung gelegt. Ziele sind u. a. die Herstellung von Transparenz über Qualität und Leistung in der medizinischen Rehabilitation und die Initiierung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs. Um diese Ziele zu erreichen und um den Aufwand der beteiligten Rehabilitationseinrichtungen, die i. d. R. von mehreren Trägern belegt werden, zu begrenzen, haben sich die Unterzeichner bereit erklärt, inhaltlich gleichartige und gleichwertige Qualitätssicherungsverfahren gegenseitig anzuerkennen.

Qualitätssicherung im Bereich der GRV

626. 1994 wurde von der GRV ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation entwickelt, welches seit 1997 im Routinebetrieb angewendet wird. Derzeit nehmen etwa 950 Kliniken oder eigenständige Fachabteilungen – „Eigenbetriebe“ der GRV oder federführend von der GRV belegte Einrichtungen – an dem Programm teil (Egner, U. et al. 2002). Analysiert werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Erhebungen zur Strukturqualität umfassen neben Informationen zu Behandlungsschwerpunkten, zum Umfang der Anschlussrehabilitation und zur Größe einer Einrichtung Fragen zur personellen, räumlichen und apparativen Ausstattung und zum internen Qualitätsmanagement. Seit 1999 wird ein Peer-Review-Verfahren zur Bewertung des Rehabilitationsprozesses routinemäßig durchgeführt. Grundlage hierfür sind ärztliche Entlassungsberichte und individuelle Therapiepläne. Begutachtet werden die Bereiche Anamnese, Diagnostik, Therapieziele und Therapie, sozialmedizinische Stellungnahme, Nachsorgekonzept, Verlauf und Epikrise sowie zusammenfassend der gesamte Rehabilitationsprozess. Zur Ermittlung der Zufriedenheit der Patienten und des Erfolgs der Rehabilitation aus Patientensicht wurden im Jahr 2000 von den Rentenversicherungsträgern ca. 125 000 Fragebögen versandt. Gefragt wurde u. a. nach der Zufriedenheit mit der ärztlichen und pflegerischen Betreuung, mit der Behandlung oder Beratung durch andere Berufsgruppen sowie mit organisatorischen Abläufen (Egner, U. et al. 1998 und 2002).

Kernpunkt dieses Qualitätssicherungsprogramms ist der klinikvergleichende Ansatz, der zudem trägerübergreifend (bezogen auf die einzelnen Rentenversicherungsträger) und indikationsübergreifend angelegt ist. Mit den Ergebnissen der Strukturhebungen erhalten die Rehabilitationsträger einerseits Informationen, die für die gezieltere Einweisungssteuerung genutzt werden können. Andererseits erlauben sie die Bildung von Gruppen „strukturgleicher“ Kliniken, was für einen Klinikvergleich notwendig ist. Solche klinikvergleichenden Ergebnisberichte informieren die Rehabilitationseinrichtungen über die Ergebnisse des Peer-Review-Verfahrens und der Patientenbefragungen und erlauben so das Aufdecken von Schwachstellen und darauf aufbauend die Qualitätsentwicklung. Außerdem soll durch das Qualitätssicherungsprogramm der GRV der Aufbau eines internen Qualitätsmanagements (durch klinikinterne und -übergreifende Qualitätszirkel) angestoßen werden (Egner, U. et al. 2002). Kritisch ist anzumerken, dass die Ergebnisse für die Öffentlichkeit meist nicht zugänglich sind.

Qualitätssicherung im Bereich der GKV

627. Im Bereich des Rehabilitationsträgers GKV gab es bisher zwar verschiedene Projekte bzw. Modelle einzelner Bundesländer oder Krankenkassen (vgl. z. B. Kleinfeldt, A. et al. 2002), ein bundesweit einheitliches Qualitätssicherungsverfahren fehlte jedoch. Mitte 2000 wurde ein Pilotprojekt der Spitzenverbände der Krankenkassen gestartet, das sich allerdings vorerst nur auf die Indikationsbereiche Muskuloskelettale Erkrankungen (MSK) und Kardiologie beschränkt (vgl. Gerdemann, W. u. Blatt, O. 2002; Kleinfeldt, A. et al. 2002). Gegenstand des Projekts war die Entwicklung von Instrumenten und Verfahren zur externen Qualitätsprüfung, welche sowohl Elemente der Struktur- als auch der Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigen und in ihrer Grundstruktur mit dem Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger kompatibel sein sollte. Diese wurden anschließend in 26 Rehabilitationseinrichtungen getestet.

Kernelement dieser Form der Qualitätssicherung ist ein „Qualitätsreport“, der klinikvergleichende Analysen hinsichtlich Qualität und Patientenzufriedenheit enthalten und – wie die Ergebnisberichte der GRV – den Rehabilitationseinrichtungen Informationen für ein internes Qualitätsmanagement liefern soll. Den Kostenträgern sollen die Informationen über die Qualität und Ausstattung einer Einrichtung für eine verbesserte Zuweisungssteuerung und somit auch für eine vermehrte Berücksichtigung von Bedürfnissen von Patienten mit besonderem Hilfebedarf dienen.

Ein flächendeckendes Qualitätssicherungs-System in der GKV fehlt derzeit noch. Es wird davon ausgegangen, dass sich zukünftig weitere Kliniken aus dem Indikationsbereich MSK und Kardiologie beteiligen werden, auch wenn die Teilnahme nach wie vor freiwillig ist. Außerdem sollen Instrumente und Verfahren für die Indikationsgebiete Neurologie, Gastroenterologie/Stoffwechselerkrankungen und Psychosomatik/psychische Erkrankungen/Sucht entwickelt und getestet werden. Letztendlich sollen sich ca. 760 Einrichtungen an dem Qualitätssicherungsverfahren der GKV beteiligen, das im Routinebetrieb etwa alle zwei bis drei Jahre wiederholt wird und somit einen Qualitätsverbesserungsprozess anstoßen soll (Gerdemann, W. u. Blatt, O. 2002).

Qualitätsmanagement

628. Mit den klinikvergleichenden Berichten der Qualitätssicherungsprogramme der GRV und GKV werden den Rehabilitationseinrichtungen Grundlagen für ein internes Qualitätsmanagement an die Hand gegeben. Unabhängig davon kann sich eine Einrichtung einem externen Zertifizierungsverfahren zum Nachweis des Qualitätsmanagements (z. B. nach DIN/ISO) unterziehen, oder durch die Einführung eines z. B. am Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) orientierten Qualitätsmanagementsystems versuchen, seine Wettbewerbsposition zu verbessern.

Eine repräsentative Studie zum Stand der Umsetzung des Qualitätsmanagements in deutschen Rehabilitationseinrichtungen (Eckert, H. 2001) zeigt, dass – Stand Sommer 2000 – bereits 42,7 % der Einrichtungen ein QM-System eingeführt haben und 46,6 % ein QM-System gerade einführen, die Einführung vorbereiten oder planen. Allerdings zeigt diese Studie auch, dass vor allem diejenigen, die bereits ein Qualitätsmanagement eingeführt haben, vorwiegend traditionelle Methoden der Qualitätssicherung als QM-Modell ansehen (44,5 % vs. 19,7 % EFQM bzw. 15,8 % DIN EN ISO). Ob damit die Anforderungen des SGB V an einrichtungsinterne QM-Systeme erfüllt werden, ist jedoch fraglich. Bei denjenigen Einrichtungen, die ein QM-Modell gerade einführen oder die Einführung vorbereiten, steht dagegen ein Modell nach DIN EN ISO im Vordergrund (48 %). Bei geplanter Einführung bekommt auch das Modell der EFQM vermehrt Bedeutung (25 %).

Fallpauschalierende Vergütung in der weiterführenden medizinischen Rehabilitation und ihre Auswirkungen

629. Um falsche finanzielle Anreize an der Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Rehabilitation zu vermindern und auch in Rehabilitationseinrichtungen eine höhere Effi-

zienz der Leistungserbringung zu erzielen, werden von der Fachöffentlichkeit zum Teil auch für den Rehabilitationsbereich fallpauschalierende Vergütungen gefordert.

Fallpauschalen in der weiterführenden medizinischen Rehabilitation setzen wie im Akutbereich eine medizinisch und/

oder ökonomisch möglichst homogene Klassenbildung voraus. Hierfür gibt es national wie international bereits einige Ansätze. Ein Überblick über die bekanntesten Systeme wird in Tabelle 38 gegeben.

630. Der Rat hält – unabhängig von der Frage der Vergütung rehabilitativer Leistungen – die Entwicklung von spezifischen Patientenklassifikationssystemen für die medizinische Rehabilitation in Deutschland für geeignet, auch in diesem Bereich Leistungstransparenz zu schaffen. Dabei sollte sich das Klassifikationssystem allerdings nicht (allein) an der Diagnose orientieren, da diese nicht hinreichend Auskunft über die vorhandenen Funktionseinschränkungen und Fähigkeiten eines Patienten gibt und so der Bedarf an rehabilitativen Leistungen nur eingeschränkt abgebildet werden kann.

Hinsichtlich der Übertragbarkeit der international erprobten Systeme FIM-FRG und RUG III auf die Situation in Deutschland herrscht in der Fachöffentlichkeit Uneinigkeit. Der Verband der Deutschen Rentenversicherungsträger hält eine umfassende Übertragung für kaum möglich, da die genannten Systeme hinsichtlich Zielsetzung und Patientenklintel nicht mit dem deutschen System der medizinischen Rehabilitation kompatibel seien (vgl. Haaf, H.-G. 2002a und 2002b). Eine vom Bundesverband Deutscher Privatkrankenhäuser (BDPK) eingesetzte Expertengruppe, die sich mit der Methodik und der Umsetzung von Patientenklassifikationssystemen in der Rehabilitation befassen soll, steht den Ansätzen dagegen eher positiv gegenüber. Bis zur Einführung einer darauf basierenden pauschalierenden Vergütung seien jedoch noch einige Entwicklungsschritte notwendig (vgl. Fuchs, H. et al. 2002).

Tabelle 38

Patientenklassifikationssysteme für die weiterführende medizinische Rehabilitation

Nationale Projekte zur Entwicklung von Fallgruppierungssystemen	
„Rehabilitationsbehandlungsgruppen“ (RBG)	Forschungsprojekt zur Entwicklung von RBG für die Indikationen Orthopädie und Kardiologie. Hauptklassifizierungskriterium ist der durch den Rehabilitationsbedarf ausgelöste Ressourcenverbrauch pro Behandlungsfall. Hauptgruppen bilden die Indikationsgebiete der Rehabilitation. Diese werden zuerst in Subgruppen (differenziert nach Anschlussheilbehandlung oder Heilverfahren) und anschließend in Basis-RBG unterteilt (z. B. für die Hauptgruppe Kardiologie, Subgruppe AHB: Bypass-OP, Klappen-OP, PTCA, Myokardinfarkt, Kardiomyopathie). Zuletzt erfolgt eine Differenzierung nach Schweregraden, wobei erwogen wird, die Schweregradendifferenzierung des DRG-Systems auf die Rehabilitation zu übertragen (vgl. Neubauer, G. u. Nowy, R. 2002; Neubauer, G. u. Ranneberg, J. 2002).
Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)	Forschungsprojekt zur Definition von Fallgruppen mit homogenem Leistungsumfang. Dabei sollen Leistungskorridore definiert werden, die verlaufsbezogen sowohl Prozessparameter als auch Ergebnisparameter (Rehabilitationsziele) berücksichtigen (vgl. Spyra, K. u. Müller-Fahrnow, W. 1998). Grundlage hierfür bildet v. a. die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), die auf der Basis von Empfehlungen der Rehabilitations-Kommission des VDR entwickelt wurde.
Internationale Entwicklungen (vgl. z. B. Haaf, H. G. 2002b; Fuchs, H. et al. 2002)	
„Functional-Independent-Measures/Function Related Groups“ (FIM-FRG)	Die auf dem Gruppierungsinstrument FIM basierenden FRG zielen auf Gruppen mit homogenen Verweildauern ab. Gruppierungsmerkmale sind der Grad der Behinderung, für welche der Patient Rehabilitation erhalten soll, und der funktionale Status bei Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung. Ausgehend von den medizinischen Hauptgruppen werden durch Berücksichtigung von Subskalen zu den motorischen und kognitiven Funktionsbereichen die Fallgruppen gebildet. Bei manchen Diagnosen wird auch das Alter des Patienten als Gruppierungsmerkmal verwendet. Insgesamt werden so 67 FRG unterschieden.
„Case-Mix-Groups“ (CMG)	Weiterentwickelte Version der FIM-FRG, die zusätzlich u. a. auch Nebendiagnosen berücksichtigt.
„Resource Utilization Groups Version III“ (RUG III)	Konzipiert wurden die RUG in den achtziger Jahren in den USA für die Vergütung von (älteren) Patienten in der Langzeitpflege. In der aktuellen Version RUG III ist auch die geriatrische Rehabilitation einbezogen. Ziel ist die Ermittlung von Patientengruppen mit homogenem Pflege- und Rehabilitationsbedarf. Innerhalb von sieben Obergruppen, die den Schweregrad der Beeinträchtigung abbilden, wird hauptsächlich nach den Ausprägungen dreier Merkmale der „Activities of daily living“ (ADL), „toileting“, „eating“ und „bed-chair-transferring“, gruppiert. Insgesamt werden so 44 RUG III-Gruppen differenziert, von denen im engeren Sinne zwölf für die Rehabilitation in Betracht kommen.

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 39

Gesundheitsökonomische Wirkungen von Fallpauschalen in der Krankenhausbehandlung und in der weiterführenden medizinischen Rehabilitation und mögliche Kontrollmechanismen zu deren Vermeidung

Ansatzpunkt	Auswirkung von Fallpauschalen		Kontrollmechanismen	
	Krankenhausbehandlung	stationäre weiterführende medizinische Rehabilitation	Krankenhausbehandlung	stationäre weiterführende medizinische Rehabilitation ¹⁷⁹
Fallzahl	Nimmt voraussichtlich zu, da für den Leistungserbringer der Anreiz besteht, möglichst viele Fälle zu behandeln; falls keine (sektoralen) Budgets existieren, trifft eine Fallzahlsteigerung ggf. die Kostenträger	Aufgrund Zuweisungssteuerung und Begutachtung durch Rehabilitationsträger voraussichtlich keine oder nur geringfügige Zunahme der Fallzahl	U. a. über degressive Vergütung	Bewilligung und Belegungssteuerung durch Rehabilitationsträger
(dokumentierte) Fallschwere	Bei ausdifferenzierten Systemen existieren Anreize zum <i>upgrading</i> und <i>upcoding</i> der Fälle, was zu einer unangemessen hohen Vergütung führt	Durch das Begutachtungsverfahren sind Fallaufwertungen erschwert (es besteht allerdings das Problem der korrekten Einschätzung der Fallschwere durch den Begutachter)	Kontrolle der Diagnose/Eingruppierung durch den Kostenträger	Umfassendes Begutachtungsverfahren durch Kostenträger
	Das finanzielle Risiko einer Zunahme der Fallschwere (unabhängig von der Ursache der Zunahme) trifft bei ausdifferenzierten Fallgruppensystemen eher den Kostenträger. Bei weniger differenzierten Systemen trägt der Leistungserbringer das Morbiditätsrisiko		Um das finanzielle Risiko besonderer Erkrankungsschwere oder des Eintretens von Komplikationen für den Leistungserbringer abzumildern, können Grenzverweildauern festgelegt werden, bei deren Überschreitung der Leistungserbringer einen Zuschlag zur Fallpauschale erhält	
Ressourceneinsatz	Anreiz zur Reduzierung der Verweildauer ist gegeben, was eventuell mit einer Verschlechterung der Behandlungsqualität einhergeht	Anreiz zur Reduzierung der Verweildauer ist gegeben, was sehr wahrscheinlich mit einer Verschlechterung der Behandlungsqualität einhergeht	Mindestverweildauer	Mindestverweildauer; Kontingentierung
	Anreiz zur Reduzierung der erbrachten Leistungen pro Behandlungsfall ist gegeben. Dies kann zu effizienterer Behandlung bei gleicher oder besserer Qualität, aber auch zu Qualitätseinbußen führen	Anreiz zur Reduzierung der erbrachten Leistungen pro Behandlungsfall ist vergleichsweise hoch, da aufgrund der mittel- bis langfristigen Zielperspektive der Rehabilitation eine Verringerung des Ressourceneinsatzes u. U. zunächst nicht direkt erkennbare Folgen für die Patienten hat	Behandlungsleitlinien, Qualitätssicherung	
Patientenauswahl und Weiterbehandlung	Es besteht ein Anreiz, möglichst unkomplizierte Fälle aufzunehmen („Rosinenpicken“)	Durch die Rahmenbedingungen und die Zuweisungssteuerung innerhalb der Rehabilitation sind das „Rosinenpicken“, „Drehtüreffekte“ und Doppelabrechnungen durch verschiedene Behandler eher unwahrscheinlich	Differenzierung der Fallpauschalen nach Schweregraden	Begutachtung und Zuweisungssteuerung durch Rehabilitationsträger
	Der o. g. Anreiz zur Reduzierung der Verweildauer wird noch dadurch verstärkt, dass die Möglichkeit besteht, nach Entlassung durch Wiedereinweisung eine zweite Fallpauschale abzurechnen („Drehtüreffekt“)		Bestimmung von Kriterien zur Abgrenzung einer „Weiterbehandlung“ eines „neuen Falls“; Kontrolle durch Kostenträger	
	Werden Patienten z. B. durch Verlegung von zwei oder mehr Leistungserbringern therapiert, besteht die Gefahr der „Doppelabrechnung“ von Fallpauschalen		Möglichkeit der Teilung von Fallpauschalen (Abgrenzungskriterien notwendig, s. o.)	

Quelle: In Anlehnung an Haaf, H.-G. (2002a)

631. Die Anwendung eines wie auch immer gearteten Patientenklassifikationssystems für eine fallpauschalierende, zeitlich invariante Vergütung in der Rehabilitation ist aus Sicht des Rats eher kritisch zu beurteilen. Zwar würden aufgrund der spezifischen Ausgestaltung der Zuweisungssteuerung in der medizinischen Rehabilitation manche negativen Folgen fallpauschalierender Vergütungssysteme dort nicht

oder nur in abgeschwächtem Maße auftreten (vgl. Tabelle 39, vgl. auch Haaf, H.-G. 2002a):

¹⁷⁹ Die angeführten Kontrollmechanismen greifen allerdings nicht oder nur eingeschränkt bei Anschlussheilbehandlungen (AHB) und setzen außerdem ein geeignetes Assessment voraus.

- So wären Fallzahlsteigerungen und das „Rosinenpicken“ eher nicht zu erwarten, da die Leistungserbringer nur wenig Einfluss auf Zahl und Zusammensetzung ihrer Patienten haben.
- Durch das Begutachtungsverfahren der Rehabilitationsträger sollten auch – aufgrund finanzieller Anreize mögliche – bewusste Fehlklassifikationen und Fallaufwertungen nur eine untergeordnete Rolle spielen.
- Wiederaufnahmen („Drehtüreffekt“) oder Verlegungen in andere Rehabilitationseinrichtungen („Doppelabrechnungen“), die bisher nur in Ausnahmefällen erfolgen, dürften auch bei einer Vergütung über Fallpauschalen vermutlich nicht zunehmen.

Dieses „Nichteintreten unerwünschter Effekte“ setzt allerdings eine Einzelfall-Begutachtung im Sinne eines vollumfänglichen fachlichen Rehabilitations-Assessments (vor und nach der Maßnahme) durch den Kostenträger voraus, was gegenwärtig in Deutschland kaum flächendeckend zu realisieren wäre. Außerdem greift die Zuweisungssteuerung nicht für die „AHB-Fälle“, die in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben und im Zuge der DRG-Einführung im Krankenhaus voraussichtlich vermehrt auftreten werden.

Eine Verkürzung der Verweildauer¹⁸⁰ und die Reduktion des Ressourceneinsatzes, die – wie internationale Erfahrungen zeigen (vgl. z. B. Fitzgerald, J. F. et al. 1987; Paolucci, S. et al. 1998) – voraussichtlich auch in der Rehabilitation eintreten werden, würden ohne verstärkte Bemühungen um Qualitätssicherung zu (weiteren) Qualitätseinbußen führen. Diese wären in der Rehabilitation voraussichtlich gravierender als im akutstationären Sektor, da der Ressourceneinsatz im Zeitablauf nicht zwangsläufig abnimmt, sondern eher gleichmäßig auf die gesamte Behandlungsdauer verteilt ist. Eine zu frühe Entlassung eines Patienten aus der stationären medizinischen Rehabilitation wäre auch wegen eines Mangels an angemessenen flächendeckenden ambulanz-rehabilitativen Auffangstrukturen problematisch, so dass entweder der Behandlungserfolg nicht erzielt bzw. dauerhaft gehalten werden kann oder sogar Pflegebedürftigkeit eintritt.

632. Ein Grund für die Einführung von fallpauschalierenden Vergütungen wird allgemein in der eingeschränkten Leistungstransparenz einer Vergütung mit tagesgleichen Pflegesätzen gesehen. Allerdings kann Transparenz auch allein durch die Einführung eines Klassifikationssystems erreicht werden. Die Vergütung durch Fallpauschalen ist hierfür nicht zwangsläufig notwendig und eventuell auch nicht zielführend, zumindest dann nicht, wenn in die Fallgruppenbildung vermehrt ökonomische Kriterien eingehen. So wird für den Bereich der Akutkrankenhäuser die Qualitätstransparenz durch DRG inzwischen sogar skeptisch beurteilt, da in die Definition der DRG-Gruppen nicht nur rein diagnostische Zustandsgrößen, sondern auch ökonomische Parameter und pragmatische Abgrenzungsgrößen eingehen. Man wird daher bei der Qualitätssicherung im Akutsektor zukünftig auf den Rückgriff ärztlicher und pflegerischer Originaldiagnosen

¹⁸⁰ Da der Verordnungsgeber – sowohl für die GKV wie die GRV – für stationäre medizinische Rehabilitation 1996 eine Drei-Wochen-Frist einheitlich vorgegeben hat, die aus medizinischen Gründen durch Vorschriften im Gesundheitsreformgesetz 2000 und im SGB IX etwas aufgelockert wurde, sind zu lange Verweildauern in der Rehabilitation kein dringliches Problem.

nicht verzichten können, wenn man z. B. moderne, rein medizinische, diagnose- und symptomorientierte Leitlinien und ihre evidenzbasierten Fortschreibungen zur Grundlage von QS-Programmen machen will. Man wird vielmehr umgekehrt DRG zum Anlass nehmen müssen (vgl. JG 1996 u. 1997 sowie Gutachten 2000/2001), durch prozess- und ergebnisorientierte Qualitätssicherungsprogramme sicherzustellen, dass nicht medizinisch an sich gebotene und bedarfsgerechte Versorgungsteilleistungen, die in einer Pauschale kalkuliert sind, aus wirtschaftlichen Überlegungen in geringerem Umfang oder gar nicht erbracht werden – also unter den ökonomischen Anreizen von DRG sich Unter- und Fehlversorgungen einstellen. Da entsprechende Überlegungen auch für den Bereich der medizinischen Rehabilitation anzustellen sind, ist nicht zu erwarten, dass eine fallpauschalierte Vergütung hier zu einer vermehrten Qualitätstransparenz führt.

633. Auch das Argument der durch Fallpauschalen erleichterten Integrierbarkeit von Rehabilitation z. B. in Integrationsverträge nach §§ 140b bis 140h SGB V greift zu kurz, da diese sich nur auf die GKV allein und nicht auf die GRV beziehen könnte.

Die vom Gesetzgeber im SGB IX vorgesehenen Integrationsaufgaben innerhalb der Rehabilitation¹⁸¹ beziehen sich auf medizinische, psychologische und sonstige professionelle, technische und soziale Versorgungsinhalte, auf deren Abstimmung und Qualitätssicherung sowie auf Organisationsabläufe. Ein finanzielles Schnittstellenmanagement ist im SGB IX dadurch vorgesehen, dass einzelne Träger in geeigneten Fällen wechselseitig initial vorleistungspflichtig sind. Man wird die Wirkung dieser verschiedenen Abstimmungsmaßnahmen abwarten müssen, bevor man aus „Schnittstellenfragen“ heraus Fallpauschalen im Rehabilitationbereich fordert.

634. Wenn der am individuellen Bedarf orientierte Ansatz des SGB IX (vgl. Abschnitt 5.2.1.1.1) ernst genommen werden soll, dann sind neue Schematisierungen oder rein ökonomische, rehabilitationsdauerverkürzende und qualitätsmindernde Anreize fehl am Platz. Dies gilt insbesondere deshalb, weil im Bereich der GKV, die aufgrund der demographischen Entwicklungen in Zukunft vermehrt für medizinische Rehabilitationsleistungen zuständig sein wird, ein wirksames flächendeckendes Qualitätssicherungssystem noch nicht existiert.

Überlegungen zu alternativen Vergütungsformen

635. Das derzeit angewendete Vergütungssystem in der weiterführenden Rehabilitation führt nicht automatisch zu einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung (siehe oben). Auch zeitinvariante Fallpauschalen setzen aus Sicht des Rates die falschen Anreize, wenn es darum gehen soll, die Qualität in der medizinischen Rehabilitation zu sichern, da vor allem die dann zu erwartende Verweildauerreduzierung diesem Ziel entgegensteht.

Ein qualitätsorientiertes Vergütungssystem, das ggf. auch zu einer Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven beiträgt, müsste auf den Rehabilitationsbedarf der Patienten ab-

¹⁸¹ Der Gesetzgeber hat sich im SGB IX für die Beibehaltung eines gegliederten Rehabilitationssystems mit nicht weniger als sieben verschiedenen Trägern entschieden.

gestimmt sein, also möglichst alle Komponenten der funktionalen Gesundheit¹⁸² berücksichtigen, und in Form von Tagessätzen gestaltet sein, um eine dem Rehabilitationsbedarf der Patienten angemessene Verweildauer zu ermöglichen. Außerdem sollte – zur Verwirklichung des Prinzips „gleiche Leistung, gleiches Geld“ auch in der Rehabilitation – die Höhe der Tagessätze regional (oder national) einheitlich sein.

636. Die vom VDR als längerfristige Perspektive vorgeschlagenen „einrichtungübergreifenden Tagespauschalen“ (Haaf, H.-G. 2002a) erscheinen hier als bedenkenswerte Lösung: Auf der Basis spezifischer, vor allem hinsichtlich des Rehabilitationsbedarfs homogener Fallgruppen für die medizinische Rehabilitation sollen Tagespauschalen definiert werden. Die Höhe der jeweiligen fallspezifischen Tagespauschalen soll überregional durch Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Rehabilitationsträger und den Verbänden der Leistungserbringer, ggf. unter Hinzuziehung spezialisierter Institute, festgelegt werden. Darin wird eine Möglichkeit gesehen, die Vorteile von Fallpauschalen zu nutzen und die Transparenz der Vergütung in der Rehabilitation zu verbessern.

637. Wie bisher müsste auch bei einer solchen Vergütungsform dem Anreiz einer unnötigen Verlängerung der Verweildauer entgegengewirkt werden. Allerdings spricht sich der Rat gegen undifferenzierte, gesetzlich festgelegte Höchstdauern von Rehabilitationsleistungen aus. Als sinnvoller wird eine „Flexibilisierung“ der individuellen Verweildauer eines Patienten innerhalb bestimmter Grenzen erachtet, die im Rahmen der Entwicklung fallgruppenspezifischer Therapiepläne oder Behandlungsleitlinien bestimmt werden könnten. Denkbar wäre auch die Vergabe von Kontingenten an Behandlungstagen (Haaf, H.-G. 2002a). Dies würde jedoch eine geeignete Bedarfsabschätzung voraussetzen, die neben der Ermittlung durchschnittlicher fallspezifischer Verweildauern auch eine Prognose der Fallzahlen benötigt.

Weiterhin müsste dem allen pauschalierten Vergütungen inhärenten Anreiz, den (täglichen) Ressourceneinsatz zu minimieren, auch hier mit geeigneten Qualitätssicherungs-Instrumenten begegnet werden. Es besteht somit unabhängig von der Art der Vergütung die Notwendigkeit, ein wirksames, flächendeckendes und für alle Rehabilitationsträger möglichst einheitliches (gemäß § 20 Abs. 1 SGB IX) Qualitätssicherungssystem zu etablieren.

Ein mögliches Instrument zur Qualitätssicherung bei einer Vergütung über einrichtungübergreifende Tagespauschalen könnte darin bestehen, die Zulassung zur Versorgung von Patienten mit bestimmtem Rehabilitationsbedarf an die Strukturqualität einer Einrichtung zu knüpfen. Dies könnte beispielweise dadurch erreicht werden, dass Rehabilitationseinrichtungen – z. B. anhand der Daten aus den Qualitätssicherungsprogrammen der Rehabilitationsträger – nach Ausstattungsmerkmalen in verschiedene „Versorgungsstufen“ eingeteilt werden, und die Zulassung zur Versorgung von bestimmten „Fallschweren“ an bestimmte Versorgungsstufen gekoppelt wäre.

¹⁸² Im Sinne der von der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) erfassten Komponenten „Körperfunktionen und Strukturen“, „Aktivitäten“ und „Partizipation“.

638. Hauptaufgabe bei der Entwicklung eines Vergütungssystems über einrichtungübergreifende Tagespauschalen ist die Ermittlung geeigneter Fallgruppen. Es werden zwar national wie international Klassifikationssysteme für die Rehabilitation erstellt und erprobt (siehe Tabelle 38), die Frage der Praxistauglichkeit für die medizinische Rehabilitation in Deutschland ist allerdings noch nicht hinreichend geklärt. Der Rat erachtet eine solche Entwicklungsarbeit jedoch als zukunftsweisende Investition, um in der medizinischen Rehabilitation Leistungstransparenz und über eine qualitätsorientierte Vergütung eine gute Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen zu erreichen.

639. Ein weiterer Schritt in Richtung qualitätsorientierte Vergütung kann mit einer „ergebnisorientierten Vergütung“ (z. B. über Bonus- oder Malusregelungen) getan werden, die vom Rat schon seit geraumer Zeit gefordert wird (vgl. SG 1997). Ansätze zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind mit den Qualitätssicherungsprogrammen der Rehabilitationsträger zum Teil bereits vorhanden. Diese müssten jedoch, um geeignete Grundlage einer ergebnisorientierten Vergütung zu sein, weiter entwickelt und vor allem zwischen den Rehabilitationsträgern harmonisiert werden. Da bisher kaum ausreichende Erfahrungen mit einem solchen Vergütungssystem vorliegen¹⁸³, plädiert der Rat deshalb vorerst dafür, weitere Modellprojekte aufzulegen.

5.2.2 Rehabilitation im Rahmen der Pflege

640. Pflege wird in der öffentlichen Wahrnehmung häufig assoziiert mit Dienstleistungen an Menschen, die aufgrund einer durch Krankheit und/oder Alter bedingten Hilflosigkeit zur selbständigen Versorgung ihrer körperlichen und psychischen Bedürfnisse nicht mehr in der Lage sind. Diese Hilflosigkeit wird vor allem bei alten Menschen als i. W. irreversibel und im Verlauf progredient angesehen. Mit diesem Bild von Pflege geht eine intuitive Geringschätzung von Rehabilitationsmöglichkeiten in der Pflege einher. Dabei ist in Fachkreisen unstrittig, dass auch bei hochbetagten oder pflegebedürftigen Menschen Rehabilitationspotenziale bestehen. Diese können durch Maßnahmen mit somatisch und psychisch aktivierenden, übenden Charakter, die auch die kognitive Kompetenz steigern und das Ziel verfolgen, der pflegebedürftigen Person Hilfestellung zu geben und Bereiche und Potenziale verlorengangener Selbständigkeit und Autonomie zurückzugewinnen, verkürzt auch „aktivierende Pflege“ oder „rehabilitative Pflege“ genannt, zugänglich gemacht werden. Die verkürzende Gleichsetzung von Pflegebedürftigkeit mit unabänderlicher Hilflosigkeit führt jedoch intraprofessionell und systembezogen zu einer relativen Abwertung rehabilitativer Ansätze in der Pflege.

Auch der in zahlreichen Regelungen des SGB verdeutlichte Grundsatz des Vorrangs der Rehabilitation vor der Pflege ist in der Praxis bisher unzureichend umgesetzt worden. Dies

¹⁸³ Im Bereich der Rehabilitation von Knieerkrankungen existiert ein Modellversuch der Gmünder Ersatzkasse mit einer Rehabilitationsklinik. Die Klinik erhält einen über dem Durchschnitt liegenden Pflegesatz, der allerdings zunächst nicht voll ausgezahlt wird. Wenn 18 Monate nach der Therapie die berufliche Ausfallzeit des Patienten um 30 % niedriger liegt als die einer Vergleichsgruppe, wird die restliche Pauschale vergütet. Wird dieses Ziel nicht erreicht, muss die Einrichtung einen Malus in Höhe von 20 % der Gesamtvergütung hinnehmen.

gilt vor allem für die geriatrische Rehabilitation. Hierfür und für die mangelnde Umsetzung von Rehabilitation in der Pflege sind verschiedene Ursachen zu diskutieren.

5.2.2.1 Ursachen für die mangelnde Umsetzung von Rehabilitation im Rahmen der Pflege

Ausbildung der Pflegekräfte

641. Das deutsche Krankenpflegegesetz von 1985, das bislang noch die gesetzliche Grundlage für die Ausbildung in der Krankenpflege in Deutschland bildet, verlangt für das Fachgebiet Rehabilitation nur 20 Stunden im Gesamtkontext der 1 600 theoretischen Ausbildungsstunden (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II, Ziffer 92). So ausgebildete Krankenschwestern bzw. -pfleger stellten im Jahr 1999 nicht nur ca. 78 % des Pflegepersonals in stationären Krankenhäusern, sondern auch rd. 73 % des Pflegepersonals in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Bundesministerium für Gesundheit 2001). In dem derzeit vorliegenden Gesetzentwurf zur Neugestaltung der Ausbildung in der Krankenpflege wird versucht, in der Definition des Ausbildungsziels einen umfassenderen Ansatz im obigen Sinne zu verfolgen, in dem die Pflege „unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der psychischen und physischen Gesundheit der Patientinnen und Patienten auszurichten ist“. Außerdem soll die praktische Ausbildung zukünftig nicht nur in Krankenhäusern, sondern u. a. auch in ambulanten oder stationären Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen stattfinden. Der Rat erachtet dies als einen Schritt in die richtige Richtung.

642. Die Ausbildung zur Altenpflegekraft (rd. 30 % der Pflegekräfte in ambulanten bzw. rd. 37 % in stationären Altenpflegeeinrichtungen; vgl. Gutachten 2000/2001, Band II, Tabelle 12) regelte sich bis zum Jahr 2000 nach 17 verschiedenen Landesgesetzen, die u. a. im Hinblick auf Aspekte einer „aktivierenden Pflege“ unzureichend waren. Sie wurden durch das im November 2000 verabschiedete bundeseinheitliche Altenpflegegesetz ersetzt. Diese Neuregelung bleibt allerdings nicht nur wegen mangelnder Qualifikationsanforderungen an das Lehrpersonal in der praktischen Lehre, sondern auch inhaltlich im Bereich von Rehabilitation in der Altenpflege unbefriedigend.

Über die rehabilitative Komponente einer aktivierenden Pflege ist somit noch zu wenig bekannt. Neben einer dahingehend ausgerichteten Ausbildung der Pflegekräfte könnte eine Intensivierung der Pflegeforschung dem entgegenwirken. In beiden Bereichen sollte auch die angemessene Kooperation zwischen Pflegekräften und Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden (bzw. anderen in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen) sowie ggf. die Einbeziehung von Angehörigen angesprochen werden.

Sensibilisierung der Ärzte

643. Eine weitere Ursache für die derzeit unbefriedigende Situation im Bereich der Rehabilitation in der Pflege ist sicherlich darin zu sehen, dass die Ärzte noch nicht ausreichend sensibilisiert sind für das Rehabilitations-Potenzial älterer und/oder pflegebedürftiger Menschen. Die geriatrisch rehabilitativen Kenntnisse von Hausärzten reichen nicht immer aus, um die möglichen Effekte einer Rehabilitation aus-

reichend zu beurteilen. Als häufig erster ärztlicher Ansprechpartner für ältere Menschen ist jedoch gerade der Hausarzt in besonderem Maße verantwortlich, nicht nur angemessen kurativ tätig zu werden, sondern auch seinen Patienten präventive wie rehabilitative Möglichkeiten entsprechend den individuellen Bedürfnissen zu erschließen, sowie Beratung und Begleitung zu gewährleisten.

Anreize für die Krankenkassen

644. Die gesetzlichen Krankenkassen sind derzeit der wichtigste Träger der Kosten für die Rehabilitation Pflegebedürftiger. Sie zeigen allerdings bislang keine nachhaltige Aktivität auf diesem Gebiet. So ist gemäß § 18 Abs. 1 SGB XI der MDK bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. der Pflegestufe zwar verpflichtet, Möglichkeiten zur Rehabilitation zu prüfen, bislang wird dies jedoch nicht hinreichend umgesetzt (vgl. z. B. Lürken, L. 2001).

Aufgrund mangelnder finanzieller Anreize ist dies jedoch nicht verwunderlich: Wenn durch Rehabilitationsmaßnahmen Pflegebedürftigkeit vermieden bzw. vermindert wird, profitiert weniger die Krankenkasse, sondern vor allem die Pflegekasse. Die Krankenkasse profitiert von einer erfolgreichen Rehabilitationsmaßnahme bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit hauptsächlich durch Einsparungen z. B. im Bereich der häuslichen Krankenpflege, bei Heil- und Hilfsmitteln, bei Krankenhausbehandlungen oder Fahrkosten, wenn im Verlaufe einer Rehabilitationsmaßnahme eine größere Selbständigkeit des Pflegebedürftigen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens erreicht wird.

Außerdem kann eine erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahme auch positive Auswirkungen auf die Belastungssituation der – überwiegend selbst in der GKV versicherten – pflegenden Angehörigen haben, wodurch sich die Gefahr einer die GKV belastenden Erkrankung der pflegenden Angehörigen reduzieren kann. Dieses Argument hat seit der Einführung der Pflegeversicherung allerdings an Bedeutung verloren. Durch die verstärkte wettbewerbliche Ausrichtung der GKV und den dadurch für Versicherte eröffneten Wahlmöglichkeiten einer Krankenkasse kann nicht mehr vorausgesetzt werden, dass die Angehörigen Mitglied derselben Krankenkasse sind wie die zu pflegende Person. Nur dann würden für eine Krankenkasse finanzielle Anreize existieren. Die Empirie zeigt jedoch den Mangel an solchen Anreizmechanismen.

Relevant erscheint in diesem Zusammenhang die fehlende Berücksichtigung der Aufwendungen der Krankenkassen für die Rehabilitation im Risikostrukturausgleich der GKV¹⁸⁴. Im Zeichen des Wettbewerbs der Kassen untereinander, der überwiegend über den Beitragssatz der Kasse geführt wird, ist es naheliegend, dass das Engagement der einzelnen Kasse im Bereich der Rehabilitation von Pflegebedürftigen nicht

¹⁸⁴ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 und 2 SGB V und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V werden nur dann im RSA berücksichtigt, wenn und soweit diese Leistungen im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms für hierfür eingeschriebene Versicherte erbracht werden (§ 7 Abs. 1 Nr. 11 RSAV).

besonders hoch sein wird, wenn die damit verbundenen Aufwendungen den eigenen Beitragssatz belasten¹⁸⁵.

Sozialrechtliche Bestimmungen

645. Die bisher mangelnde Umsetzung von Rehabilitation in der Pflege liegt auch in den sozialrechtlichen Bestimmungen begründet. So besteht gemäß § 32 SGB XI für die (gesetzliche oder private) Pflegekasse seit dem 1. Juli 2001 zwar eine Vorleistungspflicht¹⁸⁶ für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, wenn die sofortige Leistungserbringung erforderlich ist. Sie ist allerdings kein Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX¹⁸⁷. Rehabilitationsträger für die hier inhaltlich besonders bedeutsame medizinische Rehabilitation¹⁸⁸ sind gemäß § 6 SGB IX lediglich die Kranken-, Renten- und Unfallversicherung (ferner die Sozialhilfeträger und die Träger der Jugendhilfe und Kriegsopferversorgung und -fürsorge). Mithin sind sämtliche Sozialleistungsträger in Deutschland, abgesehen von der nach ihren Aufgaben anders gelagerten Bundesanstalt für Arbeit, zu Trägern der medizinischen Rehabilitation geworden – ausgenommen die Pflegeversicherung. Sie kann nur bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinwirken, dass frühzeitig auch geeignete Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden (§ 5 Abs. 1 SGB XI). Der Weg zu einer „Rehabilitation in der Pflege“ als Leistung der Pflegeversicherung ist allerdings versperrt, da Leistungen zur Rehabilitation nur ein „Rehabilitationsträger“ erbringen kann und darf.

Dabei liegt es vor allem im Interesse der Pflegekassen, durch Rehabilitationsmaßnahmen den Pflegebedarf ihrer bereits pflegebedürftigen Versicherten möglichst zu reduzieren bzw. zu vermeiden, dass Versicherte bzw. Leistungsempfänger zunehmend pflegebedürftig werden und damit eine höhere Pflegestufe erreichen¹⁸⁹. Andere Sozialleistungsträger haben dieses Interesse nicht. Durch die Nicht-Berücksichtigung der Pflegekassen als Rehabilitationsträger wird zumindest teilweise der im deutschen Rehabilitationssystem geltende Grundsatz verletzt, dass derjenige Leistungsträger für die Rehabilitation zuständig ist, der das Risiko ihres Scheiterns,

¹⁸⁵ Möglicherweise trägt zu diesem mangelnden Engagement der Kassen auch bei, dass die Mitarbeiter der Pflegekasse gleichzeitig Mitarbeiter der Krankenkassen sind und sie – um die finanzielle Situation der Krankenkasse nicht zu belasten – den „Ermessensspielraum“ bei der Gewährung rehabilitativer Leistungen „ausschöpfen“ und sich nicht mit dem nötigen Nachdruck für die Rehabilitation einzelner Pflegebedürftiger einsetzen.

¹⁸⁶ Früher stand die vorläufige Leistungserbringung im Ermessen der Pflegekassen und stellte eher eine Ausnahme dar.

¹⁸⁷ Zwar wurde 1995 bei der Einführung der Pflegeversicherung wohl die Notwendigkeit gesehen, auch die Pflegeversicherung zum Rehabilitationsträger zu machen, dies wurde aber aufgrund politischer Vorgaben über die Beitragssatzhöhe finanziell als nicht leistbar angesehen (persönliche Mitteilung Karl Jung).

¹⁸⁸ „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ nach § 5 Nr. 4 SGB IX wären ebenfalls relevant für Pflegebedürftige; sie werden aber nach § 6 SGB IX lediglich von der Unfallversicherung und den Sozialhilfeträgern (sowie Trägern der Jugendhilfe und Kriegsopferversorgung und -fürsorge) gewährt.

¹⁸⁹ Bei drohender Pflegebedürftigkeit kann die Pflegeversicherung nicht als Rehabilitationsträger in Betracht kommen, da die Leistungsvoraussetzungen für die Pflegeversicherung (noch) nicht erfüllt sind (§ 14 SGB XI verlangt eine mindestens erhebliche Pflegebedürftigkeit). Für diesen Personenkreis kommen nur Rehabilitationsleistungen der Krankenkassen (bzw. der anderen Rehabilitationsträger) in Betracht.

also die finanziellen Folgen trägt. Vielmehr wurden die anderen Leistungsträger verpflichtet, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern (§ 5 Abs. 2 SGB XI). Dass vor allem die Krankenkassen kaum Anreize haben, dieser Verpflichtung nachzukommen, wurde oben bereits dargelegt.

Leistungsgesetze auf dem Gebiet der ambulanten Rehabilitation

646. Die Neu-Kodifizierung des Rehabilitationsrechts 2001 im SGB IX hat zwar – unter bestimmten Voraussetzungen – ambulanten bzw. teilstationären Leistungsformen einen Vorrang vor stationärer Leistungserbringung eingeräumt (§ 19 Abs. 2 SGB IX). Sie hat allerdings keine befriedigenden Regelungen zur ambulanten Erbringung von Rehabilitationsleistungen für die GKV gebracht. Der in § 40 SGB V für Leistungen der medizinischen Rehabilitation formulierte Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist eher ein allgemeines Prinzip¹⁹⁰ (Jung, K. 2001), das in der Praxis keineswegs bedeutet, dass damit die ambulante Rehabilitation besonders gut – oder überhaupt – für die GKV geregelt wäre. Der Gesetzgeber hat der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzten bereits vor Jahrzehnten den gesetzlichen Auftrag gegeben (§ 73 Abs. 3 SGB V), in den „Gesamtverträgen“ ambulante Rehabilitation entweder zur Maßnahme der vertragsärztlichen Versorgung zu erklären oder ihre Erbringung außerhalb des vertragsärztlichen Behandlungsmonopols sicherzustellen. Bis auf die – nur für „Kurorte“ und dortige Ärzte bedeutsamen – „Kurarztverträge“ von 1975 hat die Selbstverwaltung diesen Auftrag bislang nicht erfüllt. Die Krankenkassen sind gegen die Erbringung ambulanter Rehabilitationsleistungen allein durch Vertragsärzte. Die Vertragsärzte wiederum haben kein politisches Interesse daran, die ambulante Rehabilitation gänzlich aus ihrer formalen Zuständigkeit zu entlassen, zumal das SGB V (§ 73 Abs. 1 Nr. 4) „die Einleitung oder Durchführung (...) rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste“ ausdrücklich zum Bestandteil der hausärztlichen Versorgung erklärt. Die Kassen haben stattdessen – erfolglos – versucht, auf der Basis des § 43 SGB V eigene ambulante Rehabilitationslösungen dauerhaft zu etablieren.

Im Referentenentwurf zur „GKV-Reform 2000“ wurde ersatzweise der Versuch unternommen, ambulante Rehabilitationsleistungen der GKV über den § 111 SGB V, d. h. über die stationären Rehabilitations-Leistungserbringer oder über neue ausgelagerte wohnortnahe Rehabilitations-Dienstleistungen, erbringen zu lassen. Auch dieser Ansatz blieb politisch erfolglos. Derzeit befindet sich immerhin ein Entwurf zur Beschlussfassung über die Richtlinien zur Verordnung von Leistungen zur (ambulanten) Rehabilitation (gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V) im Beratungsprozess des zuständigen Arbeitsausschusses des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen. Das Ergebnis bleibt abzuwarten.

¹⁹⁰ Dieses bezieht sich auf ambulante oder teilstationäre Versorgung vor Krankenhauspflege (GKV), auf ambulante vor stationäre Rehabilitation (GKV) und auf häusliche vor stationäre Pflege (PfV) (vgl. §§ 39 und 111a SGB V und § 3 SGB XI).

Motivation bei den Leistungsempfängern und Leistungserbringern von Pflegeleistungen

647. Durch aktivierende und rehabilitative Pflege kann die Selbsthilfefähigkeit und damit die Selbständigkeit des Pflegebedürftigen gestärkt werden. Die so ermöglichte größere Unabhängigkeit von der Hilfestellung durch Dritte bedeutet nicht nur für den Pflegebedürftigen selbst einen Gewinn an Lebensqualität, sondern kann zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen führen¹⁹¹. Auch das Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen kann mehr Freiräume für die soziale Betreuung und die Kommunikation oder auch für die Pflege anderer pflegebedürftiger Menschen gewinnen.

648. Dies könnte für sich allein schon ausreichend Anreiz für eine aktivierende Pflege und die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen in der Pflege sein. Dem stehen jedoch negative finanzielle Anreize entgegen:

- Für den Pflegebedürftigen (oder seine Angehörigen) würde jede Minderung der Pflegebedürftigkeit die „Gefahr“ bergen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung gekürzt werden oder ganz entfallen. Aufgrund der starken Abstufung der Pflegeleistungen (Sachleistungen bzw. Pflegegeld) bei den einzelnen Pflegestufen ist dies ein nicht unerheblicher inverser monetärer Anreiz.
- Auch die Leistungserbringer, insbesondere die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen, haben trotz der Anforderung zu „aktivierender Pflege“ (§ 11 Abs. 1 SGB XI) und damit zu rehabilitativen Leistungen in der Pflege keine (finanziellen) Anreize zur Umsetzung dieser Forderung. Wird nämlich mit effektiver Rehabilitation die Pflegestufe gesenkt, ist das mit finanziellen Einbußen für die Einrichtung verbunden.

Wenn der Gesetzgeber eine Schließung der funktionalen und rechtlichen Lücken zur Umsetzung von „Rehabilitation in der Pflege“ beabsichtigt, muss er sich auch mit diesen „Motivationsproblemen“ von Erbringern und Empfängern von Leistungen der Pflegeversicherung auseinandersetzen.

5.2.2.2 Möglichkeiten zur Überwindung der mangelnden Umsetzung von Rehabilitation im Rahmen der Pflege

649. Das Spektrum der Ursachen für die mangelnde Umsetzung von Rehabilitation im Rahmen der Pflege ist, wie oben dargelegt, sehr breit. Es reicht deshalb aus Sicht des Rates nicht aus, nur mit einer einzigen, isolierten Maßnahme zu versuchen, der bisher unbefriedigenden Situation Abhilfe zu schaffen. Es ist vielmehr ein aufeinander abgestimmtes Maßnahmenbündel zu „schnüren“.

Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Forschungsaktivitäten

650. Die Verbesserung der Ausbildung der Pflegekräfte im Hinblick auf aktivierende Pflege und Rehabilitationsorientierung, was mit dem Entwurf zur Neugestaltung der Ausbildung in der Krankenpflege bereits eingeleitet wird, ist aus

¹⁹¹ Die Belastung der pflegenden Angehörigen kann allerdings auch steigen, z. B. dann wenn Verrichtungen, die früher auch mit Hilfestellung nicht mehr möglich waren, nun mit Unterstützung wieder durchgeführt werden können.

Sicht des Rates geeignet, die Umsetzung von Rehabilitation in der Pflege zu fördern. Die Neuregelungen des bundeseinheitlichen Altenpflegegesetzes bleiben dagegen im Hinblick auf Rehabilitation in der Altenpflege unbefriedigend. Hier herrscht weiterhin Nachbesserungsbedarf.

Auch in der Weiterbildung zum Allgemeinarzt sollte vermehrt über diagnostisch-therapeutische Möglichkeiten der Geriatrie im Allgemeinen und der geriatrischen Rehabilitation im Besonderen informiert werden.

Weiterhin sollte die Pflegeforschung intensiviert werden, um (noch) stärker das präventive und rehabilitative Potenzial der Dienstleistung „Pflege“ nachzuweisen und so zu erreichen, dass Rehabilitation nicht nur als „medizinische“ Leistung an Nicht-Pflegebedürftigen verstanden wird.

Regelungen auf der Ebene der Leistungsträger

651. Es existieren auf der Ebene der Leistungsträger verschiedene Ansätze, die zu einer verstärkten Umsetzung von Rehabilitation im Rahmen der Pflege beitragen können. Die Reichweite und die Implikationen dieser Maßnahmen sind sehr unterschiedlich. Hier sollen deshalb verschiedene Alternativen, die sich zum Teil auch ergänzen, nur kurz vorgestellt werden. Eine vertiefende Diskussion der Vor- und Nachteile aller dieser Maßnahmen sowie möglicher Umsetzungsbarrieren kann an dieser Stelle nicht geleistet werden.

1. Generelle Einbeziehung der Rehabilitationsaufwendungen der GKV in den Risikostrukturausgleich, um bei den Krankenkassen zumindest gewisse finanzielle Anreize für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen bei Pflegebedürftigen zu setzen.
2. Ansiedlung eines Budgets für die medizinische Rehabilitation Pflegebedürftiger bei der Pflegeversicherung. Um einseitige Anreize zu Lasten der GKV zu vermeiden, sollte dieses Budget jeweils zur Hälfte von der GKV bzw. von der Pflegeversicherung finanziert werden. Damit wäre ein erster Schritt zur Einbeziehung der Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger erreicht. Das Budget wäre nach gutachterlicher Empfehlung des MDK einzusetzen. Die Aufwendungen der GKV für dieses Budget sollten im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden (siehe oben).
3. Vollständige Einbeziehung der Pflegeversicherung in den Katalog der Rehabilitationsträger nach SGB IX. Dadurch wäre die oben beschriebene „Lücke“ in den sozialrechtlichen Bestimmungen geschlossen. Der Grundsatz, dass derjenige Leistungsträger für die Rehabilitation zuständig ist, der das (größte) Risiko des Scheiterns trägt, wäre damit erfüllt.

Trotz der Konsistenz dieses Vorschlags ist damit nicht automatisch eine Aufwertung der Rehabilitation im Rahmen der Pflege verbunden. Sofern im Vorfeld eine Einschätzung des Rehabilitationserfolgs i. S. einer Verminderung der Pflegebedürftigkeit (ausgedrückt in einer Verminderung der Pflegestufe) erfolgt, besteht für die Pflegekassen nur bei diesbezüglich positiver Einschätzung ein Anreiz, Rehabilitationsleistungen durchzuführen. Hier sollten deshalb Regelungen eingeführt werden, die Rehabilitationsmaßnahmen nicht in das Ermessen der Pflegeversicherung (bzw. der anderen Rehabilita-

tionsträger) stellen, sondern diese als „Pflichtleistung“ definieren.

Weiterhin könnten sich Abgrenzungsschwierigkeiten zu der Leistungsverpflichtung der GKV im Hinblick auf krankheitsbedingt notwendige Rehabilitationsmaßnahmen bei Pflegebedürftigen ergeben, die nach wie vor in der Zuständigkeit der GKV bleiben müssten. Für diese „Schnittstellenbereiche“ könnte die oben vorgeschlagene Lösung, Rehabilitationsmaßnahmen bei Pflegebedürftigen über ein von GKV und SPV gemeinsam getragenes Budget zu finanzieren, Anwendung finden und so den genannten Abgrenzungsschwierigkeiten entgegenwirken.

4. Integration der Pflegeversicherung in die GKV (bzw. PKV). Dieser weitreichende Ansatz führt allerdings ohne zusätzliche Regelungen nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung der rehabilitativen Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Vor allem würde die bisher einheitliche Finanzierung der Pflegeleistungen künftig über den jeweils unterschiedlichen Beitragssatz der rd. 360 gesetzlichen Krankenkassen erfolgen müssen, was insbesondere unter dem Gesichtspunkt des Wettbewerbs der Krankenkassen nicht unproblematisch sein dürfte. Die Leistungen der Pflegeversicherung würden damit in einen Prioritätenstreit mit anderen Leistungen der GKV treten. Es besteht die Befürchtung, dass dieser Prioritätenstreit bei einzelnen Krankenkassen nicht zugunsten der Pflegebedürftigen, d. h. der so genannten versicherungstechnisch schlechten Risiken, entschieden würde. Mit einem umfänglichen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, in dem auch Leistungen zur Rehabilitation und Pflege berücksichtigt werden, ließe sich dieser Fehlanreiz abschwächen¹⁹².

Eine ausführliche Debatte über einen solchen „Verschmelzungsansatz“ kann hier nicht geleistet werden (vgl. hierzu z. B. IGES et al. 2001). Aus Sicht des Rates sollte eine solche Debatte auch wegen anderer Schnittstellenprobleme eher grundsätzlich in Bezug auf die segmentierte Leistungsträgerschaft im Rehabilitationssektor geführt werden. Sie könnte vor allem dann an Bedeutung gewinnen, wenn die vom Gesetzgeber im SGB IX vorgesehene Evaluation der Integrationswirkung der übergreifenden Regelungen des SGB IX deren Wirkungslosigkeit offenbaren würde.

Regelungen auf der Ebene der Leistungserbringer und -empfänger

652. Um die „Motivation“ hinsichtlich Rehabilitation im Rahmen der Pflege bei Leistungserbringern und -empfängern zu steigern, muss sowohl über finanzielle Anreize als auch allgemein über Kooperationsmöglichkeiten nachgedacht werden. Der Rat erachtet die im Folgenden kurz skizzierten Vorschläge als mögliche Lösungswege:

1. Änderung der Vergütung der Leistungserbringer bzw. der Leistungsgewährung für Pflegeleistungsempfänger. Dies gilt zumindest für jene Fälle, in denen die Gutachter

der Medizinischen Dienste der Krankenkassen bei den Pflegebedürftigen Rehabilitationsbedarf (d. h. auch Rehabilitationspotenzial) gutachterlich festgestellt haben.

- Um den Leistungserbringern finanzielle Anreize zur Förderung von Rehabilitation zu geben, könnte kurzfristig – in einer Übergangsphase, bis eine anreizkonforme leistungsgerechte Vergütung der Leistungserbringer, vor allem der stationären Pflegeeinrichtungen, aufgebaut ist – eine gesonderte Vergütung rehabilitativer Leistungen vereinbart werden. Denkbar wäre hier auch eine Finanzierung aus dem oben beschriebenen, gemeinsam von GKV und SPV getragenen Budget.
- Zur Steigerung der Motivation der Leistungsempfänger sollte bei bestehendem Rehabilitationspotenzial die Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei der Erstbegutachtung durch den MDK nicht zurückgestellt werden. So sollte die Möglichkeit bestehen, vorläufig Pflegebedürftigkeit auch für weniger als sechs Monate, eventuell befristet für die Dauer der zumeist wohnortnahen ambulanten Rehabilitationsmaßnahme festzustellen. So wäre gewährleistet, dass auch während dieser Zeit die pflegerische Versorgung sichergestellt ist (Kukla, G. 2002).
- Bei Personen, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, sollten erfolgreich durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen nicht zwangsläufig und kurzfristig zu einer Neu-Begutachtung der Pflege-Einstufung mit konsekutiver Absenkung der Pflegestufe führen. Zumindest müsste die Stabilität eines durch Rehabilitation erzielten Gewinns an Selbständigkeit über einen längeren Zeitraum abgewartet und die bisherige Einstufung bis dahin „geschont“ werden.

Der Rat ist sich dessen bewusst, dass die genannten Maßnahmen kurzfristig zu erhöhten (oder zumindest nicht reduzierten) Aufwendungen für die Kostenträger führen. Somit hätte neben der Krankenversicherung auch die Pflegeversicherung, falls sie Rehabilitationsträger wäre, kaum Anreize, intensivere Anstrengungen im Rehabilitationsbereich zu unternehmen. Dem müsste ggf. mit leistungsrechtlichen Vorschriften entgegengewirkt werden, die Rehabilitationsleistungen als „Pflichtleistungen“ definieren.

2. Auf- bzw. Ausbau der ambulanten Rehabilitation. Hierzu hat sich der Rat schon in seinem Gutachten 2000/2001 (Band III.1, Kapitel 7) ausführlich geäußert.
3. Entwicklung von effizienten Kooperationsstrukturen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen. Da in den Altenpflegeheimen Rehabilitationstechniken zumeist nur in sehr geringem Umfang zur Verfügung stehen bzw. die Pflegekräfte damit nicht oder nur ungenügend vertraut sind, sollten Kooperationen zwischen den Pflegeheimen und Rehabilitationseinrichtungen finanziell gefördert werden.

653. Die Bundesregierung hat sich für diese Legislaturperiode vorgenommen, die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung und die Rehabilitation besser aufeinander abzustimmen. Die oben skizzierten Maßnahmen sind aus Sicht

¹⁹² Allerdings nur dann, wenn – bei einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich über die durchschnittlichen Ausgaben – die tatsächlichen Ausgaben innerhalb eines Risikoprofils keine allzu starke Streuung aufweisen.

des Rates geeignet, diesem Ziel einen ersten Schritt näher zu kommen.

5.2.3 Fazit und Empfehlungen

654. In seinem Gutachten 2000/2001 hat der Rat die Umsetzung der Rehabilitation in ihren verschiedenen ambulanten und stationären Formen – neben der Prävention – als Bereich mit zum Teil hoher Unterversorgung identifiziert. Insbesondere wenn es um die Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen geht, eröffnet die Rehabilitation die Chance auf eine umfassende, multidimensionale Versorgung. Deshalb sind aus Sicht des Rates Anstrengungen zu unternehmen, um dieses Potenzial zu nutzen. Mit der Zusammenfassung und Aktualisierung des gesamten Rehabilitationsrechts im SGB IX hat der Gesetzgeber schon wesentliche Schritte hierzu unternommen. Der Rat sieht allerdings noch Defizite in der Umsetzung des Gesetzes, so dass weiter die Notwendigkeit besteht, den Grundsätzen

- einer Teilhabe der Betroffenen,
- eines verbesserten und individualisierten Zugangs zu den Leistungen,
- einer Abstimmung der Träger untereinander,
- einer übergreifenden (möglichst ergebnisbezogenen) Qualitätssicherung sowie
- angemessener vertraglicher Beziehungen zu den Leistungserbringern

tatsächlich Geltung zu verschaffen.

Schritte zur Dämpfung der Auswirkungen aktueller gesundheitspolitischer Entwicklungen auf die Qualität der medizinischen Rehabilitation

655. Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen wie die Einführung von Fallpauschalen im Krankenhaus (DRG) und die geplanten Disease-Management-Programme (DMP) stellen die Rehabilitation vor neue Herausforderungen. Die Chance, die die Einbindung der Rehabilitation in die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke bietet, wurde bislang unzureichend genutzt. DMP werden zumeist nur als Bestandteil der ambulanten kurativen Versorgung gesehen; eine Beteiligung der Rentenversicherung ist überdies vorerst nicht geplant.

Damit wird in der Versorgung chronisch Kranker weiterhin die Segmentierung der Versorgung beibehalten und nicht – wie von Seiten der Politik häufig proklamiert – der „Patient in den Mittelpunkt gestellt“. Der Rat fordert deshalb für die zukünftige Weiterentwicklung der DMP den Einbezug der Rehabilitation und rehabilitationsspezifischer Konzepte.

656. Die Einführung eines fallpauschalierenden Vergütungssystems im Krankenhaus ab dem Jahr 2003 wird neben direkten Effekten in den Akutkliniken auch Auswirkungen auf die nachgelagerten Versorgungsbereiche haben. Internationale Erfahrungen haben gezeigt, dass zwar die Krankenhausaufgaben reduziert werden konnten, die gesamten Gesundheitsausgaben jedoch nicht gesunken sind. Auch für Deutschland wird aufgrund der DRG-Einführung und der demographischen Entwicklung ein deutlicher Mehrbedarf an Leistungstagen in der Rehabilitation prognostiziert. Dieser muss allerdings durch entsprechende finanzielle Ressourcen gedeckt werden, wenn man Einbußen in der Gewährung von

Rehabilitationsleistungen vor allem für chronisch kranke und behinderte Menschen verhindern will. Angesichts eher pessimistischer Prognosen zur wirtschaftlichen Entwicklung in den kommenden Jahren ist jedoch zu befürchten, dass erneut eine Kostendämpfungsdebatte die Fragen nach der Qualität der Versorgung in der Rehabilitation in den Hintergrund drängt.

657. Die durch DRG erzielbare Verkürzung der Verweildauer in Krankenhäusern bietet den Patienten einerseits die Chance, rechtzeitig Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu erhalten. Andererseits besteht durch die fallpauschalierte Vergütung der Anreiz, die Patienten zu früh nach Hause oder in nachgelagerte Versorgungsbereiche zu entlassen. Dem muss durch einheitliche und verbindliche, auf die Ergebnisqualität bezogene Vorgaben und durch eine nach außen transparente Qualitätsdokumentation (vgl. auch Abschnitt 3.3.5) entgegengetreten werden.

658. Der Rat möchte in diesem Zusammenhang auch auf die besonderen Belange von Menschen mit schwerwiegenden körperlichen, psychischen oder geistigen Behinderungen bei bzw. neben chronischen oder akuten Krankheiten und dem daraus resultierenden besonderen Behandlungsbedarf hinweisen. Der Versorgungsbedarf dieser Patienten kann i. d. R. über DRG nicht abgebildet werden, weshalb aus Sicht des Rates für ihre Behandlung spezielle Vergütungsregelungen einzuführen sind.

659. Da DRG für Akutkliniken den Anreiz setzt, Patienten in einem noch nicht voll rehabilitationsfähigen Zustand in Rehabilitationseinrichtungen zu verlegen, wird die durchschnittliche medizinische Fallschwere vermutlich zunehmen und die Rehabilitationseinrichtungen dementsprechend vermehrt akutstationäre Aufgaben übernehmen müssen. Dies würde – unter Beibehaltung der bisherigen gesetzlichen Befristungs-Regelungen hinsichtlich der Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen – zu Lasten der originären rehabilitativen Versorgung der Patienten gehen. Zusätzlich würde eine höhere akutmedizinische Fachqualifizierung des pflegerischen und ärztlichen Personals in den Rehabilitationseinrichtungen, die Sicherung einer angemessenen Personal-Patienten-Relation und der medizintechnischen Ausstattung erforderlich.

660. Die Übernahme gewisser akutmedizinischer Aufgaben in Einrichtungen der Rehabilitation sollte zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden, sie muss aber im Einklang mit den im SGB IX fixierten Zielen stehen. Gesetzlich gilt, dass das erstversorgende Krankenhaus die komplette Akutversorgung, einschließlich Leistungen zur Frührehabilitation (§ 39 Abs. 1 SGB V), zu erbringen hat. Ob die zur Bestimmung der deutschen DRG angewandte empirische Mischkalkulation die Frührehabilitation angemessen berücksichtigt, ist aufgrund der bisher eher unzureichenden Strukturen zur Erbringung solcher Leistungen fraglich. In den anderen DRG-Anwenderländern werden frührehabilitative Leistungen nicht über DRG vergütet. Da die Ermittlung und Einführung spezieller prospektiver Pauschalen für frührehabilitative Fälle kurzfristig nicht realisierbar ist, sollte zumindest für eine Übergangsperiode – in Anlehnung an die bisher in Australien angewandte Vergütungsregelung – für frührehabilitative Behandlungsfälle eine gesonderte Vergütung, z. B. „Zuschläge“ in Form von tagesgleichen Pflegesätzen, in Betracht gezogen werden. Um eine zu starke „Mengenausweitung“ zu vermeiden, sollte die Gewährung solcher „Zu-

schläge“ an bestimmte Voraussetzungen hinsichtlich Struktur- und Prozessqualität und Leistungsüberprüfung geknüpft werden.

661. Weiterhin wird durch die fallpauschalierende Vergütung im Krankenhaus der Anreiz gesetzt, die durch die Verweildauerreduzierung „überflüssig“ gewordenen Akut-Betten in Betten für die medizinische Rehabilitation umzuwandeln. Dies wird zu einem Aufbau zusätzlicher Versorgungsstrukturen in der stationären medizinischen Rehabilitation und damit tendenziell zu einem Überversorgungsgrad führen. Diese Entwicklung muss kritisch beobachtet werden. Die Rehabilitationsträger sind deshalb aufgerufen, beim Abschluss von Versorgungsverträgen (nach § 111 SGB V, § 15 Abs. 2 SGB VI und § 21 SGB IX) mit solchen an Akutkliniken angegliederten Rehabilitationseinrichtungen Qualitätsmerkmale konsequent zu berücksichtigen. Ist die Qualität dieser Einrichtungen hinreichend gesichert, müssen, um einen Überversorgungsgrad zu vermeiden, ggf. Verträge mit bereits zugelassenen, fachlich jedoch nicht geeigneten Rehabilitationseinrichtungen gekündigt werden (§ 21 Abs. 3 SGB IX). Damit ein solcher Qualitätswettbewerb tatsächlich entstehen kann und nicht die Rehabilitationsträger aufgrund ihrer stärkeren Marktposition die Preise „diktieren“ können, müssen „einrichtungsübergreifende“ Vergütungsregelungen implementiert werden (siehe unten).

662. Durch die zu erwartenden Effekte der DRG auf die „Entlassungspolitik“ der Krankenhäuser wird sich derzeit auch das Fehlen ausreichender Angebote ambulanter Rehabilitationsformen verstärkt bemerkbar machen. Der Gesetzgeber hat mit dem SGB IX der ambulanten Rehabilitation unter gewissen Voraussetzungen zwar den Vorrang vor der stationären Leistungserbringung eingeräumt. Vor allem im Bereich der GKV fehlen für eine Umsetzung jedoch geeignete und eindeutige leistungsgesetzliche Regelungen. Der bislang unzureichende Einigungswille der Selbstverwaltungspartner, die gemäß § 73 Abs. 3 SGB V in Gesamtverträgen vereinbaren sollten, inwieweit Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, zeigt die Notwendigkeit solcher Regelungen deutlich auf. Zu den notwendigen Regelungen zählen auch die begriffliche Klärung und rechtliche Abgrenzung zwischen „ambulanter kurativer Behandlung“ (insbesondere in Form der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln) und „ambulanter Rehabilitation“ (vgl. auch Gutachten 2000/2001, Band III.1, Kapitel 7).

Auch bei der Zulassung weiterer Einrichtungen zur ambulanten Rehabilitation muss die Qualität der angebotenen Leistungen Berücksichtigung finden. Dem Patienten müssen alle notwendigen Leistungen zur Verfügung stehen, die Leistungen müssen interdisziplinär abgestimmt und qualitätsgesichert erbracht werden.

Schritte zu einer qualitätsorientierten Vergütung der medizinischen Rehabilitation

663. Neben den bisher genannten „exogenen“ Faktoren, die die Qualität in der medizinischen Rehabilitation beeinflussen, können auch innerhalb des Rehabilitationssektors qualitätsbestimmende Anreize vor allem durch Vergütungsregelungen gesetzt werden. Reformen des Vergütungssystems in der medizinischen Rehabilitation, die im Zuge der DRG-Einführung im Krankenhaus auch für die Rehabilitation ge-

fordert werden, müssen deshalb derart gestaltet werden, dass einerseits exogen wirkende Faktoren – wie die Einführung der DRG im Krankenhaus – abgefedert und andererseits weitere qualitätsmindernde Anreize innerhalb der Rehabilitation vermieden werden.

Dabei können Maßstäbe und Erfahrungen aus der Akutmedizin nicht ohne weiteres auf den Bereich der Rehabilitation übertragen werden, da zwischen den Sektoren Unterschiede in der Zielsetzung, den konzeptionellen Anforderungen, der Zuweisung und den Behandlungsprozessen bestehen. Vielmehr müssen Überlegungen zu Zielen, Zielgruppen, gesetzlichen Vorgaben und erwünschten Effekten von Rehabilitation die Vorgaben für eine angemessene Vergütung von Rehabilitation bilden.

664. Die Vergütung der stationären medizinischen Rehabilitation erfolgt bisher über einrichtungsspezifische, vollpauschalierte, tagesgleiche Pflegesätze. Durch die Zuweisungssteuerung durch die Rehabilitationsträger und die gesetzlich festgelegte Höchstdauer wird versucht, den diesem System inhärenten Anreizen zur Fallzahlsteigerung und Verlängerung der Verweildauer entgegenzuwirken. Dem Anreiz, notwendige Leistungen nicht zu erbringen, wird durch Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements begegnet. Allerdings ist vor allem im Bereich der GKV ein flächendeckendes System der Qualitätssicherung noch nicht etabliert. Die gemeinsamen Vereinbarungen zur Qualität gemäß § 20 SGB IX müssen deshalb baldmöglichst vollzogen werden.

665. Der im Zuge der DRG-Einführung im Krankenhaus von Teilen der Fachöffentlichkeit aufgestellten Forderung, auch die weiterführende medizinische Rehabilitation allein über zeitinvariante Fallpauschalen zu vergüten, kann der Rat nicht folgen. Effizienzsteigerungen sind in der Rehabilitation nicht durch generelle Verweildauerverkürzungen, wie sie mit Fallpauschalen i. d. R. einhergehen, zu erzielen. Vielmehr wären dadurch aufgrund der noch nicht flächendeckend umgesetzten Qualitätssicherungssysteme (weitere) Qualitätseinbußen zu erwarten. Diese wären in der Rehabilitation voraussichtlich gravierender als im akutstationären Sektor, da der Ressourceneinsatz im Zeitablauf nicht zwangsläufig abnimmt, sondern eher gleichmäßig auf die gesamte Behandlungsdauer verteilt ist. Eine zu frühe Entlassung eines Patienten aus der stationären medizinischen Rehabilitation wäre auch wegen mangelnder flächendeckender ambulanter Rehabilitationsstrukturen problematisch, so dass entweder der Behandlungserfolg nicht erzielt bzw. dauerhaft gehalten werden kann oder sogar Pflegebedürftigkeit eintritt.

Das Argument, dass eine Fallpauschalierung in der Rehabilitation die Abrechnung über Komplexpauschalen zusammen mit der und im Anschluss an die Akutversorgung ermöglichen würde, verkennt die damit möglicherweise einhergehenden negativen Auswirkungen auf die Rehabilitation. Da Krankenhäuser faktisch die „Definitionsmacht“ über den Beginn der Rehabilitation besitzen, können Komplexpauschalen zu einer weiteren finanziellen Stärkung der Akutversorgung und somit zur Schwächung der Stellung und der Qualität der Rehabilitation führen.

Auch wenn dem durch (untere und obere) Grenzverweildauern entgegengewirkt würde, bestünde für Akutkliniken, die ihre durch die DRG-Einführung „überzähligen“ Betten in „Rehabilitations-Betten“ umgewandelt haben (siehe oben),

der Anreiz, Patientenselektion in dem Sinne zu betreiben, dass die „leichten“ Rehabilitationsfälle in den eigenen Strukturen verbleiben und nur die „schwereren“ Fälle mit eventuell noch hohem akutmedizinischen Bedarf in vorrangig für den Bedarf der Rehabilitation ausgerüstete nachgelagerte Rehabilitationseinrichtungen verlegt werden, die ggf. nicht über die für die akutmedizinische Behandlung notwendige Ausstattung verfügen. In diesem Fall würden Fall- bzw. Komplexpauschalen zu weiteren Qualitätseinbußen in der Rehabilitation führen.

666. Der Rat erachtet „einrichtungsübergreifende Tagespauschalen“ für – insbesondere hinsichtlich des Rehabilitationsbedarfs – homogene Fallgruppen als die bessere Alternative im Vergleich zu einem zeitinvarianten Fallpauschalensystem. Hinsichtlich geeigneter Patientenklassifikationssysteme sieht der Rat noch Entwicklungs- und Anpassungsbedarf, da die Übertragbarkeit und Praxistauglichkeit vor allem international erprobter Klassifikationssysteme für die medizinische Rehabilitation in Deutschland nicht hinreichend geklärt ist.

Dem einer tageweisen Vergütungsform inhärenten Anreiz einer unnötigen Verlängerung der Verweildauer muss durch geeignete Maßnahmen entgegengewirkt werden. Undifferenzierte, gesetzlich festgelegte Höchstdauern von Rehabilitationsleistungen sind aus Sicht des Rates hierfür ungeeignet. Als sinnvoller wird eine Flexibilisierung der individuellen Verweildauer eines Patienten innerhalb bestimmter Grenzen erachtet, die im Rahmen der Entwicklung fallgruppenspezifischer Therapiepläne oder Behandlungsleitlinien zu bestimmen sind.

667. Auch in weiteren Modellversuchen zu ergebnisorientierten Vergütungsregelungen im Rehabilitations-Bereich, in dem der medizinische Mehr-Nutzen durchgeführter Maßnahmen über geeignete Indikatoren zu Bonus- bzw. Maluszahlungen führt, sieht der Rat eine zukunftsfähige Perspektive.

Schritte zur Verbesserung der „Rehabilitation in der Pflege“

668. Mehr Aufmerksamkeit als bisher muss der Rehabilitation im Rahmen der Pflege nach SGB XI entgegengebracht werden. Derzeit führt die verkürzende Gleichsetzung von Pflege mit unabänderlicher Hilflosigkeit intraprofessionell und systembezogen zu einer relativen Abwertung und Abwesenheit rehabilitativer Ansätze in der Pflege. Unter den Ursachen können hierfür sowohl die im Hinblick auf Aspekte einer „aktivierenden“ oder „rehabilitativen Pflege“ zum Teil unbefriedigenden Inhalte in den bisherigen Ausbildungsgängen zur Kranken- und Altenpflegekraft als auch nicht immer ausreichende geriatrisch-rehabilitative Kenntnisse der Hausärzte genannt werden.

Daneben führen insbesondere auch bislang fehlende klare sozialrechtliche Bestimmungen und systemimmanente Anreize zu einer mangelhaften Umsetzung von Rehabilitation in der Pflege. Zu Ersterem gehört vor allem die Nicht-Berücksichtigung der Pflegeversicherung im Kreis der Rehabilitationsträger. Dabei läge es vor allem im Interesse der Pflegekassen, durch Rehabilitationsmaßnahmen den Pflegebedarf ihrer bereits pflegebedürftigen Versicherten möglichst zu reduzieren bzw. zu vermeiden, dass Versicherte bzw. Leistungsempfänger zunehmend pflegebedürftig wer-

den und damit in eine höhere Pflegestufe eingestuft werden müssen. Andere Sozialleistungsträger haben dieses Interesse nicht oder deutlich weniger. Vor allem die Krankenkassen, die derzeit die wichtigsten Kostenträger für die Rehabilitation Pflegebedürftiger sind, zeigen bislang nur wenig Aktivität auf diesem Gebiet. Aufgrund mangelnder finanzieller Anreize – einschließlich der weitgehend fehlenden Berücksichtigung der Rehabilitationsaufwendungen im Risikostrukturausgleich – ist dies nicht verwunderlich.

Hinzu kommt, dass auch Erbringer und Empfänger von Pflegeleistungen kaum Interesse an Rehabilitationsmaßnahmen haben. Durch solche Maßnahmen können zwar die Selbsthilfefähigkeit und die Selbständigkeit des Pflegebedürftigen gestärkt und – durch die so gewonnene größere Unabhängigkeit des Pflegebedürftigen von der Hilfestellung durch Dritte – auch die pflegenden Angehörigen und die professionell Pflegenden entlastet werden. Allerdings kann dieser Gewinn an Lebensqualität dann mit finanziellen Einbußen – auch für die Leistungserbringer – einhergehen, wenn damit eine Zurücksetzung der Pflegestufe verbunden ist.

669. Diesem breiten Spektrum an Ursachen für die mangelnde Umsetzung von Rehabilitation im Rahmen der Pflege kann nicht mit einer einzigen isolierten Maßnahme begegnet werden. Es muss sowohl im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie der Pflege- und Versorgungsforschung als auch insbesondere im Hinblick auf sozial- und leistungsrechtliche Bestimmungen Weiterentwicklungen geben.

670. Mit der Neuregelung der Krankenpflegeausbildung ist ein erster Schritt zur Förderung der Rehabilitation in der Pflege getan. Demgegenüber bleibt das neue bundeseinheitliche Altenpflegegesetz unbefriedigend. Im Hinblick auf Rehabilitation in der Altenpflege herrscht weiterhin Nachbesserungsbedarf. In der Weiterbildung zum Allgemeinarzt sollten diagnostisch-therapeutische Möglichkeiten der Geriatrie im Allgemeinen und der geriatrischen Rehabilitation im Besonderen einen hohen Stellenwert haben. Weiterhin sollte die Pflegeforschung intensiviert werden, um (noch) stärker das präventive und rehabilitative Potenzial der Dienstleistung „Pflege“ nachzuweisen und so zu erreichen, dass Rehabilitation nicht nur als „medizinische“ Leistung an Nicht-Pflegebedürftigen verstanden wird. Sowohl in der Ausbildung als auch in der Forschung sollte die angemessene Kooperation zwischen Pflegekräften und Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden (bzw. anderen in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen) sowie ggf. die Einbeziehung von Angehörigen angesprochen werden.

671. Um den Leistungsträgern vermehrt Anreize zur Umsetzung von Rehabilitation in der Pflege zu setzen, sind aus Sicht des Rates zwei Maßnahmen kurzfristig zu ergreifen:

- Die generelle Einbeziehung der Rehabilitationsaufwendungen der GKV in den Risikostrukturausgleich.
- Die Ansiedlung eines „Einstiegs“-Budgets für die medizinische Rehabilitation Pflegebedürftiger bei der Pflegeversicherung. Um einseitige Anreize zu Lasten der GKV zu vermeiden, sollte dieses Budget jeweils zur Hälfte von der GKV bzw. von der Pflegeversicherung finanziert werden. Damit wäre ein erster Schritt zur Einbeziehung der Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger erreicht.

Darüber hinaus könnten – in längerfristiger Perspektive – Überlegungen darüber angestellt werden, die Pflegeversicherung vollständig in den Kreis der Rehabilitationsträger nach SGB IX einzubeziehen. Eine Alternative wäre auch, die Pflegeversicherung in die Krankenversicherung zu integrieren. Da solche Reformmaßnahmen jedoch nicht zwangsläufig und automatisch zu einer Verbesserung der Rehabilitation im Rahmen der Pflege führen, wären weitere Regelungen notwendig. Hierzu zählt insbesondere – dies gilt auch unabhängig von den genannten Optionen – eine Änderung der leistungsrechtlichen Bestimmungen dahingehend, dass Rehabilitationsmaßnahmen in der Pflege nicht dem Ermessen der Träger unterliegen, sondern zu – ggf. durch den MDK begutachtungspflichtigen – „Pflichtleistungen“ werden.

672. Um die „Motivation“ hinsichtlich Rehabilitation im Rahmen der Pflege bei den Leistungserbringern zu erhöhen, könnte kurzfristig – in einer Übergangsphase, bis eine anreizkonforme leistungsgerechte Vergütung der Leistungserbringer, vor allem der stationären Pflegeeinrichtungen, aufgebaut ist – eine gesonderte Vergütung rehabilitativer Leistungen vereinbart werden. Denkbar wäre hier eine Finanzierung aus dem oben beschriebenen, gemeinsam von GKV und SPV getragenen Budget.

Bei den Leistungsempfängern könnte das Interesse an Rehabilitationsleistungen einerseits dadurch gesteigert werden, dass bei der Erstbegutachtung durch den MDK und bei bestehendem Rehabilitationspotenzial Pflegebedürftig-

keit vorläufig, auch für weniger als sechs Monate – eventuell befristet für die Dauer der zumeist wohnortnahen ambulanten Rehabilitationsmaßnahme – festgestellt werden kann. So wäre gewährleistet, dass auch während dieser Zeit die pflegerische Versorgung sichergestellt ist. Andererseits sollten bei Personen, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, erfolgreich durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen nicht zwangsläufig und kurzfristig zu einer Neu-Begutachtung der Pflege-Einstufung mit konsekutiver Absenkung der Pflegestufe führen. Zumindest müsste die Stabilität eines durch Rehabilitation erzielten Gewinns an Selbständigkeit über einen längeren Zeitraum abgewartet und die bisherige Einstufung bis dahin beibehalten werden.

673. Zu den wichtigsten Reformoptionen zur Förderung der Rehabilitation im Rahmen der Pflege gehört auch die Schaffung einheitlicher, d. h. für alle Rehabilitationsträger gleichermaßen gültiger gesetzlicher Vorgaben für die ambulante Rehabilitation, um so zum Auf- bzw. Ausbau ambulanter Strukturen beizutragen (vgl. hierzu auch Gutachten 2000/2001, Band III.1, Ziffer 352 ff.). Außerdem sollten effiziente Kooperationsstrukturen zwischen Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen entwickelt bzw. finanziell gefördert werden. Damit könnte den aus – sowohl hinsichtlich der Anzahl als auch der Qualifikation – mangelnden personalen Ressourcen resultierenden Defiziten im Bereich der Rehabilitation von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen entgegengewirkt werden.

5.3 Literatur

Altgeld, T. (2002): Die Präventionspolitik in Deutschland bleibt symbolisch! Neue Diskussionen, Strukturen und die bestehende Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention. Impulse, Band 35, S. 2–3.

Arnold, M., Litsch, M. und Schwartz, F. W. (Hrsg.) (2000): Krankenhaus-Report '99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker, Stuttgart.

Arnold, M., v. Ferber, C. und Henke, K.-D. (1990): Ökonomie der Prävention, Gerlingen.

Badura, B., Ritter, W. und Scherf, M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis, Berlin.

Bahrs, O. (2001): Das Sprechstundengespräch beim Hausarzt aus der Sicht von Patientinnen – Ergebnisse einer europäischen Vergleichsstudie. Nach einem Vortrag bei der Fachtagung „Qualität im Gesundheitswesen aus der Sicht der Patientinnen und Patienten“ der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und AOK am 20. 11. 2000 in Celle.

Bahrs, O. (2003): Mein Hausarzt hat Zeit für mich – Wunsch und Wirklichkeit. Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. G+G Wissenschaft, 3. Jg., S. 17–23.

Baric, L. und Conrad, G. (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit der praktischen Anwendung des Settingansatzes zur Gesundheitsförderung, Gamburg.

Barkholz, U., Gabriel, R., Jahn, H. und Paulus, P. (2001): Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit (OPUS). Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bonn.

Bauer, J. (2002): Persönliche und institutionelle Risikofaktoren für Depression und Burnout bei Lehrkräften. In: Bayerischer Lehrer- und Lehrerinnenverband e. V. (Hrsg.), Arbeitsbelastung in der Schule. Ursachen, Präventionsmaßnahmen und Therapieangebote, Dorfen.

Bertelsmann Stiftung (2002a): Anshub.de. Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland. Positionspapier (Mission Statement; Stand: 5. 11. 2002).

Bertelsmann Stiftung (2002b): Konsequenzen aus PISA. Positionen der Bertelsmann Stiftung, 20. 9. 2002. <http://www.bertelsmann-stiftung.de>.

Blatt, O. (2001): DRG-Systeme und die medizinische Rehabilitation. Die Ersatzkasse, 8/2001, S. 331–334.

Borges, P. und Schmidt, R. (2002): Die Kliniken unterschätzen die Bedrohung durch Personalmangel und das BGH-Urteil. Die deutschen Krankenhäuser blicken zu optimistisch in die Zukunft. F&w, 19. Jg., S. 470–474.

Brieskorn-Zinke, M. (1996): Gesundheitsförderung in der Pflege: ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart; Berlin; Köln.

Brucker, U. (2001): Qualität in der Pflege: Schwachstelle Management. Die BKK, Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung, 89. Jg., S. 14–19.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2001): Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 2001. Baden-Baden.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2002): Entwurf eines Gesetzes über die Berufe der Krankenpflege sowie zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (inkl. Begründung), <http://www.bmggesund.de/themen/berufe/krankenpflege/krpfl.htm> (03. 06. 2002).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2000): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, Schabenheim a. d. Selz.

Buschner, G. (2002): Qualitätssicherung im DRG-Zeitalter. Die Betriebskrankenkasse, Nr. 6/2002, S. 244–251.

Coffey, R. M. und Louis, D. Z. (2000): Fünfzehn Jahre DRG-basierte Krankenhausvergütung in den USA. In: Arnold, M., Litsch, M. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs. Stuttgart.

Coudry, N. K., Stelfox, H. T. and Detsky, A. S. (2002): Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. JAMA, 287 (5), S. 612–617.

Denollet, J. and Brutsaert, D. L. (2001): Reducing emotional distress improves prognosis in coronary heart disease: 9-year mortality in a clinical trial of rehabilitation. Circulation, Vol. 104, S. 2018–2023.

Deutsches PISA-Konsortium (2002): PISA 2000 – Die Länder der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, Opladen.

Deveugele, M., Derese, A., van den Brink-Muinen, A., Bensing, J. and De Maeseneer, J. (2002): Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ, Vol. 325, S. 472 ff.

Dlugosch, G. E. und Jäger, R. S. (1998): Qualitätsmanagement in der schulischen Gesundheitsförderung – eine Vision. Empirische Pädagogik, Band 12, S. 421–439.

Dutch Healthy School Helpdesk (2002): Quality Criteria For Schools As A Health Promoting Workplace, Woerden.

DVfR (Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter) (2002): Sicherstellung der Frührehabilitation und Krankenhausbehandlung von Menschen mit Behinderungen bei der Umsetzung des Fallpauschalengesetzes – Stellungnahme der DVfR. <http://www.dvfr.de/pages/custom/default.htm>.

Eckert, H. (2001): Qualitätsmanagement in Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland – Eine stratifizierte repräsentative Studie zum Stand der Umsetzung. Rehabilitation, 40. Jg., S. 337–345.

Egner, U., Gerwinn, H., Müller-Farnow, W. und Schliehe, F. (1998): Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung für den Bereich der medizinischen Rehabilitation. Konzept, Stand der Umsetzung und Perspektiven. Rehabilitation, 37. Jg., Suppl. 1, S. S2–S7.

Egner, U., Gerwinn, H. und Schliehe, F. (2002): Das bundesweite Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. Erfahrungen aus einem mehrjährigen Umsetzungsprozess. ZaeFQ, 96. Jg., S. 4–9.

- Egner, U. und Verbarq, A. (2001): Das DRG-System im Krankenhaus und seine Auswirkungen auf die Rehabilitation. *DangV*, 11/01, S. 1–6.
- Fitzgerald, J. F., Fagan, L. F., Tierney, W. M. and Dittus, R. S. (1987): Changing patterns of hip fracture care before and after implementation of prospective payment systems. *J Am Med Ass*, 258(2), S. 218–221.
- Forgione, D. A. and D'Annunzio, M. (1999): The use of DRG in health care payment systems around the world. *J Health Care Finance*, 26 (2), S. 66–78.
- Fuchs, H., Garms-Homolová, V., von Kardoff, E., Lüngen, M. und Lauterbach, K. (2002): Entwicklung von Patientenklassifikationssystemen für die medizinische Rehabilitation. *Arbeit und Sozialpolitik* 3–4/2002, S. 22–28.
- Gerdemann, W. und Blatt, O. (2002): Qualitätsgesicherte medizinische Rehabilitation. Vom Pilotprojekt zur Routine. *Die Ersatzkasse*, 5/2002, S. 181–185.
- Gesundheit und Gesellschaft (G+G) (2002): „Pflegerberatung gefragt“, In: G+G Ausgabe 5/02, S. 45.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2002): Qualitätskriterienliste für Projekte. Version 3.1, 26. 5. 2002. <http://www.quint-essenz.ch>.
- Greer, S., Morris, T. and Pettingale, K. W. (1979): Psychological response to breast cancer. Effect of outcome. *Lancet*, Vol. 13, S. 785–787.
- Haaf, H.-G. (2002a): Gesundheitsökonomische Analyse der Vergütung mit Fallpauschalen in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 41. Jg. S. 14–30.
- Haaf, H.-G. (2002b): Fallgruppierungssysteme für die medizinische Rehabilitation – Aktueller Stand. In: Schuntermann, M. F. u. Schliehe, F. (Hrsg.), Tagungsband des 11. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums, Teilhabe durch Rehabilitation, vom 4.–6. März 2002 in München.
- Heine, W. (2002): Immer noch ein Fremdwort der Sozialpolitik? Die Koalitionsvereinbarung enthält kaum Ansätze für die erforderliche Weiterentwicklung der Rehabilitation. *Forum für Gesundheitspolitik*, November/Dezember 2002, S. 438–429.
- Hessisches Sozialministerium, Landeswohlfahrtsverband Hessen und Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (Hrsg.) (2001): *Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung. Hessische Erfahrungen*. Marburg.
- Hoepner-Stamos, F. (1999): *Chronische Erkrankungen im Jugendalter*, München.
- Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitsprobleme und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. In: Gostomzyk, J. G. (Hrsg.), *Angewandte Sozialmedizin*, München.
- Hurrelmann, K. und Settertobulte, W. (1999): Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In: Petermann, F. (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*, Göttingen.
- IGES (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung), Igl, G. und Wasem, J. (2001): Potentiale und Grenzen der Integration von Gesetzlicher Krankenversicherung (SGB V) und Sozialer Pflegeversicherung (SGB XI). Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“.
- Jacob, C. (2002): *Gesundheitsförderung im pflegerisch-klinischen Kontext*. Berlin.
- Jung, K. (2001): Rechtliche Grundlagen der ambulanten medizinischen Rehabilitation. In: Maternus Kliniken (Hrsg.), „Ambulante Rehabilitation flexibel gestalten“, Forum des wissenschaftlichen Beirats der Maternus-Kliniken AG, Bad Oeynhausen, S. 2–22.
- Kleinfeld, A., Barth, T. und Reiland, M. (2002): Externe Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. *ZaeFQ*, 96. Jg., S. 11–16.
- Köhler, F. (2002): Auswirkungen des DRG-Systems auf Anschluss- und Rehabilitationsbehandlung in Sydney, New South Wales, Australien. *Rehabilitation*, 41. Jg., S. 10–13.
- Kruse, A. (2002): *Gesund Altern – Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*, Bericht an die Bundesvereinigung für Gesundheit e. V., Heidelberg.
- Kuhlmey, A. und Winter, M. H.-J. (2000): *Qualifikationsentwicklung in der deutschen Pflege – Ergebnisse einer aktuellen Datenanalyse*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33. Jg., S. 480–487.
- Kukla, G. (2002): *Pflegeversicherung erhalten und weiterentwickeln – Vorschläge für die 15. Legislaturperiode des Bundestages*. *Die Krankenversicherung*, S. 336–341.
- Kurth, B.-M., Bergmann, K. E., Dippelhofer, H., Hölling, H., Kamtsiuris, P. und Thefeld, W. (2002): *Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Band 45, Heft 11.
- Lepenes, W. (2002): *Bildungspathos und Erziehungswirklichkeit. Eröffnungsrede auf dem Kongress „McKinsey bildet“*, 27. 9. 2002. http://www.zeit.de/reden/Bildung_und_Kultur/200240_lepenies.html.
- Leppin, A., Hurrelmann, K. und Petermann, H. (Hrsg.) (2000): *Suchtprävention*, Neuwied.
- Lüngen, M. und Lauterbach, K. W. (2001): *Wachsen Akutversorgung und medizinische Rehabilitation zusammen*. *F & w*, 6/2001, 18. Jg., S. 588–589.
- Lürken, L. (2001): *Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. Weichenstellung für Interventionsprogramme der geriatrischen Rehabilitation*. *Z Gerontol Geriatr*, Vol. 34, Supl. 1, S. 1/49–1/56.
- Marriner-Tomey, A. (1992): *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*. Basel.
- McQueen, D. V. (2000): *Strengthening the Evidence Base for Health Promotion. Fifth Global Conference for Health Promotion, Mexico 5–9 June 2000. Background Report*, 20. 9. 2002. <http://www.who.int/hpr/conference/products/Techreports/indextechreports.html>.
- McQueen, D. V. and Anderson, L. M. (2001): *What counts as evidence: issues and debates*. In: Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J. and Ziglio, E. (eds.): *Evaluation in health promotion. Principles*

and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92.

Melzer, W., Bilz, L., Hähne, C. und Zubrägel, S. (2002): Alarmierende Ergebnisse der sächsischen Schülerbefragung zum Gesundheits- und Krankheitsstatus von Kindern und Jugendlichen, 6. 11. 2002.

<http://www.tu-dresden.de/erzwisg/spsf>.

Müller-Mundt, G., Schaeffer, D., Pleschberger, S. und Brinkhoff, P. (2000): Patientenedukation – (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? *Pflege & Gesellschaft*, 5. Jg., Nr. 2, S. 42–53.

Neubauer, G. und Nowy, R. (2002): Das DRG-System erfordert Fallpauschalen in der Rehabilitation. *f&w* 2/2002, 19. Jg., S. 179–181.

Neubauer, G. und Ranneberg, J. (2002): Entwicklung der Grundlagen für eine fallbezogene Vergütung der Rehabilitationsleistungen. In: Schuntermann, M. F. u. Schliehe, F. (Hrsg.), Tagungsband des 11. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums, Teilhabe durch Rehabilitation, vom 4.–6. März 2002 in München.

Niepel, T. (1995): Effektivität und Effizienz von Beratung zur Wohnanpassung. Bericht im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Bielefeld.

Niepel, T. (1999): Wohnberatung: Erfolge, Wirkungsmechanismen und Qualitätssicherung. Bericht im Projekt: „Wohnberatung für Bürgerinnen und Bürger in NRW“, Bericht im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen und der Landesverbände der Pflegekassen NRW, Bielefeld.

o. V. (2001): Umfrage bestätigt Trend – Kliniker unter Druck. *Ärzte Zeitung* vom 28. 02. 2001.

Paolucci, S., Trabalesi, M., Emberti, Gialloreti, L., Pratesi, L., Lubich, S., Salvia, A., Grasso, M. G., Morelli, D., Pulcini, M., Troisi, E., Coiro, P. and Caltagirone, C. (1998): Post-stroke rehabilitation: an economic or medical priority? Current issues and prospects in light of new legislative regulations. *Italian J Neurol Sci*; 19(1), S. 25–31.

Paulus, P. (2002): Gesundheitsförderung im Setting Schule. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, Band 45, S. 970–975.

Paulus, P. und Zurhorst, G. (2001): Gesundheitsförderung, gesundheitsfördernde Schule und soziale Ungleichheit. *Gesundheitswesen*, Band 63, Sonderheft 1, S. 52–55.

Rieforth, J. (1994): Gesundheitsförderliches Handeln in der Krankenpflege. Berlin.

Robert Bosch Stiftung (1997): Gesundheitsförderung in der Schule. Förderungsprogramm „Gesunde Schule“. Grundlagen und Ziele, Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung (2000): Gesundheitsförderung in der Schule. Förderungsprogramm „Gesunde Schule“. Beispiele gelingender Praxis, Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung (2002): Gesundheitsförderung in der Schule. Förderungsprogramm „Gesunde Schule“. Ergebnisse der Zwischenevaluation, Stuttgart.

Robert Koch-Institut (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 03/01, 20. 9. 2002.

<http://www.rki.de/GBE/HEFTE/ARMUT/ARMUT.PDF>.

Robert Koch-Institut (2002): Kurzbeschreibung kinder-jugend-gesundheit21.de. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. 20. 9. 2002, <http://www.kinder-jugend-gesundheit21.de>.

Rochell, B. und Roeder, N. (2000): DRG-basierte Entgeltsysteme in Europa. In: Arnold, M., Litsch, M. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRG. Stuttgart, S. 49–66.

Rochell, B. und Roeder, N. (2002): DRG als Grundlage der künftigen Krankenhausfinanzierung – Stand der Umsetzung und Einfluss auf die Rehabilitation. *Rehabilitation*, 41. Jg., S. 1–9.

Rosenbrock, R. (1995): Public Health als soziale Innovation. *Das Gesundheitswesen*, Band 57, S. 140–144.

Rosenbrock, R. (1998): Gemeindenahe Pflege aus der Sicht von Public Health. In: *Pflege* 1998; 11, S. 120–128.

Rosenbrock, R. (2001a): Primärprävention zur Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen. *Arbeit und Sozialpolitik*, Band 55, S. 49–57.

Rosenbrock, R. (2001b): Was ist New Public Health? *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, Band 44, S. 753–62.

Rosenbrock, R. (2002): Krankenkassen und Primärprävention – Anforderungen und Erwartungen an die Qualität. In: Walter, U., Drupp, M., und Schwartz, F. W. (Hrsg.), Prävention durch Krankenkassen – Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, Weinheim und München.

Rudow, B. (1999): Arbeits- und Gesundheitsschutz im Lehrerberuf. Gefährdungsbeurteilung der Arbeitstätigkeit und -plätze von Lehrerinnen und Lehrern. Gutachten im Auftrag der Max-Traeger-Stiftung und der GEW Baden-Württemberg.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bände I bis III, Baden-Baden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001): Für Stetigkeit – Gegen Aktionismus. Jahresgutachten 2001/2002. Wiesbaden.

Salvage, J. (1993): Nursing in action. Strengthening nursing and midwifery to support health for all. WHO Regional Publications, European Series, No. 48.

Schaarschmidt, U. (2002): Beanspruchung im Lehrerberuf. In: Bayerischer Lehrer- und Lehrerinnenverband e.V. (Hrsg.), Arbeitsbelastung in der Schule. Ursachen, Präventionsmaßnahmen und Therapieangebote, Dorfen.

Schaeffer, D. (2000): Care Management. Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. *Pflege*, 13. Jg., S. 17–26.

Schillinger, H. (2001): Die Rehabilitationsleistungen der BfA im Jahr 2000. *DangVers*, 5/6/2001, S. 1–8.

Schwartz, F. W. (1998): Rehabilitation: Veränderte Rahmenbedingungen – neue Zielsetzung? In: *Bundesversicherungs-*

anstalt für Angestellte (Hrsg.), Rehabilitation 1998. Rehabilitationsforum der BfA und der LVA. Berlin. S. 128–143.

Schwartz, F. W. und Busse, R. (1995): Fünf Mythen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. In: Isenberg, T. und Malzahn, J. (Hrsg.), Wieviel Krankheit können Sie sich noch leisten? Kritische Bewertung aktueller Reformvorstellungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt.

Seyfarth, L. (1985): Zu Kosten und Erträgen der gesundheitspolitischen Forderung einer verstärkten Prävention chronischer Krankheiten. In: Oberender, P. (Hrsg.), Gesundheitswesen im Wandel: Beiträge zu einer gesundheitspolitischen Neuorientierung, Spardorf.

Spitzenverbände der Krankenkassen (2002): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001.

Spyra, K. und Müller-Fahrnow, W. (1998): Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK). Ein neuer Ansatz zur Fallgruppenbildung in der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation, 37. Jg., Suppl. 1, S. 47–56.

Statistisches Bundesamt (2001): Im Westen zu wenig Lehrer. Mitteilung für die Presse vom 2. Oktober 2001.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2001a): Neue Gesundheitsausgabenrechnung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2001b): Ausgaben für Gesundheit 1970 bis 1998. Fachserie 12, Reihe S. 2. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2001c): Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2000. Fachserie 12, Reihe 6.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2002): Gesundheit. Ausgaben 1992 bis 2000. Wiesbaden.

Stern, C. und Döbrich, P. (1999): Wie gut ist unsere Schule? Selbstevaluation mit Hilfe von Qualitätsindikatoren, Gütersloh.

Stewart-Brown, S. (2001): Evaluating health promotion in schools: reflections. In: Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J. and Ziglio, E. (eds.), Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92.

Ströbel, A. und Weidner, F. (2002): Pflegeprävention. Herausforderung und Notwendigkeit. Dr. med. Marbuse, Zeitschrift im Gesundheitswesen, 26. Jg., Nr. 137, S. 36–40.

Stucki, G., Stier-Jarmer, M., Berleth, B. und Gadowski, M. (2002a): Indikationsübergreifende Frührehabilitation. Phys Med Rehab Kuror, 12. Jg., S. 146–156.

Stucki, G., Stier-Jarmer, M., Gadowski, M., Berleth, B. und Smolenski, U. C. (2002b): Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. Phys Med Rehab Kuror, 12. Jg., S. 134–145.

v. Maanen, H. (1996): Gesundheit für alle durch Primary Health Care. In: Görres, S., Koch-Zadi, D., van Maanen, H. und Schöller-Stindt, M. (Hrsg.), Pflegewissenschaft in der Bundesrepublik Deutschland, Reihe: Forum Wissenschaft 2, Bremen, S. 133–143.

VDR – Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2002): VDR Statistik Rehabilitation. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sonstige Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 2001. Band 142. Frankfurt am Main.

Wagner, L. (1998): Unterstützung zu Hause in Dänemark in den 90er Jahren. In: Pelikan, J. M. et al. (Hrsg.), Virtuelles Krankenhaus zu Hause – Entwicklung und Qualität von Ganzheitlicher Hauskrankenpflege. Wien, S. 79–88.

Walter, U., Schwartz, F. W. und Hoepner-Stamos, F. (2001): Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15, Köln.

Wasem, J., Aidelsburger, P. und Krauth, C. (2002): Wirtschaftliche Nutzeneffekte der Rehabilitation: Internationale Erfahrungen und erste Ergebnisse aus den Projekten der Reha-Forschungsverbände. Forum für Gesundheitspolitik, Januar 2002, S. 6–11.

Weber, A. (2002): Lehrgesundheit – Herausforderung für ein interdisziplinäres Präventionskonzept. In: Bayerischer Lehrer- und Lehrerinnenverband e. V. (Hrsg.): Arbeitsbelastung in der Schule. Ursachen, Präventionsmaßnahmen und Therapieangebote, Dorfen.

Weber, A., Weltle, D. und Lederer, P. (2001): „Macht Schule krank?“ – Zur Problematik krankheitsbedingter Frühpensionierungen von Lehrkräften. In: Drexler, H. und Broding, H. C. (Hrsg.), Arbeitsmedizin und Umweltmedizin im neuen Jahrtausend. Dokumentationsband über die 41. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V., Fulda.

Weidner, F. (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung: Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt/M.

Welti, F. (2002): Das SGB IX in der Entwicklung des Sozialrechts. Rehabilitation, 41. Jg., S. 268–273.

WHO (1986): Ottawa Charter For Health Promotion, 20. 9. 2002.

<http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>.

Ziegler, G. (1989): Psychische Folgen von Tumorerkrankungen. In: Ziegler, G. (Hrsg.), Krankheitsverarbeitung bei Tumorpatienten. Stuttgart.

Zielke-Nadkarni, A. (1998): Gesundheitsförderung im Rahmen der ambulanten Versorgung: eine Aufgabe der Pflege. Pflege & Gesellschaft, 3. Jg., Nr. 3, S. 1–6.

6 Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen

6.1 Chancen, Hindernisse und Grenzen einer integrierten Versorgung

6.1.1 Ziele und Ansatzpunkte einer integrierten Versorgung

674. Die integrierte Versorgung soll instrumental der Erhöhung von Effizienz und Effektivität der deutschen Gesundheitsversorgung dienen. Wie der Rat bereits in seinen vorangegangenen Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit darlegte, beinhaltet das deutsche Gesundheitswesen vor allem im Hinblick auf eine bessere Kooperation und Koordination zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen noch beachtliche Wirtschaftlichkeitsreserven. Diese betreffen sowohl Qualitätsdefizite als auch bisher ungenutzte Möglichkeiten zur Kostensenkung. Das vorhandene Rationalisierungspotenzial gilt es unter normativen Aspekten, d. h. im Sinne einer Wohlfahrtssteigerung von Patienten und Versicherten, zu erschließen. Unter diesem Aspekt konzentrieren sich die Überlegungen hier vornehmlich auf ein sektorübergreifendes Schnittstellenmanagement, das den ambulanten Sektor mit dem Krankenhaussektor und dem Rehabilitations- und Pflegebereich outcome-orientiert verknüpft. Diese Ziele und Ansatzpunkte klingen auch bereits in den gesetzlichen Formulierungen zu den einzelnen Formen integrierter Versorgung an. So können die Krankenkassen und ihre Verbände nach § 63 Abs. 1 SGB V „zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung“ Modellvorhaben vereinbaren, und § 140a Abs. 1 SGB V strebt mit den integrierten Versorgungsformen „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten“ an. Schließlich stellt ein „sektorübergreifender Behandlungsbedarf“ bei den strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programmen, DMP) nach § 137f SGB V, die auf eine Verbesserung der Qualität im Rahmen der medizinischen Versorgung chronisch Kranker abzielen, ein Kriterium für die Auswahl der chronischen Krankheiten dar.

Der Rat hat deshalb wiederholt neue Versorgungsformen mit höherer Durchlässigkeit und integrierter Zusammenführung der Leistungen verschiedener Bereiche angemahnt und entsprechende Möglichkeiten z. B. für den ambulanten und stationären Sektor sowie für die onkologische Betreuung und Versorgung aufgezeigt (SB 1994, Ziffer 568; SG 1995, Ziffer 235 ff., 265 ff. und 290).

675. In die vom Rat im Jahr 2000 durchgeführten Befragung zu Über-, Unter- und Fehlversorgung wurden neben Leistungserbringern und Kostenträgern auch Selbsthilfegruppen einbezogen. Die Befragungsergebnisse dieser Gruppe zeigten gravierende Mängel an den Schnittstellen, die zu verminderter Kontinuität der Versorgung führen. In erheblichem Umfang wurde von Brüchen in der Versorgungskette berichtet. Die nahtlose Weiterleitung in eine bedarfsgerechte Anschlussbehandlung blieb den Patienten, mangels Kooperation der Leistungserbringer, häufig selbst überlassen. Es wurde ferner deutlich, dass eine integrierte Versorgung auch insofern durch strukturelle Defizite behin-

dert wird, als z. B. abgestufte Versorgungsformen zwischen stationärem und ambulantem Sektor wie teilstationäre Einrichtungen und Dienste der ambulanten Rehabilitation fehlen.

676. Wie im Gutachten 2000/2001 ausgeführt, dominieren chronisch Kranke und alte Menschen das Versorgungsgeschehen. Das medizinische Versorgungssystem hat jedoch bisher nicht angemessen auf diese Herausforderung reagiert. Nach Analysen des Rates herrscht der Stil einer episodenhafte akutmedizinischen Versorgung vor. Der gesamte Bereich der sozialen und psychologischen Einflussfaktoren und Folgen chronischer Krankheiten wird weitgehend vernachlässigt. Der Rat spricht daher von einer „somatischen Fixierung“ des Systems. Eigene gesundheitliche Ressourcen des Patienten bleiben so weitgehend ungenutzt; es herrscht eine auf Passivierung des Kranken gerichtete Leistungserbringung vor. Systematische Schulungsverfahren und Anleitungen zum eigenständigen Krankheitsmanagement fehlen weitgehend. Hinzu kommt eine Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation sowie eine unzureichende interdisziplinäre Kooperation. Dem Patienten bleiben dadurch Möglichkeiten zur Verbesserung seiner Lebensqualität vorenthalten und Rationalisierungsquellen im System werden nicht ausgeschöpft.

677. Inzwischen zeichnet sich in der Umsetzung der integrierten Versorgung eine etwas stärkere regionale Orientierung ab. Damit erhöhen sich die Chancen, die vom Rat angemahnten Veränderungen zu realisieren. Die Gestaltung des Angebots kann sich nach Bevölkerungsstruktur und epidemiologischen Daten richten. Auf dieser Basis sind Zielsetzungen der Versorgung auf verschiedenen Ebenen möglich, die wiederum Grundlage für die Ausgestaltung der Investitionen, Versorgungs- und Qualitätsinstrumente bilden. Bei entsprechenden Anreizen für die Leistungserbringer besteht so die Chance, dass sich hinsichtlich medizinischem Ergebnis und Ressourceneinsatz die effektivsten Versorgungsbestandteile, Orte und Stile der Versorgung durchsetzen. Die Umsetzung wird sich nicht allein auf die Zusammenarbeit zwischen Ärzten (auch in verschiedenen Versorgungssektoren) beschränken, sondern könnte bereits zu Beginn andere Gesundheitsberufe einbeziehen, die an der ambulanten Primärversorgung beteiligt sind. Diese Zusammenführung aller am Versorgungsgeschehen Beteiligten in einem Netz fördert auch das „Mehraugenprinzip“ in der ambulanten Versorgung.

678. Die derzeitige Versorgungssituation ist weitgehend durch Konkurrenz und Gewinnorientierung geprägt. Bei einem Zusammenschluss einzelner Fachgruppen zu einem Team mit übergeordnetem gemeinsamen Ziel bestehen Chancen auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, bei der die Patientenversorgung im Mittelpunkt steht. Die Konkurrenzsituation tritt dann nicht mehr zwischen den einzelnen Ärzten, sondern zwischen Netzen zusammengeschlossener Leistungserbringer auf. Diese Situation sollte zur Offenlegung der Leistungen und Behandlungsergebnisse genutzt werden, um die Qualität zu steigern.

Die durch den freiwilligen Beitritt zum Netz eingeschränkte Freiheit bei der Arztwahl wird Behandlungsunterbrechungen reduzieren und Parallel- und Doppeluntersuchungen vermeiden. Dies könnte wahrscheinlich schon mittelfristig zu geringerem Informationsverlust, zu höherer Treffsicherheit diagnostischer und therapeutischer Methoden und damit zu besseren Behandlungsergebnissen führen, mit denen die Akzeptanz für das System steigt. Angesichts der vorherrschenden relativ starren, korporativen Versorgungsformen ist zumindest die anzunehmende innovative Potenz für eine Neugestaltung der gesundheitlichen Versorgung durch integrierte Versorgungskonzepte zu begrüßen.

679. Schon lange bevor der Gesetzgeber die rechtlichen Grundlagen für eine integrierte Versorgung schuf, gab es zwischen Leistungserbringern zahlreiche sektorübergreifende Kooperationen, die dem Ziel einer effektiveren und effizienteren Versorgung der Patienten dienten. Diese Kooperationen, die auf die Initiative einzelner Ärzte oder Krankenhäuser zurückgingen, erfolgten jedoch ohne institutionelle Grundlage mehr oder weniger zufällig und strebten selbst bei Erfolg keine flächendeckende Ausdehnung an. Von solchen Kooperationen unterscheidet sich die integrierte Versorgung vor allem durch folgende Elemente:

- sektorübergreifende Versorgungsverträge im Verband mehrerer Leistungserbringer,
- spezielle vertragliche Beziehungen zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern bzw. Krankenkassen,
- Übernahme einer gewissen Budgetverantwortung durch die Leistungserbringer,
- freiwillige Teilnahme der Leistungserbringer,
- Einschreibung der Versicherten auf freiwilliger Basis sowie
- eine indikations- oder regional- bzw. flächenbezogene Ausrichtung.

680. Die Implementation spezieller Formen integrierter Versorgung zielte auch darauf ab, die Innovationskräfte von Leistungsanbietern und Krankenkassen zu stärken und dabei auch wettbewerbliche Anreize zu nutzen. Die integrierte Versorgung eröffnet ihnen u. a. Gestaltungsspielräume, um dezentral im Rahmen von innovativen Suchprozessen neue Versorgungskonzepte zu erproben. Führen diese Neuerungen nicht zum gewünschten Erfolg, beschränken sich ihre Auswirkungen im Gegensatz zur Regelversorgung auf einen abgegrenzten Kreis von Leistungserbringern und Patienten, die freiwillig an diesem Versorgungsmodell teilnehmen. Im Erfolgsfall dagegen können solche innovativen Versorgungskonzepte nach erfolgter Evaluation und transparenter Information im Zuge der Nachahmung bzw. Diffusion in die Regelversorgung übergehen und so über den Kreis der unmittelbar bzw. zunächst Beteiligten hinaus quasi positive externe Effekte auf die gesamte Bevölkerung auslösen. Eine solche partielle Flexibilisierung, die den Vertragspartnern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung über einige Wettbewerbsparameter auch eine spezifische Profilierung ermöglicht, gewinnt gerade in einem relativ festgefügtten Gesundheitssystem wie dem deutschen eine besondere Bedeutung. Die Vertragspartner griffen diese Chance anfangs denn auch bereitwillig und engagiert auf und begannen, teilweise sogar

schon im Vorgriff auf die gesetzlichen Regelungen, mit dem Aufbau integrierter Versorgungsmodelle (zum Überblick siehe Baumann, M. u. Stock, J. 1996; Kassenärztliche Bundesvereinigung 1997; Bohm, S., et al. 2002).

681. Im Hinblick auf eine integrierte Versorgung verfügen vor allem die USA und die Schweiz über einen Erfahrungsvorsprung, der in deutschen Ansätzen zumindest partiell genutzt werden kann. Entsprechend analysierten zahlreiche Studien die Managed-Care- und Disease-Management-Konzepte dieser Länder und prüften deren Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitswesen und hier insbesondere die GKV (siehe u. a. Erdmann, Y. 1995; Baumann, M. u. Stock, J. 1996; Neuffer, A. B. 1997; Knappe, E. 1997; Arnold, M., et al. 1997; Albring, M. u. Wille, E. 1999; Klingenberg, D. 2002). Die Integration von Elementen ausländischer Systeme in das deutsche Gesundheitswesen setzt allerdings voraus, dass die Finanzierung weiterhin nach dem Solidarprinzip erfolgt, für alle Krankenkassen gegenüber jedem versicherungswilligen und -berechtigten Bürger Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot bestehen und der Risikostrukturausgleich zumindest erhalten bleibt, wenn nicht sogar morbiditätsorientiert erweitert wird. Dies bedeutet aber auch, dass sich die in den USA und der Schweiz gewonnenen Erfahrungen mit Managed-Care-Konzepten nicht unreflektiert auf das deutsche Gesundheitswesen übertragen lassen (vgl. auch Coopers & Lybrand Europe 1997; Jacobs, K. u. Schröder, W. F. 1999).

682. Was die konkrete Zielsetzung integrierter Versorgung betrifft, so kann der Vertrag über das „Praxisnetz Berliner Ärzte und Betriebskrankenkassen/Techniker Krankenkasse“ als Beispiel dienen. Der Vertrag für dieses Praxisnetz, das als Modellvorhaben am 1. Juli 1996 startete, fixierte folgende Ziele der Vereinbarung:

- Förderung der ambulanten Versorgung,
- Erhöhung der Qualität der ärztlichen Versorgung von Versicherten durch intensiviertere Kooperation und Koordination,
- Erprobung neuer Managementstrukturen,
- Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven,
- Erprobung neuer Honorarformen im ambulanten Bereich,
- Erprobung neuer Informationssysteme sowie
- kooperative Zusammenarbeit mit Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen, anderen nicht ärztlichen Leistungserbringern sowie mit Selbsthilfegruppen.

Diese Zielsetzung beinhaltet sowohl Ziele im programmatischen Sinne als auch Instrumente, die zu ihrer Realisierung dienen. Im Vergleich zu den beiden Zielen „Erhöhung der Qualität der ärztlichen Versorgung von Versicherten“ und „Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven“ handelt es sich bei allen anderen Elementen dieses Zielkataloges um instrumentale (Sub-)Ziele, die unter programmatischen Aspekten nur Mittelcharakter aufweisen. In gleicher Weise charakterisieren Indikatoren über

- das Verhältnis von haus- zu fachärztlicher Behandlung,
- die Zahl von Doppeluntersuchungen,
- die Häufigkeit des Einholens einer Zweitmeinung,

- die Entwicklung von Krankenhaus- und Selbsteinweisungen sowie
- die Verweildauer im Krankenhaus

ebenso wie die Aufstellung und Implementierung von Leitlinien nur instrumentale Prozesse zur Verwirklichung höherrangiger Ziele. Letztere bestehen in einer Erhöhung der gesundheitlichen Outcomes, wie Lebenserwartung, Lebensqualität und Versicherten- bzw. Patientenzufriedenheit bei gleichem Ausgabenniveau und/oder einem gesunkenen Aufwand bei unveränderten Outcomes. Bei weiter Auslegung könnte man die Zufriedenheit der Ärzte noch – wenn auch nicht ohne Bedenken – unter die Outcomes subsumieren.

Die obigen Ausführungen sollen verdeutlichen, dass bestimmte Versorgungs- und Vergütungsstrukturen keinen Selbstzweck darstellen können, sondern nur instrumentalen Charakter aufweisen. Die Substitution von fachärztlicher durch hausärztliche Behandlung erfüllt z. B. nur dann ihr Ziel, wenn dadurch der gesundheitliche Outcome steigt und/oder der Ressourceneinsatz bzw. der monetäre Aufwand abnimmt. In ähnlicher Weise unterliegen auch Maßnahmen im Bereich der Qualitätssicherung und Prävention im Hinblick auf ihren Beitrag zur Zielerreichung einer Outcome-Input-Analyse. Diese Überlegungen deuten bereits auf eine Gefahrenquelle integrierter Versorgungskonzepte hin, nämlich Instrumente und intermediäre Prozesse als Selbstzweck zu betrachten bzw. zu werten, die dann keiner zielorientierten Evaluation mehr bedürfen (vgl. Robra, B.-P. u. Wille, E. 2002).

6.1.2 Gesetzliche Grundlagen und Formen integrierter Versorgung

683. Wie Abbildung 29 veranschaulicht, bietet das Sozialgesetz mit den Modellvorhaben, den Strukturverträgen und den integrierten Versorgungsformen drei grundsätzliche Möglichkeiten bzw. Formen, die integrierte Versorgung zu konzipieren und auszugestalten. Die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137g SGB V bieten in ihrer geltenden Fassung keine gesetzliche Grundlage für eine integrierte Versorgung, obwohl diese sog. Disease-Management-Programme (DMP) in der Regel einer sektorübergreifenden Behandlung bedürfen und der Gesetzgeber diese wohl auch intendiert. Sofern § 137g SGB V keine entsprechende Ergänzung erfährt, können die DMP zum Zwecke einer sektorübergreifenden Behandlung auf den Modellvorhaben oder integrierten Versorgungsformen aufbauen. Diese Verknüpfung mit den DMP dürfte der integrierten Versorgung eine Renaissance bescheren.

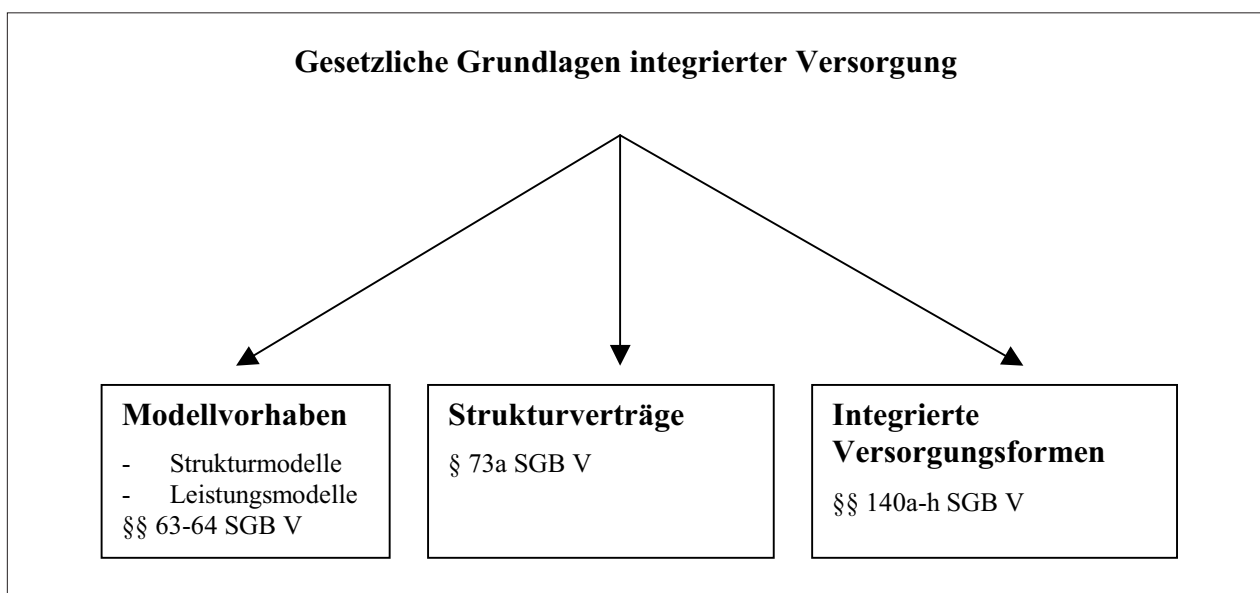
6.1.2.1 Modellvorhaben und Strukturverträge

684. Im Rahmen von Modellvorhaben können die Krankenkassen und ihre Verbände Erprobungen

- zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung (sog. Strukturmodelle) und
- zu Leistungen der Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenhausbehandlung (sog. Leistungsmodelle)

Abbildung 29

Gesetzliche Grundlagen integrierter Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung

zeitlich befristet, d. h. im Regelfall auf längstens acht Jahre, durchführen oder vereinbaren. In diesem Kontext besitzen die Krankenkassen entgegen dem ursprünglichen Gesetzestext nun auch die Möglichkeit, mit einzelnen Gruppen von Leistungserbringern selektiv zu kontrahieren. Bei den Strukturmodellen müssen sich die Krankenkassen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung bewegen, während sich die Leistungsmodelle auf Maßnahmen und Behandlungen beziehen, die (noch) nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören. Letztere dürfen allerdings keine Leistungen enthalten, die bereits von den Bundesausschüssen abgelehnt wurden. Im Rahmen der Strukturmodelle eröffnet § 63 Abs. 3 SGB V den Modellpartnern die Möglichkeit, das gesamte Leistungserbringerrecht einschließlich der Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Pflegegesetzes zu suspendieren. Krankenkassen unterschiedlicher Arten können ebenfalls gemeinsam Modellvorhaben durchführen und die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrerseits die Initiative ergreifen und mit den Krankenkassen und ihren Verbänden entsprechende Vereinbarungen treffen.

Die Strukturverträge bieten den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen die Möglichkeit, neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zu vereinbaren. Diese können die Verantwortung für die Gewährleistung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten und veranlassten Leistungen insgesamt oder für definierte Teilbereiche auf einen vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einen von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte („vernetzte Praxen“) übertragen. Dabei können die Vertragspartner bei Wahrung der Beitragssatzstabilität ein Budget vereinbaren, das neben den Aufwendungen für die ambulante Behandlung auch die veranlassten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie für weitere Leistungsbereiche umfasst. Das Gesetz eröffnet damit für die beiden Konzeptionen „Hausarztmodell“ und „Vernetzte Praxen“ die Möglichkeit, Behandlungsabläufe sektorübergreifend zu steuern. Das schließt z. B. auch Komplexpauschalen für Behandlungsabläufe ein, die von der ambulanten Behandlung mit der Verordnung von Arzneimitteln über die stationäre Behandlung bis zur Rehabilitation reichen können.

685. Die Modellvorhaben und die Strukturverträge unterscheiden sich vor allem in folgenden Punkten (Wille, E. 1999):

- Die Strukturverträge unterliegen keiner zeitlichen Befristung, d. h. es handelt sich aus dieser Sicht eigentlich nicht um „Erprobungsmodelle“ (vgl. auch Orłowski, U. 1997).
- Die Strukturverträge bedürfen vom Gesetz her keiner wissenschaftlichen Begleitung sowie Auswertung und Publikation der Ergebnisse.
- Die Modellvorhaben schließen eine Satzungsänderung ein, was u. U. mit zeitverzögernden Genehmigungen durch die Aufsichtsbehörden einhergeht.
- Bei Strukturverträgen gilt ebenso wie bei Strukturmodellen nach § 63 Abs. 1 SGB V der Grundsatz der Beitragssatzstabilität, der bei Leistungsmodellen nach § 63 Abs. 2 SGB V entfällt.
- Bei den Strukturverträgen und den Strukturmodellen erzwingt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in Verbindung mit der zeitlichen Befristung eine möglichst umgehende Amortisierung der Anschubinvestitionen.
- Die Strukturverträge sind grundsätzlich nicht schiedsamtstfähig, die Modellvorhaben lediglich hinsichtlich der Verringerung der Gesamtvergütungen bzw. der Budgetvereinbarungen.
- Die Strukturverträge beziehen sich nur auf die Erprobungsmodelle „Hausarztversorgung“ und „vernetzte Praxen“, die Modellvorhaben umfassen eine breitere Palette von Reformansätzen.
- Die Strukturverträge erlauben auf Dauer die Vereinbarung neuer Versorgungs- und Vergütungsstrukturen, aber im Unterschied zu den Modellvorhaben keine Abweichungen vom Leistungserbringerrecht.
- Die Strukturverträge beschränken sich auf die Kooperation zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, die Modellvorhaben ermöglichen auch dreiseitige Verträge unter Einbeziehung der Krankenhäuser.
- Anders als bei den Modellvorhaben können die Versicherten im Rahmen der Strukturverträge nicht in den Genuss von erzielten Einsparungen bzw. von Rationalisierungsgewinnen kommen.

6.1.2.2 Elemente integrierter Versorgungsformen

686. Im Rahmen der integrierten Versorgungsformen nach §§ 140a bis h SGB (Orłowski, U. 2000) können die Krankenkassen oder ihre Verbände Leistungssektoren übergreifende Verträge mit

- Gemeinschaften zugelassener Ärzte und Zahnärzte sowie einzelnen sonstigen an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
- Kassenärztlichen Vereinigungen und/oder
- Trägern zugelassener Krankenhäuser sowie stationärer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und ambulanter Rehabilitationseinrichtungen einschließlich deren Gemeinschaften schließen.

In den Verhandlungen über einen Vertragsabschluss können sich die Vertragsärzte von ihrer kassenärztlichen Vereinigung beraten lassen und diese mit der Verteilung der auf die Gemeinschaft entfallenden Vergütungen oder Vergütungsanteile beauftragen.

Daneben weisen die integrierten Versorgungsformen noch folgende Charakteristika auf:

- Die Versicherten nehmen freiwillig an den integrierten Versorgungsformen teil.
- Die Verträge können von den Vorschriften des Vierten Kapitels SGB V und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes u. a. dann abweichen, wenn dies der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht oder ihre Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit verbessert. Der Versorgungsauftrag darf aber keine von den Bundesausschüssen abgelehnten Leistungen beinhalten.
- Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder

für definierte Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen.

- Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen der teilnehmenden Versicherten, d. h. auch diejenigen von nicht teilnehmenden Leistungserbringern, zu finanzieren.
- In den Vereinbarungen und bei der Bereinigung des Budgets sollen ergänzende Morbiditätskriterien Berücksichtigung finden.
- Versicherte, die mindestens ein Jahr die Teilnahmebedingungen eingehalten haben, und Leistungserbringer können an erzielten Einsparungen beteiligt werden.

687. Die Spitzenverbände der Krankenkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Rahmenvereinbarungen über Inhalt und Durchführung der integrierten Versorgung. Diese Rahmenvereinbarungen betreffen vor allem die Qualitätssicherung, die Voraussetzungen zur Teilnahme der Ärzte und die Finanzierung. Soweit die integrierte Versorgung stationäre Leistungen umfasst, können die Spitzenverbände gemeinsam und einheitlich Rahmenvereinbarungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft schließen. Die „Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung gemäß § 140d SGB V“ sieht u. a. folgende Regelungen vor:

- Die Sicherstellung und Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen soll nicht in Frage gestellt werden.
- Alle bereitwilligen Krankenkassen oder ihre Verbände können mit Beginn des dritten Jahres gegen Beteiligung an den Kosten der Entwicklung und Errichtung der integrierten Versorgung beitreten.
- Das Netz erhält aus der Gesamtvergütung einen Betrag, der auf der Grundlage der „für die teilnehmenden Versicherten ermittelten Ausgaben im vertragsärztlichen Bereich in den vier vorliegenden letzten Abrechnungsquartalen berechnet wird.“ Abweichungen von diesem Verfahren setzen voraus, dass sich die Vertragspartner auf ein „anderes geeignetes Verfahren“ verständigen.
- Der Vertrag kann weitere Finanzierungsquellen vorsehen. Die Vertragspartner müssen Namen, Anschriften und Höhe der Beteiligung ihrer Kapitalgeber gegenüber den Krankenkassen offen legen.

688. Im Hinblick auf das Kooperations- und Koordinationspektrum weisen die integrierten Versorgungsformen eine größere Nähe zu den Modellvorhaben als zu den Strukturverträgen auf. Sie unterscheiden sich aber vor allem durch folgende Merkmale von den Modellvorhaben:

- Sie enthalten als Element der Regelversorgung keine zeitliche Befristung.
- Ergänzende Morbiditätskriterien sollen Berücksichtigung finden.
- Die Spitzenverbände der Krankenkassen müssen gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als Bestandteil der Bundesmantelverträge Rahmenvereinbarungen über die integrierte Versorgung schließen. Bei den Modellvorhaben können diese Vertragsparteien in den Bundesmantelverträgen Grundsätze zur Durchführung vereinbaren.

- Die Krankenkassen oder ihre Verbände können eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der integrierten Versorgung nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards veranlassen. Eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung durch unabhängige Sachverständige mit einem entsprechenden Ergebnisbericht ist jedoch nicht erforderlich.
- Versicherte können erst an erzielten Einsparungen beteiligt werden, wenn sie die Teilnahmebedingungen mindestens ein Jahr eingehalten haben.

689. Abgesehen von den kaum aufgegriffenen integrierten Versorgungsformen nach den §§ 140a bis h SGB V lässt sich die Vielzahl bisheriger integrierter Versorgungskonzepte bzw. Netzwerke unbeschadet von Überschneidungen konzeptionell wie empirisch schwerpunktmäßig in fünf Typen einteilen (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 1997):

- vernetzte Praxen (Bohm, S. et al. 2002; Roth, A. 2002),
- Hausarztmodelle (AOK-Bundesverband 1994 u. 1995),
- kombinierte Budgets (Schönbach, K.-H. 2000; Richter-Reichhelm, M. 2000; Robra, B.-P. u. Wille, E. 2002),
- spezielle Projekte zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen und/oder zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie sowie
- indikationsspezifische Netzwerke, z. B. im Bereich von Diabetes (Weikert, M. u. Wellbrock, A. 1998; AOK-Bundesverband o. J.; Volkswagen Betriebskrankenkasse u. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen o. J.).

6.1.3 Bisherige Barrieren einer Inanspruchnahme und erfolgreichen Umsetzung

690. Wie bereits erwähnt, lösten die gesetzlichen Möglichkeiten, neue Versorgungskonzepte als Modellvorhaben oder Strukturverträge zu erproben, im ambulanten Bereich eine Fülle von entsprechenden Initiativen aus. In Anbetracht der Vielzahl der Ansätze, des zumeist höchst beachtlichen Engagements der Initiatoren und der anfangs gehegten Erwartungen fällt trotz einiger erfolgreicher Projekte und vielfältiger nützlicher Lerneffekte eine Zwischenbilanz aus heutiger Sicht eher ernüchternd aus. Diese Diskrepanz zwischen dem angestrebten Soll und dem bisherigen Ist integrierter Versorgungsansätze wurzelt zum einen in unzureichenden gesetzlichen Rahmenbedingungen und zum anderen in ungelösten Planungs- und Managementproblemen der jeweiligen Netzbetreiber. Die bisher eher bescheidenen Ergebnisse integrierter Versorgungsansätze können und sollen allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Schnittstellen zwischen den nach wie vor organisatorisch und finanziell weitgehend isolierten Versorgungsbereichen dringlich einer integrativen Kooperation und Koordination bedürfen. Insofern geht es – u. a. auch vor dem Hintergrund einer erfolgreichen Umsetzung der DMP – letztlich nicht um das „Ob“, sondern nur um das „Wie“ einer integrierten Versorgung.

6.1.3.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen als Hindernisse

691. Die meisten Integrationsansätze erfolgten in Form von Strukturverträgen, da diese im Gegensatz zu den Modellvorhaben keine zeitaufwendigen Satzungsänderungen und Ge-

nehmigungen voraussetzen. Die Strukturverträge beziehen sich aber nur auf zwei Reformkonzepte und sehen keine Teilhabe der Versicherten am Rationalisierungsgewinn vor. Zudem schließen die Strukturverträge die Mitwirkung der Krankenhäuser ebenso wie die der Arzneimittelhersteller und der Anbieter medizintechnischer Leistungen aus. Die Krankenhäuser können zwar den Modellvorhaben nach § 63f SGB V im Rahmen dreiseitiger Verträge beitreten, benötigen aber für Projekte, die auch den vertragsärztlichen Bereich tangieren, die Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Insofern überrascht es nicht, dass die Krankenhäuser dem gesamten Konzept integrierter Versorgung zunächst skeptisch, wenn nicht ablehnend gegenüberstanden und es als einen partiellen Angriff auf ihren Versorgungsbe- reich interpretierten. Während sich integrierte Versorgungsansätze im ambulanten Bereich schon kurz nach Einführung der gesetzlichen Grundlagen einer Hochkonjunktur erfreuten, herrschte diesbezüglich im stationären Sektor eine Flaute (Focke, K. 1998). So kündigte z. B. die „Medizinische Qualitätsgemeinschaft Dresden-Nord“ die vorgesehene sofortige Einbeziehung eines Krankenhauses in ein Modellvorhaben Anfang 1998 als „deutschlandweit einmalig“ an (Potuschek, G. 1998).

692. Mit Einführung der integrierten Versorgungsformen nach den §§ 140a bis h SGB V bekundete die Deutsche Krankenhausgesellschaft (2000) ihr Interesse an einer zügigen Umsetzung dieses Konzeptes, wobei sie das Krankenhaus als Initiator und Zentrum vernetzter Versorgungsstrukturen sah. Dabei fällt auf, dass auch im Rahmen integrierter Versorgungskonzepte sowohl die niedergelassenen Ärzte als auch die Krankenhäuser nach einer Ausdehnung ihres Behandlungs- und Budgetvolumens streben, d. h. die Leistungen an den Schnittstellen für sich reklamieren und/oder in bisher für sie unzugängliche Versorgungsbereiche vordringen möchten. Die zentrale Ursache für diesen Expansionsdrang bilden auf beiden Seiten Überkapazitäten, die man durch Substitutionen, die den eigenen Leistungsumfang erweitern, wenigstens teilweise auslasten möchte. Die niedergelassenen Ärzte bzw. ihre Kassenärztlichen Vereinigungen betonen in diesem Kontext, dass zahlreiche Behandlungen, die heute in Akutkrankenhäusern erfolgen, ambulant kostengünstiger und patientengerechter vorgenommen werden können. Diesen Argumenten halten die Krankenhäuser bzw. die Deutsche Krankenhausgesellschaft entgegen, dass auch sie Behandlungsleistungen ambulant bzw. im Zuge einer Kurzzeithospitalisation erbringen können und z. B. im Hinblick auf ambulante Operationen über die größere Stand-by-Sicherheit verfügen. Die Krankenhäuser streben auch auf der Grundlage ihrer umfangreicheren und spezialisierteren technischen Infrastruktur eine Erweiterung in Richtung eines integrierten medizinischen Dienstleistungszentrums an, das ambulante Praxen quasi als Satelliten einschließt. Relativ unflexible Budgets behinderten bisher einen zielorientierten Wettbewerb an den Schnittstellen und damit das Ausloten einer optimalen sektorübergreifenden Versorgung.

693. Integrierte Versorgungskonzepte benötigen ein Startkapital bzw. eine Anschubfinanzierung, die sich nicht im Anfangsjahr, sondern meist erst nach mehreren Jahren amortisiert. Die Zeitspanne zwischen den Investitionskosten und den durch sie erzielten Erträgen klafft um so mehr auseinander, je breiter das Integrationsspektrum ist. Angesichts des zuletzt bescheidenen Wachstums der von den Krankenkassen

gezahlten Kopfpauschalen fällt es den Kassenärztlichen Vereinigungen schwer, sich in nennenswertem Umfang an den Investitionskosten zu beteiligen. In diesem Kontext ist auch zu berücksichtigen, dass die KV-Mitglieder, die dem integrierten Versorgungsnetz nicht beitreten möchten, auch kein Interesse an einer solchen Mittelverwendung besitzen. Die Krankenkassen sehen sich ihrerseits mit dem Postulat der Beitragssatzstabilität konfrontiert, das ihren jährlichen Ausgabenspielraum einengt. Die auf das Budgetjahr bezogene Beitragssatzstabilität fördert unbeschadet ihrer fiskalischen Bedeutung eine kurzfristige Betrachtungsweise und diskriminiert damit auch investive Projekte, die zwar heute relevante Kosten verursachen, aber künftig erhebliche Erträge versprechen.

694. Die Rahmenvereinbarung zur integrierter Versorgung sieht in § 4 Abs. 2 vor, dass beitragswillige Krankenkassen oder ihre Verbände „mit Beginn des dritten Jahres einer Vereinbarung beitreten können“. Die Möglichkeit, dass Konkurrenten neuen Integrationsmodellen zwei Jahre nach Vertragsabschluss auch ohne Zustimmung der Initiatoren beitreten können, läuft auf eine innovationslähmend kurze „Patentlaufzeit“ hinaus. Die beitretende Partei muss sich zwar an den Errichtungskosten beteiligen, trägt aber verglichen mit dem Innovator ein erheblich geringeres Risiko. Sofern eine Krankenkasse z. B. fünf neue Integrationskonzepte erprobt, von denen zwei reüssieren, finanziert sie die weniger erfolgreichen in vollem Umfange, während sie die Früchte der vielversprechenden Projekte mit anderen Krankenkassen und/oder deren Verbänden teilen muss. Unter diesen Umständen liegt es nahe, dass die Krankenkassen innovatives Engagement eher scheuen und statt dessen versuchen, in die Rolle des „Trittbrettfahrers“ zu schlüpfen. Schließlich stoßen Beitrittsrechte Dritter zu den Integrationsverträgen auf schwerwiegende rechtliche Bedenken. Das Bundesministerium für Gesundheit teilte den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und nachrichtlich auch dem Vorsitzenden des Bundesschiedsamtes für die Vertragsärztliche Versorgung mit Schreiben vom 26. September 2000 mit, dass es ein nachträgliches Beitrittsrecht der Krankenkassen auch für rechtswidrig hält.

695. Ein prima vista aussichtsreiches Feld für innovative Integrationskonzepte bietet vor allem das Disease-Management, das sich um neue outcome-erhöhende und/oder ressourcensparende Versorgungsformen für chronisch Kranke bemühen soll (vgl. Abschnitt 6.2). Nach § 140c Abs. 2 SGB V sollen die Vereinbarungen im Rahmen der Vergütung „ergänzende Morbiditätskriterien“ berücksichtigen, so dass die am Versorgungsnetz teilnehmenden Leistungserbringer den bei diesen Krankheiten anfallenden Mehraufwand erstattet bekommen (können). Dies gilt im Rahmen von Modellvorhaben und integrierten Versorgungsformen jedoch nicht für die betreffenden Krankenkassen, die im Falle eines offenkundig erfolgreichen Projekts befürchten müssen, viele chronisch Kranke von anderen Krankenkassen zu attrahieren. Da der Risikostrukturausgleich bisher spezifische Morbiditätsrisiken nicht in Ansatz bringt, wirkt ein Zustrom chronisch Kranker für eine Krankenkasse beitragsatzerhöhend (vgl. Lauterbach, K. W. und Wille, E. 2001). Die Beitragssatzsteigerung kann dann ihrerseits eine Abwanderung guter Risiken auslösen und so einen entsprechenden *circulus vitiosus* in Gang setzen.

696. Die Kassenärztlichen Vereinigungen befinden sich im Rahmen der integrierten Versorgung vielfach in einer ambivalenten Position. Dies gilt vor allem dann, wenn sie selbst nicht als Vertragspartner fungieren, sondern ein Teil ihrer Mitglieder selektiv kontrahiert. Sie können dann in einen Interessenkonflikt zwischen den Teilnehmern an der integrierten Versorgung und den übrigen Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung geraten. Sofern das integrierte Versorgungsnetz z. B. neben erweiterten Öffnungszeiten der teilnehmenden Vertragsärzte auch mit deren spezifischer Qualifikation bei den Versicherten werben möchte, könnte man dies als implizierte Diskriminierung der restlichen KV-Mitglieder interpretieren. Es liegt nahe, dass sich eine Kassenärztliche Vereinigung dann am Interesse der Mehrheit ihrer Mitglieder orientiert, was innovative Projekte eher hemmen dürfte. Sofern die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der integrierten Versorgung keine Kollektivverträge schließen, sondern neben Gruppen von Ärzten als Anbieter auftreten, ergeben sich kartellrechtliche Probleme. Das deutsche und europäische Kartellrecht gilt auch für öffentlich rechtliche Körperschaften, soweit sie am Geschäftsverkehr teilnehmen und auf der Marktgegenseite Wettbewerb herrscht. Im vorliegenden Fall würde außerdem die Gruppe von Ärzten mit ihren Zwangsbeiträgen auch ihren marktbeherrschenden Konkurrenten (mit-)finanzieren.

Die komplizierte und verästelte Konstruktion der §§ 140a bis h SGB V einschließlich der entsprechenden Rahmenvereinbarung laden kaum zum Abschluss von Verträgen über integrierte Versorgungsformen ein. Es steht daher auch zu erwarten, dass die DMP nach § 137f SGB V eher auf Modellvorhaben nach § 63 SGB V zurückgreifen, obgleich diese nicht zur Regelversorgung gehören.

697. Als problematisch wird auch § 13 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung betrachtet. Danach können die Kassenärztlichen Vereinigungen „dem Vertrag zu dessen Bedingungen frühestens nach einer Vertragslaufzeit von drei Jahren beitreten (...), sofern die Partner der Verträge (...) nicht eine frühere Beitrittsmöglichkeit festlegen“. Wie das Beitrittsrecht von Krankenkassen hält das Bundesministerium für Gesundheit auch den in diesem Kontext von der Deutschen Krankenhausgesellschaft erhobenen Einwand für begründet und den Beitritt einer Kassenärztlichen Vereinigung zu einem geschlossenen Vertrag über die integrierte Versorgung für rechtswidrig. Nach Ansicht des Ministeriums, die der Rat teilt, greift die Beitrittsmöglichkeit nachhaltig in die Vertragsbeziehungen ein und widerspricht damit der vom Gesetzgeber gewollten Vertragsfreiheit der Vertragspartner.

6.1.3.2 Planungsfehler und Evaluationsprobleme

698. Unbeschadet des häufig außerordentlichen Engagements der Initiatoren integrierter Versorgungskonzepte traten in der Vergangenheit Ärzte einem Netz vermehrt in der Absicht bei, eine aussichtsreiche Neuerung nicht zu versäumen, die ein zusätzliches Einkommen verspricht. So erfüllte ein großer Teil der Netzärzte die vertraglichen Verpflichtungen, wie z. B. die Teilnahme und Mitarbeit an Qualitätszirkeln, nicht oder nur unzureichend. Diese Tendenz nahm mit der Größe des integrierten Netzes zu. Zudem ließen auch die Versicherten trotz ihrer grundsätzlichen Verpflichtung, zunächst Ärzte des jeweiligen Integrationsmodells zu konsultieren, die „Netztreue“ vermissen. So überwoog die Inan-

spruchnahme von Nicht-Netzärzten diejenige von Netzärzten (Schönbach, K.-H. 2000). Es stellt sich in diesem Kontext die Frage, ob dies an einer unzureichenden Steuerung durch die Netzärzte oder an einer „Disziplinlosigkeit“ der Netzversicherten lag (Richter-Reichhelm, M. 2000). Es liegt nahe, dass ein integriertes Versorgungskonzept weder in medizinischer noch in ökonomischer Hinsicht Erfolge erzielen kann, wenn die Mehrzahl der Arztkontakte der eingeschriebenen Versicherten außerhalb des Netzes stattfindet. In dieser Hinsicht erwies es sich als ein Mangel, dass die Vertragspartner im Unterschied zu Managed-Care-Konzepten in den USA und der Schweiz aus Furcht vor einer Einschränkung der freien Arztwahl generell von finanziellen Sanktionen für die Fälle absahen, dass die eingeschriebenen Versicherten ohne erkennbare Notwendigkeit zu Ärzten außerhalb des Netzes gehen.

699. Integrierte Versorgungskonzepte können in einer Region sowohl gemeinsam und einheitlich mit allen Krankenkassen oder im Rahmen unterschiedlicher Projekte durchgeführt werden, über die Krankenkassen untereinander konkurrieren. Wie bereits erwähnt, zielen vor allem die Modellvorhaben darauf ab, innovative Suchprozesse anzuregen, was prima vista für dezentrale wettbewerbliche Strukturen spricht. In bevölkerungsschwachen Regionen fehlt für eine wettbewerbliche Vielfalt jedoch in der Regel die dazu notwendige Anbieterstruktur, so dass sich hier ein kooperatives Vorgehen mehrerer oder aller Krankenkassen anbietet. Dies schließt allerdings kompetitive dezentrale Suchprozesse nicht aus, denn es konkurrieren dann zwar nicht die Krankenkassen in einer Region miteinander, wohl aber unterschiedliche regionale Versorgungskonzepte. Auch in Ballungsräumen dürften sich die jeweils miteinander konkurrierenden Konzepte auf einige wenige Projekte beschränken, denn eine alternative Vielfalt dürfte die behandelnden Vertragsärzte schon organisatorisch überfordern.

700. Mit Ausnahme der Modellvorhaben sieht das Gesetz für die integrierten Versorgungskonzepte keine verbindliche Evaluation durch unabhängige Sachverständige mit einem entsprechenden Ergebnisbericht vor. Der Rat bedauert dies insofern, als auf diese Weise wertvolle Informationen verborgen bleiben bzw. nur den Netzbetreibern zur Verfügung stehen. Zudem vergibt die Gesundheitspolitik damit die Chance, die Entwicklung einer Evaluationskultur und die damit einhergehenden Lerneffekte zu fördern. Ein besonderes Evaluationsproblem wirft auch bei integrierten Versorgungskonzepten die Wahl der Vergleichsbasis auf. Randomisierte Doppelblindstudien scheiden hier zumeist schon wegen ihres hohen Ressourcen- und Zeitaufwandes aus. In diesem Kontext genügt die Gegenüberstellung von „vorher/nachher“ nicht, denn es geht bei den Effekten dieser Versorgungskonzepte nicht um „vorher/nachher“, sondern um „mit wem und ohne wen“. Interessante Einblicke in mögliche Schwachstellen und Effizienzpotentiale versprechen Vergleiche innerhalb des Netzes. Bei allen anderen Vergleichen stellt sich auch das Problem der Risikoselektion und zwar sowohl im Hinblick auf die Versichertenstruktur als auch bezüglich der Qualität und Motivation der Netzärzte. Die Evaluationsergebnisse könnten sich dem Einwand ausgesetzt sehen, dass das Netz von Beginn an eine selektive Versichertenstruktur aufwies und dies durch seine Aktivitäten bzw. Versorgungs- und Vergütungsregelungen fördere. Die-

sem Einwand liesse sich u. a. durch Ausweisung folgender Indikatoren belegen:

- Anteil der chronisch Kranken im Netz bzw. der Ausgaben für besondere Morbiditätsrisiken,
- Auflage spezieller Projekte für chronisch Kranke sowie
- Anzahl und Art der präventiven Maßnahmen.

Der Einwand, das Netz attrahiere besonders qualifizierte und motivierte Ärzte und verdanke vor allem diesem Umstand und weniger seinen spezifischen Strukturen seine möglicherweise überdurchschnittlichen Ergebnisse, lässt sich mit Hilfe empirischer Belege schwierig ausräumen. In diesem Kontext gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass die Umsetzung ärztlicher Qualität und vor allem ärztlicher Motivation auch von den jeweiligen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen abhängt. Beide Determinanten ärztlichen Handelns bilden insofern zumindest teilweise auch netzen-dogene Faktoren. Schließlich fördert das Netz auch bei allen Beteiligten Adaptions- und Lernprozesse, von denen zwangsläufig im Rahmen der ärztlichen Behandlung auch Patienten profitieren, die nicht dem jeweiligen Versorgungsnetz angehören. Auch unter diesem Aspekt bietet sich bei allen netzinternen und -externen Vergleichen das Aufzeigen von Entwicklungstrends an.

6.1.4 Anreize für eine integrierte Versorgung auf Nutzerseite

701. Die Analyse der bisherigen Erfahrungen mit integrierten Versorgungskonzepten zeigt, dass die bestehenden Anreize für Nutzer, Krankenkassen und Leistungserbringer nicht ausreichen, um eine erfolgreiche integrierte Versorgung auf den Weg zu bringen und dauerhaft zu etablieren. Dazu muss es ein Zusammenspiel von wirksamen Anreizen geben, das die drei Beteiligtengruppen Nutzer, Kassen und Anbieter zur integrierten Versorgung zusammenbringt. Die Anreizkonstellation muss den Nutzer in den Mittelpunkt stellen, weil nur die Befriedigung seiner Präferenzen eine auf Freiwilligkeit beruhende integrierte Versorgung zustande kommen lässt. Die nachfolgende Darstellung beginnt deshalb mit den Anreizen für die Nutzer. Gleichwohl hat die Initiative für eine nutzerorientierte integrierte Versorgung von den Kassen und/oder Anbietern auszugehen, denn die Anbieterseite muss dem potentiellen Nutzer ein geplantes oder mögliches Konzept präsentieren können.

Solche wirksamen Anreize für Nutzer zugunsten der integrierten im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung können grundsätzlich in

- Unterschieden von Leistungsumfang und Qualität,
- Beitragssatzdifferenzen und
- unterschiedlicher Selbstbeteiligung

liegen.

Die individuelle Entscheidung, von herkömmlicher zu integrierter Versorgung zu wechseln, wird auch in einer amerikanischen vergleichenden Untersuchung zwischen den beiden Versorgungsformen auf die drei schon oben genannten Beweggründe zurückgeführt (Cutler, D. M. et al. 2000):

1. Unterschiede in der Ergebnisqualität, die sich aus unterschiedlicher Prozessqualität ergeben.

2. Kostensenkungen, weil integrierte Versorgung Preise und Inanspruchnahmen vermindern kann.

3. Das finanzielle Risiko aus unterschiedlichen Selbstbeteiligungsregelungen, das bisher in Amerika im Rahmen der integrierten Versorgung deutlich geringer als in der traditionellen Versorgung ist¹⁹³.

6.1.4.1 Unterschiede in Leistungsumfang und Qualität

702. Nach einer Umfrage in Deutschland ist eine erhebliche Zahl an Nutzern bereit, für umfassendere Leistungen höhere Beiträge zu zahlen. Die Wahrscheinlichkeit dieser Präferenz steigt, je schlechter das Gesundheitsrisiko und je höher das Einkommen ist (Andersen, H. u. Schwarze, J. 2002). Umfassendere Leistungen können in einer integrierten Versorgung durch Zusatzversicherungen erbracht werden. Mit den Wohlfahrtswirkungen von Zusatzversicherungen beschäftigen sich zwei neuere Analysen (Hansen, B. u. Keiding, H. 2002; Kifmann, M. 2002b). Hansen und Keiding kommen zu dem Ergebnis, dass eine freiwillige Zusatzversicherung mit risikoabhängigen Prämien zusätzlich zu einer Grundversorgung mit Versicherungspflicht (d. h. nicht risikoabhängigen Beiträgen) zu einer höheren Wohlfahrt führt als eine ausschließliche Grundversorgung. Dagegen nimmt Kifmann an, dass Versicherer, die sowohl Grund- als auch Zusatzversorgung anbieten, mit Hilfe der Zusatzversorgung versuchen gute Risiken¹⁹⁴ zu akquirieren. Wenn die Zusatzversorgung risikoabhängig ist und nur in Verbindung mit der nicht risikoabhängigen Grundversorgung gewählt bzw. versichert werden kann, kann dies zu einer Risikoauslese zugunsten der guten und zu Lasten der schlechten Risiken führen, weil sich so die guten Risiken einer Quersubventionierung der schlechten Risiken bei einem nicht morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich weitgehend entziehen können. Die Wohlfahrtswirkungen einer Zusatzversicherung zur nicht risikoabhängigen Grundversorgung hängen entscheidend davon ab, wer die Zusatzversicherung wählt und wie sie die Beitragssatzhöhe in der Grundversorgung beeinflusst. Es ist plausibel, dass eine Zusatzversicherung die Wohlfahrt erhöht, wenn sie vornehmlich von schlechten Risiken gewählt wird, deren Grundversorgung möglicherweise suboptimal ist. Allerdings sind dabei zusätzlich entstehende Verwaltungskosten und *moral hazard* zu berücksichtigen. *Moral hazard* entsteht dann, wenn von der Zusatzversorgung komplementäre Leistungen zur Grundversorgung angeboten und diese dann verstärkt in Anspruch genommen werden (Danzon, P. 2002). Dies ist dann wahrscheinlich, wenn Grund- und Zusatzversorgung von verschiedenen Versicherern angeboten werden.

Eine vollkommene Trennung von Grund- und Zusatzversicherung gibt es bisher in Deutschland und in Österreich. In der Schweiz dagegen können Versicherungen, die die Grundversorgung anbieten, gleichzeitig risikotarierte Zusatzversicherungen anbieten. Inwieweit das eine bzw. das andere System zu erhöhten Verwaltungskosten bzw. zu Risi-

¹⁹³ Dies unterscheidet zwar die amerikanischen von den deutschen Verhältnissen, belegt aber die Bedeutung von Selbstbeteiligungsregelungen für die Wahlentscheidungen der Versicherten.

¹⁹⁴ Die in der versicherungsökonomischen Literatur gebräuchlichen verkürzten Ausdrücke „gute Risiken“ und „schlechte Risiken“ stehen für Menschen mit geringen zu erwartenden Gesundheitsausgaben bzw. hohen zu erwartenden Gesundheitsausgaben.

koselektion führt, müsste empirisch geprüft werden (Kifmann, M. 2002a).

703. Für die Nutzer ist die Garantie hoher Qualität der integrierten Versorgung eindeutig am wichtigsten. Danach rangiert die Zielsetzung, die Beitragssätze möglichst niedrig zu halten. Es folgen der Wunsch nach einem „großen Umfang an Leistungen“ und mit Abstand nach einer „großen Auswahl an Ärzten“. Ein Vergleich der Umfrage bei einer großen deutschen Betriebskrankenkasse und einer US-amerikanischen repräsentativen Umfrage zeigt vor allem einen Unterschied in der Bewertung der Möglichkeiten der Arztwahl. Dies mag daran liegen, dass es in Deutschland an Erfahrung mit Versorgungsnetzen und den damit einhergehenden Einschränkungen der Arztwahl fehlt. Es ist zu vermuten, dass dieses Kriterium bei zunehmender Netzdichte eine größere Bedeutung erlangen dürfte (Andersen, H. H. u. Schwarze, J. 2002). Die in deutschen Umfrageergebnissen zum Ausdruck kommende Akzeptanz integrierter Versorgung ist grundsätzlich zu trennen von Zufriedenheit, denn Zufriedenheit setzt immer die Erfahrung der Nutzer voraus. Die Einschätzungen neuer Versorgungsmodalitäten sind nicht erfahrungsgestützt (Andersen, H. H. u. Schwarze, J. 2002).

704. Übersichten über die Qualität der integrierten im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung in den USA kommen zu dem Ergebnis, dass sich die Qualität in beiden Versorgungsformen nicht wesentlich unterscheidet (Miller, R. H. u. Luft, H. S. 1997; Steiner, A. u. Robinson, R. 1998; Robinson, R. 2000; Miller, R. H. u. Luft, H. S. 2002). Zwar werden der Zugang zum Versorgungssystem und die Zufriedenheit der Patienten in der integrierten Versorgung schlechter bewertet als in der herkömmlichen Versorgung. Präventionsleistungen, insbesondere Früherkennung, werden dagegen als besser eingeschätzt. Außerdem zeigt sich, dass integrierte Versorgung die Inanspruchnahme stationärer Versorgung und anderer teurer Gesundheitsleistungen senkt.

705. Unterschiede in der Reaktion auf Informationen über die Qualität einer Versorgungsform können auf verschiedene Faktoren zurückgehen. Ältere Nutzer, noch dazu schlechte Risiken, könnten gegenüber derartigen Informationen weniger reagibel sein, weil sie im Lauf der Zeit stärkere Bindungen zu bestimmten Ärzten/Leistungserbringern aufgebaut haben. Das Gleiche gilt für Familien, bei denen ein Wechsel der Versorgungsform eine vielfache Veränderung der Arzt-Patienten-Beziehungen mit sich brächte. Auf der anderen Seite könnten schlechte Risiken stärker auf derartige Informationen reagieren, weil sie am meisten von einem Wechsel zu einer qualitativ besseren Versorgung profitieren. Ähnliches könnte für gute Risiken gelten, die bisher wenig Erfahrung und Information über die relative Qualität verschiedener Ärzte/Versorgungsformen gemacht haben und auch keine Bindungen zu bestimmten Ärzten besitzen (Beaulieu, N. D. 2002). Auch empirisch lässt sich feststellen, dass Nutzer aufgrund von Informationen über Qualität unter sonst gleichen Bedingungen in Versorgungsformen mit höherer Qualität wechseln. Von älteren Personen und insbesondere älteren Familien wird Qualität und eine größere Wahlmöglichkeit unter Ärzten bei der Wahl integrierter Versorgungsformen am höchsten geschätzt (im Vergleich zu anderen relevanten Größen, wie z. B. Preis/Beitragssatz). Dies lässt darauf schließen, dass auch die Variable „Qualität“ zur Risikoanalyse benutzt werden kann (Beaulieu, N. D. 2002).

6.1.4.2 Beitragssatzdifferenzen

706. In einigen integrierten Versorgungsformen in den USA liegen die Ausgaben 30 bis 40 % niedriger als in der herkömmlichen Versorgung, während sich die Prozess- und Ergebnisqualität kaum unterscheidet. Diese Unterschiede sind im Wesentlichen auf geringere Preise in der integrierten Versorgung zurückzuführen und tragen deutlich zu einem Produktivitätsvorsprung dieser Versorgungsform bei (Cutler, D. M. et al. 2000; Altman, D. et al. 2003). Auch in der Schweiz lassen sich bei unterschiedlichen integrierten Versorgungsformen etwa 50 bis 60 % der Einsparungen auf vertragliche Anreize bei den Leistungserbringern und der verbleibende Rest auf Risikoselektionseffekte zurückführen (Lehmann, H. u. Zweifel, P. 2002). In beiden Untersuchungen wird allerdings bezweifelt, dass diese Unterschiede dauerhaft sind.

707. Die Reagibilität auf eventuell geringere Beitragssätze in der integrierten Versorgung gegenüber herkömmlicher Versorgung oder auch innerhalb integrierter Versorgung bei verschiedenen Versorgungsnetzen hängt neben dem Informationsniveau der Nutzer von der Höhe insbesondere der nicht monetären Kosten ab, die bei einem Wechsel der Versorgung entstehen. Eine Reihe von empirischen Untersuchungen aus den USA (Cutler, D. M. u. Reber, S. J. 1998; Strombom, B. et al. 2002 und die dort angegebene Literatur) zeigen, dass die durchschnittliche Preisreagibilität bedeutend ist¹⁹⁵. Allerdings sind die Kosten eines Wechsels der Versorgungsform für verschiedene Bevölkerungsgruppen unterschiedlich:

Für jüngere und gesunde Menschen sind die Kosten, die durch einen Wechsel der Versorgungsform und möglicherweise der Leistungsanbieter entstehen, am geringsten. Für diese ist die Beitragssatzelastizität etwa viermal so groß wie für Ältere und Kranke, wobei diese Reagibilität mit dem Alter sinkt – für bis zu 30-Jährige ist sie rund doppelt so hoch wie für ab 45-Jährige. Die guten Risiken unter den jungen Versicherten wandern dann aus Netzen mit höheren Beitragssätzen/Prämien ab, wobei nicht nur der Marktanteil der betreffenden Krankenkassen sinkt, sondern vor allem deren durchschnittliche Ausgaben pro Versichertem durch das „ungünstige Festhalten“ (*adverse retention*) der schlechten Risiken steigen (Altman, D. et al. 1998; Altman, D. et al. 2003). Wenn dem nicht mit risikogerechten Ausgleichsmechanismen (z. B. einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich) begegnet wird, werden die Beitragssätze (weiter) steigen, was den Marktanteil der betreffenden Kasse weiter sinken, den Risikopool schlechter werden lässt und schließlich die Existenz solcher Versorgung beendet (Ellis, R. P. u. Aragao, F. 2001; Strombom, B. et al. 2002). In einer empirischen Untersuchung in den Niederlanden wurde jedoch eine weitaus geringere Reagibilität als oben angeführt festgestellt (Schut, F. T. u. Hassink, W. H. 2002).

708. Ähnliche Reaktionsmuster sind wohlfahrtstheoretisch analysiert worden (Kifmann, M. 1999). Dabei geht es um die Frage, welche Wohlfahrtswirkungen die Wahlmöglichkeit zwischen herkömmlicher bzw. integrierter Versorgung für gute bzw. schlechte Risiken bei einem nicht morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich mit sich bringt. Unter den

¹⁹⁵ Auf deutsche Verhältnisse übertragen kann Preisreagibilität mit Beitragssatzreagibilität gleichgesetzt werden.

Annahmen von Kosteneinsparungen, aber auch Nutzenverlusten durch Leistungseinschränkungen von integrierter gegenüber der herkömmlichen Versorgung und unterschiedlichen Präferenzen für integrierte Versorgung bei beiden Risikogruppen lässt sich folgendes ableiten: Eine Wahlmöglichkeit zwischen herkömmlicher und integrierter Versorgung stellt gute Risiken eindeutig besser als schlechte Risiken. Für schlechte Risiken hängt die Beurteilung von den Kosteneinsparungen durch integrierte Versorgungsformen und den entsprechenden Präferenzen ab. Erweiterte Wahlmöglichkeiten können sie besser stellen. Aber der Verlust von Quersubventionen bei nicht risikoabhängigen Beiträgen in der herkömmlichen Versorgung kann durch Abwanderung von guten Risiken zu integrierter Versorgung zu einem Nutzenverlust bei den schlechten Risiken führen, wenn diese in der herkömmlichen Versorgung bleiben. Schlechte Risiken erleiden außerdem einen höheren Nutzenverlust bei der Wahl integrierter Versorgungsformen als gute Risiken. Dies erscheint plausibel, weil schlechte Risiken zum einen die Wahlfreiheit von Spezialisten zur Behandlung ihrer Krankheit höher bewerten, als gute Risiken. Zum anderen weisen sie höhere Kosten des Wechsels zur integrierten Versorgung auf, da sie mit höherer Wahrscheinlichkeit eine engere Bindung zu einem Leistungserbringer, der ggf. nicht an der integrierten Versorgung teilnimmt, aufgebaut haben. Auch Umfrageergebnisse deuten darauf hin, dass schlechte Risiken nicht systematisch integrierte Formen der Versorgung in Deutschland bevorzugen (Andersen, H. H. u. Schwarze, J. 2002).

Einerseits kann die Wahlfreiheit zwischen herkömmlicher und integrierter Versorgung die Wohlfahrt steigern, wenn die Nutzenverluste integrierter Versorgung für wenigstens einen Risikotyp geringer sind als die entsprechenden Zuwächse bzw. Einsparungen durch integrierte Versorgung. Wenn dieses generell gilt, können sich beide Risikotypen besser stellen. Andererseits können neue Ineffizienzen entstehen, wenn die subventionierenden guten Risiken die integrierte Versorgung nur wählen, um die Quersubventionen zu vermeiden, oder schlechte Risiken integrierte Versorgung wählen, um Quersubventionen zu bewahren, obwohl es für sie ineffizient ist.

Mit geeigneten Ausgleichen zwischen herkömmlicher und integrierter Versorgung, die dazu führen, dass die herkömmliche Versorgung zu Lasten der integrierten Versorgung subventioniert wird und hohe Risiken nicht nur wegen der „Bewahrung“ von Quersubventionierung integrierte Versorgung wählen, lassen sich Pareto-Verbesserungen erreichen.

6.1.4.3 Unterschiedliche Selbstbeteiligungen

709. Integrierte Versorgung kann Versicherte auch mit geringeren/höheren Selbstbeteiligungen als in der traditionellen Versorgung anziehen. Weil gegenwärtig bereits 40 % der Versicherten in der herkömmlichen Versorgung unter die sog. Härtefallgrenze fallen, müsste die Selbstbeteiligung hier schon deutlich angehoben werden, damit eine geringere Selbstbeteiligung in der integrierten Versorgung einen Anreiz bietet dorthin zu wechseln. Wenn integrierte Versorgung deutlich geringere Selbstbeteiligungen aufweist, findet sie verstärkt Zulauf von schlechten Risiken und damit werden entsprechend wirksame Ausgleichsmechanismen dringend notwendig. Umgekehrt kann es auch sein, dass Versicherte, die gute Risiken sind oder ein hohes Einkommen erzielen, Interesse daran haben, ihren Versicherungsschutz durch hö-

here Selbstbeteiligung und/oder geringere Leistungen zu reduzieren. Obwohl gute Risiken bei konstanter Subvention anderer Versicherter einen höheren Preis pro Einheit Krankenversicherung zahlen, kann dies eine Pareto-Verbesserung mit sich bringen (Breuer, M. 1999).

710. In Verbindung mit integrierter Versorgung lässt sich eine (innerhalb gewisser Grenzen) wählbare Selbstbeteiligung und/oder Bonusregelung als sinnvoll ansehen. Eine Kombination aus obligatorischer und wählbarer Selbstbeteiligung gibt es im System der gesetzlichen Krankenversicherung der Schweiz. Die Leistungsausgaben nehmen stark mit der Höhe der Selbstbeteiligung, die bis auf 40 % der Beiträge steigen kann, ab (Felder, S. u. Werblow, A. 2002; Werblow, A. u. Felder, S. 2002). Während die Autoren behaupten, dass ein bis zwei Drittel dieser Abnahme auf sparsameres Verhalten und der Rest auf Selbstselektion, d. h. die bewusste Vertragswahl der Versicherten, zurückzuführen sei (Felder, S. u. Werblow, A. 2002; Werblow, A. u. Felder, S. 2002), bezweifeln Kritiker die Möglichkeit, diese beiden Effekte trennen und die Ergebnisse auf deutsche Verhältnisse übertragen zu können (Jacobs, K. 2002).

6.1.4.4 Zwischenergebnis

711. Schlechte Risiken bevorzugen i. d. R. die herkömmliche Versorgung, deren Qualität sie höher einschätzen als die in integrierten Versorgungsformen. Da sie höhere Selbstbeteiligungen ablehnen, nehmen sie hierfür auch höhere Beitragssätze in Kauf. Gute Risiken präferieren dagegen integrierte Versorgungsformen, die geringere Beitragssätze (ggf. in Verbindung mit höherer Selbstbeteiligung) bieten können. Mögliche Leistungseinschränkungen haben für sie eine eher untergeordnete Bedeutung.

Wenn integrierte Versorgung mit geringeren Beitragssätzen gute Risiken anzieht, geringere Beitragssätze dort aber auch erst erwirtschaftet werden müssen, was angesichts zusätzlicher Informations- und Managementkosten in den ersten fünf bis sieben Jahren kaum möglich sein dürfte, dann könnte durch geeignete Selbstbeteiligungsregelungen erreicht werden, dass sich insbesondere chronisch Kranke für integrierte Versorgungsformen interessieren: Nämlich eine deutlich spürbare, eventuell in Grenzen wählbare Selbstbeteiligung in der herkömmlichen Versorgung und eine geringe bzw. keine Selbstbeteiligung in der integrierten Versorgung. Die guten Risiken würden dann in der herkömmlichen Versorgung verbleiben, die schlechten Risiken würden die integrierte Versorgung wählen. Selbstbeteiligung würde so nicht nur eine Finanzierungs- sondern auch eine Steuerungswirkung aufweisen. Der Solidarbeitrag der guten Risiken, d. h. der Beitragsanteil, der umverteilt wird, müsste allerdings weitgehend erhalten bleiben, damit die schlechten Risiken nicht deutlich höhere Beitragssätze zahlen müssen (vgl. Abschnitt 6.1.4.2). Zudem muss es, beide Versorgungsformen übergreifend, einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich geben.

6.1.5 Anreize auf Kassen- und Anbieterseite

6.1.5.1 Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

712. Gesundheitsausgaben sind unter den Versicherten extrem ungleich verteilt. Nach Daten der AOK Niedersachsen, die allerdings nur etwa 60 % der Gesamtausgaben berück-

sichtigen (Krankenhaus-, Krankengeld- und Arzneimittelausgaben), ergibt sich für zwei aufeinander folgende Jahre (1998 und 1999) ein Gini-Koeffizient¹⁹⁶ von gut 0,86 (Winkelhake, O. et al. 2002). Die zugehörige Lorenzkurve zeigt, dass auf 10 % der Versicherten 80 % der Ausgaben, die restlichen 20 % der Ausgaben dagegen auf 90 % der Versicherten entfallen. Nach Daten aus der Schweiz (sieben Kassen im Kanton Zürich 1998) entfielen auf 10 % der Versicherten knapp 60 % aller Ausgaben (Spycher, S. 2002). In den Vereinigten Staaten sind (gesamte Bevölkerung 1996) auf 1 % der schlechtesten Risiken ca. 30 % der Ausgaben, auf 2 % ca. 40 %, auf 5 % ca. 60 %, auf 10 % ca. 70 %, auf 30 % ca. 90 % und auf 50 % schlechtesten Risiken knapp 100 % der Ausgaben verteilt (Berk, M. L. u. Monheit, A. C. 2001; Remler, D. K. u. Atherly, A. J. 2002). Das heißt, dass 50 % der Bevölkerung so gut wie keine Gesundheitsausgaben verursachen. Dabei gibt es zwischen herkömmlicher und integrierter Versorgung (*managed care*) kaum Unterschiede. Es stellt sich dann aber die Frage, ob Kostendämpfungsstrategien, die auf 90 % der Bevölkerung mit nur 30 % der Ausgaben zielen, nicht ins Leere laufen. Weitere derartige Anstrengungen werden sich auf diejenigen konzentrieren müssen, die den größten Bedarf an Gesundheitsleistungen aufweisen (Berk, M. L. u. Monheit, A. C. 2001).

713. Vor diesem Hintergrund muss die Diskussion über einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich stattfinden. Eine angemessene Risiko- oder Morbiditätsorientierung von Ausgleichszahlungen für unterschiedliche Risiken zielt darauf ab, Risikoselektion, ihre Kosten sowie möglichen negativen Auswirkungen auf Qualität und Effizienz von medizinischer Versorgung (Van de Ven, W. P. u. Ellis, R. P. 2000) und damit Unter- und Überversorgung abzubauen. Angesichts der extrem ungleichen Ausgabenverteilung auch in Deutschland wäre zu überlegen, ob sich ein Morbiditätsausgleichsverfahren nicht auf die 20 % schlechtesten Risiken konzentrieren sollte.

Was die Kriterien einer Morbiditätsorientierung betrifft, so führt die Literatur mehr als ein Dutzend an. Sie lassen sich in drei Gruppen gliedern, die untereinander in Beziehung stehen können:

- Setzung geeigneter Anreize zur Effizienz (Anreizkompatibilität);
- Bedarfsgerechtigkeit;
- Umsetzbarkeit (Van de Ven, W. P. u. Ellis, R. P. 2000).

Geeignete Anreize

714. Verbesserte Morbiditätsorientierung durch Zuschüsse bzw. Abzüge für Versicherte mit höherem bzw. geringerem Risiko durch den RSA kann dazu führen, dass Kassen sich im Rahmen der integrierten Versorgungs bemühen, gerade höhere Risiken zu versorgen, was eine Umkehr der Anreize bei nicht morbiditätsorientierten Beiträgen bedeuten würde (Van de Ven, W. P. u. Ellis, R. P. 2000).

Herkömmliche Konzepte zur Morbiditätsorientierung zielen darauf ab, wie gut verschiedene Größen (Vorjahresausgaben,

verordnete Arzneimittel, Selbsteinschätzung der Gesundheit, Bevölkerungsstruktur, Morbidität, Mortalität u. a. m.) die laufenden Gesundheitsausgaben vorhersagen. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass Struktur und Niveau dieser Ausgaben für eine Person exogen sind und nicht durch das Konzept zur Morbiditätsorientierung selbst beeinflusst werden (Van de Ven, W. P. u. Ellis R. P. 2000).

Eine andere Sicht der Morbiditätsorientierung besteht darin, die verwendeten Größen als Instrumente bzw. Stellgrößen anzusehen, die die Politik setzt, um Effizienz- und Gerechtigkeitsziele zu erreichen. Bei dieser Art der Morbiditätsorientierung stellt sich dann die Frage, welches die optimalen Gewichtungen der für die Morbiditätsorientierung verwendeten Größen sind, um risikoauslesebedingte Ineffizienzen zu minimieren.

Ein Konzept zur Morbiditätsorientierung kann die Anreize verändern, (bestimmte) Leistungen anzubieten. Das bedeutet, dass nach der Einführung risikoorientierter Konzepte eine Neukalibrierung stattfinden muss und nicht weiter auf Ausgabenstrukturen, die aus der Zeit davor stammen, zurückgegriffen werden kann (Van de Ven, W. P. u. Ellis, R. P. 2000).

Bedarfsgerechtigkeit

715. Ein Teil der geographischen Unterschiede in den Gesundheitsausgaben geht auf unterschiedliche Löhne und Lebenshaltungskosten in verschiedenen Regionen zurück. Wenn jedoch diese Unterschiede in den Ausgaben vom Praxisstil, vom Zugang zur medizinischen Versorgung sowie durch Über- oder Unterversorgung verursacht wurden, dann kann eine unterschiedslose Anwendung der Morbiditätsorientierung ungerecht sein.

Wenn z. B. Patienten mit Demenz in einer Region geringere geschätzte Ausgaben aufweisen als solche in anderen Regionen mit sonst identischen demographischen und diagnostischen Daten und dieser Tatbestand Unterversorgung darstellt, dann ist es nicht bedarfsgerecht, die erwarteten Ausgaben für diese Gruppe auf diesem Niveau zu belassen, selbst wenn eine gute Vorhersagekraft auf diesem geringen Niveau realisiert wird.

Ein Konzept zur Morbiditätsorientierung wird als gerechter angesehen, wenn es einen größeren Anteil des Unterschieds in den Gesundheitsausgaben vorhersagen kann. Das oben genannte Beispiel zeigt jedoch, dass verbesserte Vorhersagekraft, die sich auf Ausgaben, für die eine solidarische Finanzierung nicht erforderlich ist, oder auf Morbiditätsgrößen stützt, die auf den beschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung oder Unterversorgung hinweisen, weniger Bedarfsgerechtigkeit mit sich bringen kann (Van de Ven, W. P. u. Ellis, R. P. 2000).

Prospektive oder retrospektive Morbiditätsorientierung

716. Morbiditätsorientierte Ausgleichszahlungen können entweder prospektiv oder retrospektiv festgelegt werden. Außerdem gibt es Mischformen (Newhouse, J. P. 1993 und 1996). Einer prospektiven Morbiditätsorientierung sollte der Vorzug gegeben werden, weil sie ein stärkeres Gewicht auf Informationen über chronische Zustände legen, wogegen retrospektive Konzepte Informationen über akute Probleme stärker berücksichtigen.

¹⁹⁶ Relatives Konzentrationsmaß; wobei ein Wert von 0 Gleichverteilung und ein Wert von 1 die Konzentration aller Ausgaben auf nur einen einzigen Versicherten anzeigt.

Wenn es zu wenig Prävention und zu viel Behandlung in der Versorgung gibt, können prospektive Konzepte Prävention fördern und Überdiagnostik mindern. Andererseits schützt retrospektive Vergütung Versicherer und Leistungsanbieter vor adverser Selektion von Patienten mit Diagnosen, die hohe Kosten in der gleichen Periode mit sich bringen. Sollte dies empirische Relevanz erlangen, dann lassen sich prospektive Konzepte mit ausgewählten, einjährigen retrospektiven Elementen verbinden.

Prospektive Konzepte haben den Vorteil, dass die Informationen früher verfügbar und Beiträge und Vergütungen leichter vorkalkuliert werden können. Die Umsetzung jedes Konzepts bringt einen ähnlichen Aufwand bei der Datensammlung mit sich. Obwohl die Argumente nicht alle eindeutig zu Gunsten eines prospektiven Konzepts sind, wiegen sie schwerer (Van de Ven, M. P. u. Ellis R. P. 2000).

Umsetzbarkeit

717. Ein Risikostrukturausgleich, insbesondere ein morbiditätsorientierter, verursacht nicht unbeträchtliche Kosten (Spycher, S. 2002). Die entsprechenden Daten sollten ohne unnötigen Zeit- und Geldaufwand beschafft werden können. Dabei haben standardisierte und vergleichbare Routinedaten sowie einfach validierbare Zahlen den Vorrang vor gesonderter Datensammlung, Validierung und Verarbeitung.

Ferner müssen große repräsentative Stichproben vorhanden sein, aus denen Konzepte zur Morbiditätsorientierung vor Einführung entwickelt und kalibriert oder nach Einführung neu kalibriert werden können. Geeignete Indikatoren mit hoher Prognosekraft können möglicherweise nicht berücksichtigt werden, weil sie manipulationsanfällig sind. Hierzu gehören insbesondere aus Befragungen gewonnene Indikatoren, aber auch Diagnosen (Spycher, S. 2002). Schließlich spielt der Zeitverzug zwischen Datensammlung und deren Nutzung eine Rolle. Die Nutzbarkeit z. B. von Diagnose-daten zur Morbiditätsorientierung nimmt mit der Zeit ab (Van de Ven, W. P. u. Ellis, R. P. 2000).

6.1.5.2 Selektives Kontrahieren

718. Der zentrale, die integrierte Versorgung im deutschen Kollektivvertrags- und Versorgungssystem konstituierende Anreiz auf der Seite der Kassen besteht darin, mit einzelnen (Gruppen von) Anbietern Verträge (sog. Einzelverträge) schließen zu können. Verträge werden nur mit den Gruppen von Anbietern abgeschlossen, die mehr Leistungen, mehr Qualität, mehr Annehmlichkeiten und/oder geringere Preise bieten, wobei letztere sich dann auch wieder in geringeren Beitragssätzen niederschlagen können (Morrisey, M. 2001).

Allerdings ist dieser Anreiz, wie die Entwicklung auf diesem Gebiet zeigt, durch

- die unnötige Intransparenz gesetzlicher Regelungen und
- die Konzentration der Kassen auf kurzfristig vermeintlich erfolversprechendere Projekte,

deutlich abgeschwächt worden. Nicht zuletzt würde eine Ausbreitung integrierter Versorgung die korporatistischen Strukturen mit ihrem Hang zu sektoraler Abschottung auch bei den Kassen nachhaltig in Frage stellen.

719. Nach § 140b SGB V können die Krankenkassen derartige Verträge im ambulanten (zahn)ärztlichen Bereich nur

mit Gemeinschaften von Anbietern, im stationären und Rehabilitationsbereich mit einzelnen Einrichtungsträgern und mit einzelnen sonstigen Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften abschließen. Wenn Leistungsanbieter sich in der integrierten Versorgung nur als Gemeinschaft anbieten können, dann besteht darin eine Markteintrittsschranke (Jacobs, K. u. Schröder, W. 2002), weil der Aufbau des Netzes Suchkosten für effektive und qualitätsorientierte Anbieterkollegen und Kosten für Informationstechnologie zum Management der Inanspruchnahme und zur Qualitätssicherung verlangt, die bei einem etwaigen Marktaustritt verloren gehen (*sunk costs*) (Gaynor, M. u. Haas-Wilson, D. 1998; Haas-Wilson, D. u. Gaynor, M. 1998).

Unter wettbewerbsrechtlichen Aspekten ist davon auszugehen, dass selektive Vertragsschlüsse nach einer an objektiven Kriterien orientierten Ausschreibung erfolgen (Schultz, K.-P. 1998; Steinmeyer, H.-D. 2000). Das Fehlen aussagekräftiger Daten bei den Kassen dürfte eine Prüfung von Qualität und Effizienz der Behandlung zumindest der potentiellen Anbieter im ambulanten Bereich außerordentlich schwierig gestalten (Steinmeyer, H.-D. 2000).

Aufgrund der für den ambulanten (zahn)ärztlichen Bereich gültigen gesetzlichen Bestimmung, nur Gemeinschaften von Anbietern zur Bewerbung zuzulassen, dürfte ein nennenswerter Teil der Such- und Abstimmungskosten auf die Anbieter abzuwälzen sein, was dort die Markteintrittsschranken (s. o.) erhöht. Dagegen wird diskriminatorisches Vorgehen seitens der Nachfrager, d. h. der Kassen, zumindest auf dieser Stufe verhindert. Wäre es zulässig, dass sich nicht nur Gemeinschaften, sondern auch einzelne Anbieter bewerben können, gäbe es die o. g. Eintrittsbarriere nicht und die Kassen könnten – entsprechende Datengrundlagen vorausgesetzt – gezielt auch auf einzelne Anbieter zugehen, die sie für effizient und/oder qualitativ gut halten, um sie zur Teilnahme zu bewegen. Allerdings sind damit höhere Such- und Abstimmungskosten bei den Kassen, die sich insbesondere bei den Anbietern aus der Akzeptanz bzw. Erfahrung in der Zusammenarbeit mit den potentiellen Bewerbern ergeben, verbunden. Der Rat empfiehlt, es den Kassen zu überlassen, ob sie nach erfolgter Ausschreibung mit Gemeinschaften oder einzelnen (Gruppen von) Anbietern verhandeln wollen. Gesetzliche Bestimmungen, die solches festlegen, sollten aufgehoben werden, soweit sie nicht zur Sicherung flächendeckender Versorgung unerlässlich sind.

720. Theoretisch dürften die Auswirkungen der Anbieterzahl in einem Netz auf etwaige Ausgabensenkungen bzw. Qualitätsverbesserungen umgekehrt u-förmig verlaufen. Das Optimum dürfte allerdings nur experimentell annähernd zu finden sein. Vertragsabschlüsse zwischen Ausschreibern und Anbietern, insbesondere bei Bietergemeinschaften werden ggf. erst nach einem mehrstufigen Abstimmungsprozess zustande kommen.

Wenn die Kriterien der Ausschreibung nicht so streng sind, um Anbieter von der Teilnahme an der integrierten Versorgung auszuschließen oder wenn dies durch gesetzliche Regelungen untersagt ist, dann wird die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens, ausgabensenkend zu wirken, abgeschwächt (Marsteller, J. et al. 1997; Vita, M. 2001; Zwanziger, J. 2002). In den 34 Bundesstaaten der USA, in denen keine Anbieter ausgeschlossen werden, die die vorgegebenen Bedingungen erfüllen (*any-willing-provider-Regulie-*

rungen) und Versicherte jeden Anbieter – auch solche, die nicht an der integrierten Versorgung teilnehmen (*freedom of choice*-Regulierungen) – auswählen können, ließen sich geringere Ausgaben senken realisieren als in anderen Bundesstaaten (Ohsfeldt, R. et al. 1998).

6.1.5.3 Vergütungsformen und Morbiditätsorientierung

Zur Wirkung unterschiedlicher Vergütungsformen

721. Es ist davon auszugehen, dass Vergütungsformen Auswirkungen auf ärztliches Verhalten und damit auch auf Über-, Unter- und Fehlversorgung besitzen. Die empirische Evidenz dieser Wirkungen ist jedoch nicht eindeutig bzw. vielschichtig, da sie von klinischen, demografischen und organisatorischen Bedingungen (Chaix-Couturier, C. et al. 2000), sowie u. a. von professionellen, ethischen und patientenseitigen Bedingungen abhängen. Eine systematische Untersuchung, die zufallskontrollierte sowie gewisse nicht zufallskontrollierte Studien einbezog, analysierte die wichtigsten Vergütungsformen Kopfpauschale, Gehalt, Einzelleistungsvergütung sowie die zielorientierte Vergütung (Gosden, T. et al. 2001).

722. Bei der (zeitraumbezogenen) Kopfpauschale pro Patient besteht ein Anreiz für einkommensmaximierende Ärzte, die Kosten pro Kopf so niedrig wie möglich zu halten. Wenn die Pauschale nur für ambulante Leistungen gilt, besteht ein Anreiz ins Krankenhaus einzuweisen. Bezieht sie beide Versorgungsbereiche ein, wählt der Arzt die kostengünstigste Behandlungsart. Eine Kopfpauschale setzt andererseits Anreize für präventive Leistungen, um zukünftige Kosten zu verringern (Gosden, T. et al. 2001). Kostensenkungen pro Kopf können Ärzte jedoch auch erreichen, indem sie gute Risiken behandeln und schlechte Risiken abzuschrecken versuchen. Eine (prospektive) Vergütungsform wie die Kopfpauschale führt dann in der Tendenz dazu, dass die Intensität der Behandlung für alle Risiken im Vergleich zur Einzelleistungsvergütung abnimmt. Für schlechte Risiken besteht eine Tendenz zur Unterversorgung bzw. sogar zur Nichtversorgung (Newhouse, J. P. 1996; Ellis, R. P. 1998). Bei der Wechselwirkung zwischen der Auslese guter Risiken und der Produktion zu geringsten Kosten wird beides zu maximieren versucht (Produktionseffizienz) (Newhouse, J. P. 1994). Über eine (morbidityorientierte) Differenzierung der Pauschalen kann dem Anreiz zu Risikoselektion entgegengewirkt werden.

723. Bei der Vergütung durch ein festes Gehalt (im Allgemeinen für eine gewisse Zahl von Wochenstunden) ist das Einkommen der Ärzte vorgegeben. Ebenso wie bei der Pauschale pro Eingeschriebenem handelt es sich hierbei um eine prospektive Vergütungsform. Für Ärzte bestehen in diesen Fällen ebenfalls Anreize, Leistungen zu minimieren, indem sie versuchen, gute Risiken auszusuchen, Patienten zu überweisen oder die Anzahl der Konsultationen so gering wie möglich zu halten, was zu längeren Wartelisten führen kann (Gosden, T. et al. 2001).

724. Im Gegensatz zu diesen beiden prospektiven Systemen stellt die Einzelleistungsvergütung eine retrospektive Vergütungsform dar, bei der die Ärzte in der Regel nach Art und Zahl der erbrachten Leistungen bezahlt werden. Solange der Grenzertrag einer Leistung über den Grenzkosten liegt, kann der Arzt sein Einkommen durch mehr Leistungen steigern. Dies kann über eine angebotsinduzierte Nachfrage zu unnö-

tigen Behandlungen, d. h. zu Überversorgung und auch zu Fehlversorgung führen.

725. Eine weitere, in Großbritannien und Nordirland bereits eingeführte Vergütungsform ist die mengen- bzw. zielorientierte Vergütung, die z. B. erst bei einer bestimmten, minimalen Anzahl von Behandlungen einsetzt (Beispiel: Vergütung von Impfungen und gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen erst bei Nachweis einer bestimmten Impf- bzw. Untersuchungsquote) (Giuffrida, A. et al. 2000; Gosden, T. et al. 2001). Sie birgt den Anreiz, dass Ärzte derartige Behandlungen überhaupt nicht vornehmen, wenn sie davon ausgehen, dass sie diese Schwelle nicht erreichen. Andere, die diese Grenze mit hoher Wahrscheinlichkeit überschreiten, kann sie zur Überversorgung anregen. Sie kann aber auch eine qualitätssteigernde Konzentration solcher Behandlungen auslösen (Giuffrida, A. et al. 2000, Band II).

726. Unter der Voraussetzung, dass Ärzte auf die genannten ökonomischen Anreize reagieren, dürften die Vergütungsformen Gehalt und Kopfpauschale tendenziell mit Unterversorgung, die Einzelleistungsvergütung mit Überversorgung einhergehen. Eine Mischform aus Einzelleistungsvergütung und Kopfpauschale könnte dann zu einer Versorgung führen, die zwischen diesen beiden Polen liegt. Eine solche Mischform stellt beispielsweise die diagnoseorientierte Fallpauschale dar. Eine andere Mischform wären erfolgsorientierte Gehälter. Schließlich lässt sich ein ganzes Vergütungssystem als Mischform ausgestalten, in dem es aus verschiedenen der genannten Vergütungsformen zusammengesetzt wird (vgl. auch SG 1997, Ziffern 643–647).

Es gibt empirische Evidenz, die die vorgenannten Hypothesen stützt. Sie lässt sich aber nicht verallgemeinern und auf jedes Behandlungsumfeld anwenden. Es empfehlen sich daher weitere Forschungen zur Evaluation von Vergütungssystemen (Gosden, T. et al. 2001). Die Vor- und Nachteile der grundsätzlichen Vergütungsformen bei zusätzlicher Berücksichtigung der (diagnosenorientierten) Fallpauschalen werden in Tabelle 40 (S. 239) zusammengestellt.

727. Eine Kopfpauschale ist dadurch gekennzeichnet, dass sie das Morbiditätsrisiko des Patienten vollkommen auf den Arzt verlagert. Bei der Einzelleistungsvergütung hingegen trägt die Krankenkasse das Morbiditätsrisiko des Patienten. Die Fallpauschale beschreibt hier eine Zwischenform, die das Morbiditätsrisiko zwischen Arzt und Kasse aufteilt. Eine ausschließliche Übertragung des Morbiditätsrisikos auf den Arzt erscheint ungünstig, da dies wahrscheinlich Unterversorgungssituationen nach sich zieht. Eine Übertragung des Morbiditätsrisikos ausschließlich auf die Kassen ist hingegen problematisch, wenn die Einnahmen einer Kasse pro Versichertem geringer sind als die prognostizierbaren Ausgaben und die Kasse somit einem Anreiz zu Risikoselektion ausgesetzt ist.

Was soll eine morbiditätsorientierte Vergütung leisten?

728. Wie beschrieben, gibt es bei Vergütungssystemen (und auch bei Beitragssystemen) eine Wechselwirkung zwischen dem Anreiz, gute Risiken zu attrahieren und dem Anreiz, zu geringsten Fallkosten zu produzieren. Reine Kopfpauschalen maximieren, reine Einzelleistungsvergütungen minimieren beide Anreize und haben deswegen die Tendenz zu Unter- bzw. Überversorgung (Newhouse, J. P. 1994).

Tabelle 40

Stärken und Schwächen ausgewählter Vergütungsformen

Vergütungsform	Stärken	Schwächen
Gehalt (Kosten der Praxisausstattung übernimmt der Arbeitgeber)	Administrativ einfaches System (kein Abrechnungsaufwand) Kein Anreiz zu versorgungsverschlechternder Kostensenkung (mit Ausnahme des ärztlichen Arbeitseinsatzes), auf diese Weise prinzipiell größere Freiheit zu zwendungsorientierter Patientenversorgung	Anreiz zur Minimierung des Arbeitseinsatzes z. B. durch (1) Abweisung von Patienten wegen „Überlastung“ (möglicherweise insbesondere von behandlungsintensiven Patienten) sowie (2) rasche Überweisung an andere Behandler Kein Anreiz zu wirtschaftlichem Verhalten
(zeitraumbezogene) Kopfpauschale	Anreiz zu Kostenminimierung pro (in einem Zeitraum behandelten) Patienten Anreiz zu Prävention (insoweit als Präventionsleistungen zur Verringerung der Kosten pro Kopf führen)	Anreiz zu Risikoselektion: Abweisung schlechter Risiken („ <i>dumping</i> “), Schlechterbehandlung schlechter Risiken, um diese zum Abwandern zu bewegen („ <i>skimping</i> “) Tendenz zur Unterversorgung von Patienten
Einzelleistungsvergütung	Anreiz zu Kostenminimierung pro Einzelleistung Möglichkeit, gezielte Anreize für bestimmte erwünschte Leistungen zu setzen	keine Orientierung der Vergütung an dem Behandlungsergebnis möglich Anreiz zur Leistungs- bzw. Indikationsausweitung
(diagnosenorientierte) Fallpauschale	Anreiz zu Kostenminimierung pro Fall geringer Anreiz zur Risikoselektion bei adäquater Schweregraddifferenzierung der Fallklassifikation	Anreiz zur Fallzahlausweitung Anreiz zur Höhercodierung

Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von Krauth, C. et al. (1998)

Die negativen Anreize beider Vergütungsformen sollen durch morbiditätsorientierte Pauschalisierung (der Vergütung) zurückgedrängt werden. Morbiditätsorientierung bedeutet in diesem Zusammenhang die Nutzung von Informationen, um die erwarteten angemessenen Gesundheitsausgaben von Individuen in einem festgelegten Zeitraum abzuschätzen (Van de Ven, W. P. u. Ellis, R. P. 2000) und die Vergütung zur Verbesserung von Effizienz und bedarfsgerechter Versorgung daran auszurichten. Angemessenheit bedeutet hier, dass nur die Ausgaben für medizinisch notwendige und kosteneffektive Versorgung einbezogen werden sollen. Da dies schwer zu kalkulieren ist, wird in der Praxis von beobachteten anstatt bedarfsorientierten Ausgaben ausgegangen. Wie bereits erwähnt, zielt Morbiditätsorientierung der Vergütung darauf ab, Risikoauslese zu reduzieren, d. h. die Anreize zur Überversorgung und zur Unterversorgung von Patienten, jeweils in Abhängigkeit vom erwarteten finanziellen Ertrag des Arztes, zu vermindern.

729. Wenn morbiditätsorientierte Vergütungen nicht differenziert genug sind, um Risikoauslese zu vermindern, bietet sich als zusätzliche Vorgehensweise eine Risikoaufteilung zwischen Leistungsanbietern und Krankenkassen an. Das bedeutet, dass den Leistungsanbietern nachträglich ein Teil der angemessenen Kosten für bestimmte Patienten vergütet wird (Newhouse, J. P. et al. 1997 und 1999; Robinson, J. C. 1999 und 2001). Folglich müssen dann die morbiditätsorientierten Vergütungen in den folgenden Perioden angepasst werden. Dieses Verfahren besitzt Ähnlichkeit mit den so genannten „outlier“-Regelungen bei den amerikanischen DRG-Systemen.

Ebenso wie dieses Verfahren die Anreize zur Risikoauslese senkt, verringert es aber auch die Anreize effizient zu behandeln. Allerdings geht auch die Medizin häufig nach dem Prinzip „learning by doing“ vor. Wenn eine Behandlungsvariante mit den niedrigsten Kosten immer gewählt würde, brächte man sich um die Erprobungsmöglichkeit, ob eine heute teurere Variante in Zukunft geringere Kosten verursacht. Außerdem kann beträchtliche Unsicherheit darüber bestehen, welche Behandlungsweise besser ist: Ohne Unterschiede in der Behandlung lässt sich weniger lernen (Newhouse, J. P. et al. 1997 und 1999).

730. Die Akzeptanz der Morbiditätsorientierung bei Versicherten, Leistungserbringern, Krankenkassen und dem Staat ist ein wichtiges Element der Umsetzbarkeit. Dazu gehört auch das Recht auf informationelle Selbstbestimmung von Patienten und Leistungserbringern. Ferner muss die Morbiditätsorientierung klinische Realitäten adäquat abbilden. Sie wird sonst untergraben, wenn Kliniker feststellen, dass es bedeutende Vergütungsunterschiede gibt, die auf triviale Klassifizierungsunterschiede zurückgehen (Van de Ven, W. P. u. Ellis, R. P. 2000).

6.1.6 Empfehlungen

731. Der Rat empfiehlt,

- die gesetzlichen Vorschriften für die integrierte Versorgung von den geschilderten Fehlanreizen und von überflüssigen Regulierungen zu befreien. Dies gilt insbesondere für die Rahmenvereinbarungen, aber auch für

andere Rechtsgebiete (Vertragsarztrecht, Heilberuferecht, Arzneimittelvertriebsrecht, Steuerrecht). Krankenhäuser sollten im Rahmen der integrierten Versorgung vereinbarte Leistungen auch ambulant oder bei entsprechender Qualifikation z. B. im Rehabilitations- und Pflegebereich erbringen dürfen.

- Anreize für Nutzer bei der Wahl integrierter Versorgungsformen zu setzen. Die vom Rat diskutierten Anreize für Nutzer, Kassen und Anbieter sollten zusammen mit einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich eingeführt werden, der zugleich auch als Anreiz für die Kassen dienen soll, sich um die Versorgung chronisch Kranker zu bemühen.
- die Markteintrittsschranken für Leistungsanbieter integrierter Versorgung möglichst niedrig zu halten. Dazu gehört insbesondere auch, dass der Vertragsabschluss mit solchen Anbietern nicht davon abhängig gemacht wird, dass sie als Gemeinschaft auftreten.
- eine morbiditätsorientierte Vergütung für den Abbau von Über- und Unterversorgung insbesondere in integrierten Versorgungsnetzen zu vereinbaren. Die netzinterne Gestaltung der Vergütung kann den betreffenden Anbietern überlassen werden.
- dass bei der Auswahl von Indikatoren zur Morbiditätsorientierung deren Anreizwirkung auf die allokativen Effizienz – d. h. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – sowie Kriterien zur Umsetzbarkeit beachtet werden sollten. Die „Vorhersagekraft“ der zur Morbiditätsorientierung genutzten Größen für die zukünftigen Ausgaben bildet auch angesichts zu verändernder Vergütungsformen, die auch andere Ausgabenstrukturen zur Folge haben dürften, zwar ein zentrales, aber nicht das allein ausschlaggebende Kriterium.

6.2 Disease Management

6.2.1 Bewertung des bisherigen DMP-Einführungsprozesses

732. Das medizinische Wissen wächst rasant und ist für den einzelnen Arzt kaum überblickbar. Die Prinzipien für Entscheidungen, die durch Aus-, Weiter- und Fortbildung wie durch klinische Erfahrungen geprägt sind, führen dazu, dass Patienten mit gleichen Krankheitsbildern von verschiedenen Ärzten unterschiedlich behandelt werden. Dieses Faktum wäre an sich wenig bedeutsam, ginge die beobachtete Varianz der ärztlichen Praxis nicht mit teilweise gravierenden Nachteilen für die Patienten und unnötigem Ressourcenverbrauch einher. Um dieser Abweichung vom „Optimum“ entgegenzuwirken, empfahl der Rat bereits mehrfach die Einführung von Leitlinien zur Verbesserung der Behandlungsqualität und zur effizienten Nutzung der Ressourcen (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II sowie SG 1997).

733. Dieser Empfehlung ist die Politik u. a. insoweit nachgekommen, als sie die Voraussetzungen zur Einführung von strukturierten Behandlungsplänen (Disease-Management-Programmen, DMP) mit § 137f SGB V geschaffen hat: Der gemäß § 137e SGB V im Jahr 2001 neu gebildete Koordinierungsausschuss hatte bis zum 28. Januar 2002 anhand der im Gesetz vorgegebenen Kriterien (vgl. Tabelle 41) höchstens sieben, mindestens jedoch vier chronische Erkrankungen zu

benennen, für die DMP eingeführt werden sollen. Bereits vier Wochen nach der Bekanntgabe der ausgewählten Indikationen durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sollte der Koordinierungsausschuss dem BMG Empfehlungen für die Anforderungen an die Ausgestaltung der Behandlungsprogramme (vgl. Tabelle 41) vorlegen. Darauf hin sollte vom Ministerium gemäß § 266 Abs. 7 SGB V eine entsprechende Rechtsverordnung erlassen werden, deren Inhalt gemäß § 137g SGB V die Grundlage für die Akkreditierung der Programme durch das Bundesversicherungsamt ist.

Tabelle 41

Wesentliche gesetzliche Vorgaben für die Disease-Management-Programme

Der Koordinierungsausschuss wählt die zu empfehlenden chronischen Krankheiten anhand der folgenden Kriterien aus:

1. Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
2. Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
4. sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
5. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
6. hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Der Koordinierungsausschuss formuliert außerdem Anforderungen hinsichtlich der:

1. Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors,
2. durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen,
3. Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm, einschließlich der Dauer der Teilnahme,
4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten,
5. Dokumentation und
6. Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten (Evaluation) und der zeitlichen Abstände zwischen den Evaluationen eines Programms sowie der Dauer seiner Zulassung.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf § 137f SGB V

734. Der im Gesetz vorgesehene zu ambitionierte Zeitplan konnte nicht eingehalten werden. So enthält die am 1. Juli 2002 in Kraft getretene Rechtsverordnung (4. Verordnung zur Änderung des Risikostrukturausgleichs) als Anlagen lediglich die Anforderungsprofile für die DMP für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Gutachtens lagen die Vorgaben für die geplanten DMP zu Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale/COPD und koronarer Herzerkrankung noch nicht vor. Folglich konnte das Bundesversicherungsamt im Jahr 2002 keine Programme zu den genannten Diagnosen akkreditieren. Nach § 137g SGB V (in Zusammenhang mit den

§§ 137f und 266 Abs. 7 SGB V) erfolgt die Zulassung der DMP auf Antrag einer Krankenkasse bzw. eines Kassenverbandes innerhalb von 3 Monaten nach Antragsstellung und wird mit dem Tag wirksam, an dem die gesetzlichen Anforderungen hinsichtlich der Programmgestaltung, der personenbezogenen Daten und der für die Durchführung der Programme geschlossenen Verträge erfüllt sind (frühestens jedoch rückwirkend zum Tag der Antragsstellung). Vor der Bundestagswahl im September 2002 kamen keine Verträge zwischen den Kassen und den Leistungserbringern zu Stande. Der erste Vertrag wurde am 14. Oktober 2002 zwischen der KV-Nordrhein und den regional aktiven Krankenkassen abgeschlossen¹⁹⁷.

735. Eine klare und eindeutig abgrenzende Definition für den Begriff Disease Management und seine Entsprechungen findet sich weder in den Gesetzestexten noch in der Literatur. Im internationalen Vergleich wird unter Disease Management ein sehr heterogenes Spektrum an Instrumenten zusammengefasst. In der Regel liegen Disease-Management-Programmen gemeinsame Komponenten zugrunde, wie evidenzbasierte Leitlinien, Informationssysteme, Patientenschulungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung (vgl. Tabelle 42). Sie bilden die Basis der Behandlung. Ziel ist die Schaffung und Etablierung eines Instrumentes zur Steuerung der Behandlung und Betreuung von Patienten mit definierten Gesundheitsstörungen über professionelle, institutionelle und sektorspezifische Grenzen hinweg. Disease Management beruht auf der Annahme, dass eine systematische, integrierte und evidenzbasierte Patientenversorgung effektiver und effizienter ist als die fragmentierte Behandlung einzelner Krankheitsepisoden. Es besteht weithin Konsens, dass solche Programme zur Verbesserung der Qualität und/oder zu Kosteneinsparungen führen können. Jedoch stützt sich diese Annahme bei einigen Indikationen hauptsächlich auf die Ergebnisse kleinerer, meist weder randomisierter noch kontrollierter Studien. In einer im Jahr 2002 erschienenen Meta-Analyse von Disease-Management-Programmen konnte das Befolgen von Behandlungsrichtlinien bei Ärzten durch Fortbildungen, Qualitätszirkel und Reminder nachgewiesen werden. Signifikante Verbesserungen zeigen sich bei Patienten im Krankheitsumgang durch Schulungen, Reminder und finanzielle Anreize (Weingarten, S. C. et al. 2002).

Bei Disease-Management-Programmen handelt es sich also um ein mehrere Elemente verbindendes Versorgungsinstrument. Sie fokussieren idealer Weise nicht auf einzelne Krankheitsepisoden, sondern versuchen die Betrachtung ganzer Lebensphasen, die von Gesundheitsstörungen geprägt werden, und umfassen sämtliche Maßnahmen der Betreuung und Behandlung, aber auch Prävention und Rehabilitation. Übergeordnete Ziele, die im Interesse aller Beteiligten liegen, sind die Verbesserung der Behandlungsergebnisse und der effizientere Einsatz der Ressourcen. Daneben profitieren die Nutzer durch höhere Transparenz, bessere Einbindung und Übernahme von Eigenverantwortung, die Leistungserbringer und die Kostenträger durch eine gut strukturierte Versorgungskette sowie neue Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten.

¹⁹⁷ Insofern konnten die strukturierten Behandlungsprogramme de facto kaum wie ursprünglich vorgesehen für den Risikostrukturausgleich des Jahres 2002 relevant werden.

Tabelle 42

Komponenten des Disease Management

Evidenzbasierte Leitlinien
Wissenschaftlich begründete Patientenleitlinien
Gezielte Entscheidungsunterstützung
Einschreibekriterien
Individuelle Patientenbehandlungspläne
Patientenschulungen
Fortbildungen der Ärzte
Gemeinsame elektronische Kommunikationsplattform
Datenbanken
Patienten-/Ärzte-Informationssysteme
Disease-Management-Zirkel
Organisationsmanagement
Anreizsysteme für Patienten
Anreizsysteme für Ärzte
Zeitnahes Qualitätsmanagement
Regelmäßige medizinische und gesundheits-ökonomische Gesamtevaluation
Kosten-Nutzen-Analysen

Quelle: Eigene Darstellung

736. Nach Auffassung des Rates können strukturierte Behandlungsprogramme ein wertvolles Instrument zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung sein. Maßgeblich für den Versorgungserfolg ist – neben der Mitwirkung des Patienten – ein evidenzbasiertes Versorgungskonzept. Disease Management ermöglicht die Ausrichtung einer evidenzbasierten Therapie an individuellen Versorgungszielen, welche Alter, psychosozialen Status, Komorbiditäten, Risikofaktoren und Schweregrad der Erkrankung berücksichtigen.

737. Als problematisch innerhalb des bisherigen Prozesses der DMP-Einführung erwies sich allerdings die Verpflichtung, die Behandlungsanforderungen soweit möglich auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien zu formulieren. Umsetzungsprobleme traten dadurch auf, dass Leitlinien nicht im erforderlichen Umfang und in der notwendigen Aktualität und Qualität sowie adaptiert an die deutschen Verhältnisse vorlagen. Eine direkte Übersetzung evidenzbasierter Leitlinien in vertragsrechtliche Versorgungsregeln ist nicht möglich, z. T. auch nicht sinnvoll¹⁹⁸.

Abgesehen von den quantitativen und qualitativen Mängeln der vorhandenen Leitlinien besteht das prinzipielle Problem, dass die auf populationsbezogenen empirischen Befunden basierenden Leitlinien in ihrer praktischen Anwendung auf den individuellen Patienten bezogen werden müssen. Wie

¹⁹⁸ Je nach Gegenstand der zu formulierenden Anforderungen bzw. Art und Umfang der vorhandenen Leitlinien muss auch auf andere Materialien (Einzelstudien, Meta-Analysen, Routinedaten etc.) und auf Expertenwissen zurückgegriffen werden. Diese sind nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin zu bewerten und in den gesetzlich vorgegebenen Abstimmungsprozess im Koordinierungsausschuss einzubeziehen.

der Rat bereits in seinem vorangegangenen Gutachten beschrieben hat (Gutachten 2000/2001, Band II, Abschnitt 2.3.5), existieren „Grauzonen“ der Entscheidungsfindung u. U. selbst bei Fragestellungen, die bei oberflächlicher Betrachtung als empirisch hinreichend abgesichert gelten. Bei evidenzbasierter Medizin handelt es sich, wie u. a. vom Rat ausführlich dargelegt (Gutachten 2000/2001, Band II, Abschnitt 2.3 und 2.4) eben nicht um „Kochbuchmedizin“, sondern um die Integration der zum jeweiligen Zeitpunkt besten verfügbaren wissenschaftlichen (externen) Evidenz mit den Erfahrungen des einzelnen Arztes (interne Evidenz). Dieser bewertet die vorhandenen Verfahrensoptionen hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit angesichts der Besonderheiten des Einzelfalls und stimmt sie auf die individuellen Präferenzen des Patienten ab. Die Erfahrungen des DMP-Einführungsprozesses haben leider gezeigt, dass dieses Konzept immer noch von vielen Beteiligten missverstanden wird.

Dieses Missverstehen in der öffentlichen Rezeption offenbart sich u. a. in der schablonenhaften Anwendung von „Evidenzhierarchien“¹⁹⁹, was z. T. zur Überbewertung randomisierter, kontrollierter klinischer Studien führt, die lediglich die Effektivität (und gegebenenfalls Effizienz) einer Maßnahme unter artifiziellen Studienbedingungen (*efficacy*) beschreiben. Hierzu trägt der Mangel an praxisbezogener Versorgungsforschung entscheidend bei, die den Erfolg von Interventionen im Kontext des Versorgungsalltags (*effectiveness*) analysiert. Es ist anzunehmen, dass von der Begleitevaluation der DMP positive Impulse auf diesen bislang vernachlässigten Forschungsbereich ausgehen werden.

Vor allem bei divergierender Evidenzlage oder auch einem „Schulengstreit“ der Experten ist ein formalisierter Konsensbildungsprozess der Entscheidungsgremien zwingend notwendig. Dieser wird – wenn kein Einvernehmen über die Bewertung der vorliegenden Evidenz erzielt werden kann, was z. B. auf unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen oder Zielvorgaben beruhen kann – im Zweifelsfalle eher in konservative Entscheidungen münden.

738. In der öffentlichen Rezeption erfolgt vielfach eine Gleichsetzung von evidenzbasierten Leitlinien mit den (medizinischen) Inhalten der Rechtsverordnung zur Akkreditierung der DMP, obwohl es sich bei den Rechtsverordnungen um administrative Gestaltungsvorgaben bzw. Ausführungsbestimmungen handelt. In diesen sind populationsbezogene evidenzbasierte Standards festgelegt, nicht jedoch für individuelle Patienten verbindliche Behandlungsvorschriften. Vor allem von ärztlicher Seite wird kritisiert, dass die Anforderungskriterien nicht unbedingt eins zu eins übernommenen Leitlinienempfehlungen entsprechen, woraus auf eine drohende Verschlechterung der Versorgung geschlossen wird.

¹⁹⁹ Anhand des methodischen Designs, welches Rückschlüsse auf die interne Validität von Studien zulässt, können Studien so genannten „Evidenzklassen“ zugeordnet werden. Anhand dieser Zuordnung ist jedoch keine Aussage über die praktische Relevanz der Studienergebnisse und deren Brauchbarkeit in konkreten Versorgungssituationen (Angemessenheit/Adäquanz) möglich. Hierzu müssen ergänzende Informationen (z. B. Konsistenz der Ergebnisse in verschiedenen Studien, Präzision der Effektschätzung, Größe und klinische Relevanz des Effektes) herangezogen werden. Diese bilden die Grundlage für die Bildung von „Empfehlungsklassen“ („Härtegrade“, *strength of recommendation*), welche in Leitlinien angegeben sein sollten (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II, Abschnitt 2.3.4).

Diese Einschätzung verkennt den unterschiedlichen Charakter beider Instrumente. In viel stärkerem Maße als dies bei der „lege artis“ durchgeführten Entwicklung von evidenzbasierten Konsensusleitlinien der Fall ist (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II, Abschnitt 2.4.6), fließen in den Konsensbildungsprozess zu den DMP-Anforderungsprofilen divergierende Standpunkte, Interessenlagen, Zielsetzungen und Bewertungen ein. Die entscheidungsdominierende Gültigkeit medizinischer Expertenurteile stößt da an ihre Grenzen, wo ethisch-moralische, rechtliche, politische, gesellschaftliche und/oder ökonomische Interessen zu berücksichtigen und tragfähige Kompromisse zu suchen sind. Im Zuge solcher Diskussionsprozesse verlieren Wissenschaftler und Ärzte einen Teil ihrer gewohnten Normierungsmacht bzw. werden sich deren Grenzen bewusst. Gleichzeitig wird offensichtlich, dass die wissenschaftlich gebotene Neutralität von Experten dort nicht automatisch vorausgesetzt werden kann (und darf), wo sie ökonomische oder Machtinteressen des eigenen Berufsstandes oder des Auftraggebers berührt. Die öffentlich ausgetragenen Auseinandersetzungen um die Einführung der DMP haben zu einer in ihren Auswirkungen nicht einschätzbaren Verunsicherung der Bevölkerung geführt. Darüber hinaus kann die resultierende, in Ärztekreisen weit verbreitete Skepsis und Abwehrhaltung die auf die Kooperation der beteiligten Akteure angewiesene erfolgreiche Einführung der DMP beeinträchtigen.

739. Die Prozesse zur Verabschiedung der beiden ersten Anforderungsprofile für die DMP zu Brustkrebs und Diabetes mellitus Typ 2 haben einige Schwächen des Konsensbildungsverfahrens im Koordinierungsausschuss offenbart. Neben den bereits angesprochenen Punkten betraf dies vor allem die Einigung auf einen formalen Konsensbildungsprozess, die Anhörung von Verbänden, die Einbindung von Fachgesellschaften, die Besetzung der Arbeitsgruppen und die Auswahl der hinzugezogenen Experten. Es ist zu hoffen, dass der Koordinierungsausschusses zukünftig wesentlich reibungsloser und transparenter arbeiten kann.

740. Bedenklich erscheint dem Rat, dass die bisher getroffenen Regelungen das dem Disease Management zu Grunde liegende sektorenübergreifende Konzept nur eingeschränkt umsetzen. Bislang werden weder Prävention und Rehabilitation, noch Pflege oder stationäre Versorgung in ausreichender Weise in die Programme einbezogen bzw. die Schnittstellen zu diesen Bereichen werden zu vage oder gar nicht definiert. Damit wird u. U. eine Chance vertan, außerhalb der (ambulanten) akutmedizinischen Versorgung liegende Ressourcen zu nutzen und die Integration der Sektoren entscheidend voranzutreiben²⁰⁰. Eine wesentliche Ursache für die mangelnde Einbeziehung von Prävention, Rehabilitation und Pflege liegt in deren teilweiser Zugehörigkeit zu anderen Rechtsbereichen (SGB V versus SGB IX und XI) bzw. in der unterschiedlichen Kostenträgerschaft für entsprechende Maßnahmen. Hier gilt es von Seiten des Gesetzgebers bzw. der Rechtsprechung zu klären, inwieweit innerhalb von DMP der gesetzlichen Krankenkassen Leistungsansprüche

²⁰⁰ Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass eine „Überfrachtung“ der Programme im Interesse der Durchführbarkeit vermieden werden muss. Sektorale Grenzen zu überwinden ist jedoch ein wichtiges Ziel (bzw. teilweise auch Erfolgsvoraussetzung) der DMP, welches im Zuge eines schrittweisen Optimierungsprozesses erreicht werden kann.

formuliert werden können, die in den Zuständigkeitsbereich anderer Kostenträger fallen. Es wären – neben kassenindividuellen Verträgen bzw. Kooperationen mit einzelnen Leistungserbringern oder Kostenträgern – beispielsweise auch generelle Regelungen, vergleichbar denen zur Anschlussheilbehandlung, denkbar. Unproblematisch ist die Einbeziehung der Rehabilitation in den Fällen, in denen die Krankenkasse selbst der Kostenträger von rehabilitativen Maßnahmen ist. Dies dürfte angesichts des zu erwartenden relativ hohen Durchschnittsalters der betroffenen Versicherten insbesondere bei den Erkrankungen Diabetes mellitus Typ 2, COPD und KHK häufig der Fall sein.

741. Hemmend auf die sektorenübergreifende Gestaltung der DMP könnte auch die fehlende Verknüpfung der diesbezüglichen gesetzlichen Vorgaben mit denen zur integrierten Versorgung (§§ 63 bzw. 140a SGB V) wirken. Die in erster Linie auf eine qualitativ bessere Versorgung chronisch Kranker ausgerichteten DMP bedürfen zu ihrer adäquaten Umsetzung eines vertraglichen Rahmens, der die Beziehungen der beteiligten Leistungserbringer untereinander und zum Kostenträger sowie die Vergütungen festlegt.

742. Vor allem im Hinblick auf die noch zu erstellenden Anforderungsprogramme für Asthma bronchiale/COPD und KHK bieten sich einige Ansatzpunkte, um rehabilitative Maßnahmen bzw. Leistungen, die von/in Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden können, in die DMP einzubeziehen. Bereits in seinem Gutachten 2000/2001 (Band III.2, Ziffer 246) hat der Rat beispielsweise für die chronischen Lungenerkrankungen Asthma und COPD gefordert, rehabilitative Behandlungselemente in Disease-Management-Maßnahmen zu integrieren (besonders für Problemgruppen von Patienten) und die Möglichkeit der „Direkteinweisung“ in hochqualifizierte Rehabilitationskliniken, z. B. bei Exazerbationen der pulmonalen Grunderkrankung, zu schaffen.

Bezüglich der koronaren Herzerkrankung hat der Rat die aktuelle Versorgungssituation als eine Vernachlässigung der Prävention und Rehabilitation gegenüber der interventionellen Kuration beschrieben (Gutachten 2000/2001, Band III.2, Ziffer 113 ff.). DMP können dazu genutzt werden, die hier bestehende Über- und Unterversorgung abzubauen. Den bestehenden Defiziten sollte durch die auf eine sektorenübergreifende Versorgung ausgerichteten DMP entgegengewirkt werden. Verhaltensmodifizierende (ergänzt durch psychosoziale) Maßnahmen beeinflussen die koronare Herzerkrankung und damit auch die Lebensqualität der Betroffenen effektiv. Hierbei können die Ressourcen der stationären Rehabilitationseinrichtungen genutzt werden. Durch Integration in DMP ist auch eine Förderung der ambulanten und geriatrischen Rehabilitation möglich.

743. Auch der Bereich der Pflege wird bisher in den DMP nur unzureichend berücksichtigt. Dies gilt sowohl für die Einbeziehung von Pflegekräften bzw. des Fachwissens dieser Berufsgruppe, als auch für die Einbindung der ambulanten und stationären (Alten-)Pflege in die Programme – angefangen von der Konsensbildung über die Anforderungen bis hin zur Umsetzung. Angesichts der Altersverteilung der für die strukturierten Behandlungsprogramme in Frage kommenden Versichertenpopulation ist dies zu bedauern.

Teilweise noch ungeklärt ist, wie dem Versorgungsbedarf multimorbider Patienten entsprochen werden kann. Wie in Abschnitt 6.2.4 ausgeführt wird, ermöglicht zwar eine abge-

stimmte modulare Gestaltung der DMP die Kombination verschiedener Programme bzw. Programmteile nach dem „Baukastenprinzip“, Umsetzungsprobleme sind dennoch nicht auszuschließen. In der Praxis wird der betreuende Hausarzt in Zusammenarbeit mit dem Patienten abwägen müssen, von welchen Maßnahmen der Patient am wahrscheinlichsten profitieren wird. Gegebenfalls kann ein ergänzendes Case-Management von Nutzen sein.

744. Wird durch die DMP tatsächlich eine sektorenübergreifende Versorgung implementiert, bedarf es auch der Entwicklung und Einführung sektorenübergreifend angelegter Qualitätssicherungsprogramme. Die außerhalb der DMP vorhandenen Qualitätsmanagementaktivitäten zielen auf einzelne Interventionen, Einrichtungen oder Sektoren. Die Qualitätssicherung der strukturierten Behandlungsprogramme muss dagegen den gesamten Versorgungsprozess berücksichtigen.

745. Als ein wesentliches Konfliktfeld zwischen den Selbstverwaltungspartnern stellte sich die Regelung der Dokumentation und des Datentransfers heraus (vgl. Abschnitt 6.2.4.4). Ohne eine zuverlässige, zeitnahe Dokumentation können die DMP weder gesteuert noch evaluiert werden. Ersteres wird vom Gesetzgeber als Aufgabe der Krankenkassen definiert. Beim Übermitteln und Auswerten der personenbezogenen Daten müssen die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Dem kann durch Zustimmungspflicht der eingeschriebenen Patienten Genüge getan werden. Datentransfers sind u. a. notwendig, um die Erfüllung der Einschreibekriterien zu überprüfen, um Reminder und Informationsmaterial für Patienten gezielt zu disseminieren sowie um Benchmarking und Qualitätssicherung adäquat durchzuführen. Dazu müssen die Kassen nicht alle Daten in personenbezogener Form erhalten; für einige Aufgaben reichen auch pseudonymisierte Informationen aus. Hierbei ist besondere Schutzwürdigkeit des Arzt-Patient-Verhältnisses zu berücksichtigen. Verschiedentlich wird befürchtet, dass durch solche Datentransfers ein „gläserner Patient“ geschaffen würde. Parallel besteht die Befürchtung, die Krankenkassen könnten anhand der übermittelten Informationen den „gläsernen Arzt“ herstellen. Bereits in seinem Gutachten 2000/2001 (Band III.1, Ziffer 379) hat der Rat davor gewarnt, DMP in erster Linie als Methode der Kostenkontrolle zu gebrauchen. Dies ist auch nicht das Ziel des Gesetzgebers und die Kassen haben öffentlich ihren Verzicht auf eine solche Vorgehensweise erklärt. Eine einvernehmliche Regelung hinsichtlich des Umgangs mit dem zu erhebenden Datenmaterial ist von der Sache her zwingend notwendig. Entsprechende Vereinbarungen müssen – soweit sie nicht bereits in den Rahmenvereinbarungen der Rechtsverordnung enthalten sind – von den Beteiligten vertraglich festgelegt werden.

746. Mit der Einführung des Disease Managements sollte ein Lernprozess verbunden sein, der sich nach den Prinzipien eines modernen Qualitätsmanagementzyklus gestalten sollte. Das bisherige Vorgehen wird dabei kritisch überprüft und ergebnisorientiert adaptiert werden müssen, um dem Ziel einer Optimierung der Versorgung chronisch Kranker näher zu kommen. Dazu bedarf es der konstruktiven Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt lässt sich nicht abschließend beurteilen, ob durch strukturierte Behandlungsprogramme die vorgegebenen Ziele einer qualitativ verbesserten Versorgung chronisch Kranker und/oder einer effizienteren Ressourcennutzung erreicht werden.

747. Die Verknüpfung der strukturierten Behandlungsprogramme mit dem Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen wird von vielen Seiten kritisiert. Auch der Rat sieht eine Reihe von Fehlanreizen, die sich aus dieser Kombination ergeben. Vielfach wird die Befürchtung geäußert, die Kassen seien weniger an einer verbesserten Versorgung chronisch Kranker, als an ihren ökonomischen Vorteilen interessiert. Ein ökonomisch rationales, anreizkonformes Handeln der Kassen ist als solches jedoch nicht zu kritisieren, sofern damit – wie beabsichtigt – eine Verbesserung der Versorgung einhergeht. Prinzipiell können und sollen alle Versicherten, die die Einschreibekriterien erfüllen, an einem DMP teilnehmen²⁰¹. Dies gilt unabhängig davon, wie groß der sich daraus im Einzelfall ergebende finanzielle Vorteil für die Krankenkasse sein mag.

Die (zusätzlichen) Kosten für die Versorgung eines Patienten in einem DMP amortisieren sich erst mit zeitlicher Verzögerung, wenn sich teilweise mit mehrjähriger Latenz eine Outcome-Verbesserung in Kosteneinsparungen niederschlägt. Im Gegensatz dazu werden die finanziellen „Einnahmen“ aus dem RSA kurzfristig wirksam. Mithin setzt die Einbeziehung der DMP in den RSA für die Krankenkassen erhebliche Anreize, DMP umfassend umzusetzen. Unter Wettbewerbsaspekten kann nahezu keine Kasse auf die Durchführung von DMP verzichten, auch wenn die Verknüpfung der DMP mit dem RSA im Falle der Einführung eines stärker morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs wieder zur Diskussion steht. Gleichwohl beinhaltet dieses Konzept noch einige Risiken:

- Unter der Prämisse, dass bei den bisher benannten DMP-Indikationen bislang eine Unterversorgungssituation bestand, kann es bis zur Ausdehnung der Programme auf alle relevanten Indikationen zu einer „Diskriminierung“ von Patienten mit anderen (chronischen) Erkrankungen kommen. Zwar können auch andere ausgabensteigernd wirkende Innovationen zu vergleichbaren Effekten führen, selten sind davon jedoch potenziell innerhalb eines kurzen Zeitraumes vergleichbar große Patientengruppen betroffen.
- Die zunächst begrenzte Anzahl an DMP hat – abhängig von der Versicherten- bzw. Patientenstruktur – auch asymmetrische ökonomische, möglicherweise rechtlich relevante Auswirkungen auf Krankenkassen und Leistungserbringer.
- Da Krankenkassen und Ärzte ein gleichgerichtetes Interesse an der Einschreibung möglichst vieler Chroniker in die Programme besitzen, bestehen Manipulationsgefahren, denen es zu begegnen gilt.

Die Einbeziehung der DMP in den RSA birgt zumindest dann die Gefahr, dass DMP zwar flächendeckend, aber auf niedrigst möglichem Qualitätsniveau durchgeführt werden, solange eine Evaluation noch nicht durchgeführt ist bzw. deren Ergebnisse noch nicht allen einschreibewilligen Patienten transparent zur Kenntnis gebracht worden sind. Eine Krankenkasse, die vor der Alternative steht, mit einer beschränkten Zahl von hochqualifizierten Leistungserbringern ein begrenztes oder mit allen Ärzten bzw. einer KV ein um-

fassendes Programm durchzuführen, dürfte sich wegen der größeren Beitragssatzwirksamkeit für die Variante entscheiden, die viele Patienten einschließt und gerade noch den vorgeschriebenen Anforderungen genügt. Sie besitzt auch kein Interesse daran, Sanktionen gegen Ärzte oder Patienten zu ergreifen, die nicht (mehr) die vorgeschriebenen Anforderungen erfüllen. Die Kombination zwischen DMP und RSA lässt von den Anreizen her wenig Qualitätswettbewerb zwischen Gruppen von Leistungsanbietern im Sinne eines empirisch gestützten Suchprozesses erwarten. Der Qualitätssicherung im Rahmen der DMP kommt vor diesem Hintergrund besondere Bedeutung zu.

Trotz berechtigter Argumente, die gegen die Verknüpfung von DMP und RSA sprechen, sind hierdurch Anreize gesetzt worden, neue Versorgungsformen einzuführen, die das Potenzial haben, eine flächendeckende Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker zu erzielen. Ohne diesen ökonomischen Anreiz würde eine solche Entwicklung kaum in Gang kommen. Dies haben nicht zuletzt die Erfahrungen mit der nur zögerlichen praktischen Umsetzung der Regelungen zur integrierten Versorgung gezeigt (vgl. Abschnitt 6.1). Man darf die Hoffnung hegen, dass deutschlandweit ein Lernprozess in Gang gesetzt wurde, der die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen vorantreibt. Unter anderem können neue Kooperationsbeziehungen aufgebaut und bereits vorliegende Erkenntnisse über Prinzipien einer effektiveren (und effizienteren) Versorgung (z. B. rationale Arzneimitteltherapie, Patientenschulungen, Definition von Schnittstellen) breitenwirksam umgesetzt werden.

748. Wie der Rat bereits in seinem vorangegangenen Gutachten exemplarisch für den Diabetes mellitus ausgeführt hat (Gutachten 2000/2001, Band III.1, Abschnitt 7.5), mangelt es in Deutschland häufig nicht an Einzelprojekten und „In-sellösungen“, sondern an einer flächendeckenden Umsetzung der gewonnenen Erfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse. Die einzuführenden DMP sollten gezielt die regional bereits gemachten Erfahrungen und die teilweise schon vorhandenen funktionierenden Versorgungsstrukturen nutzen²⁰². Wenig zielführend wäre ein überflüssiger Aufbau von Parallelstrukturen. Es erscheint sinnvoll und durchaus möglich, bestehende Modelle so zu modifizieren, dass sie den Akkreditierungsanforderungen an die DMP genügen. Zwar müssen flächendeckend qualitativ vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten für alle Patienten aufgebaut werden. Daneben sollten jedoch auch Ressourcen für die Entwicklung und Erprobung anderer neuer Versorgungsformen verfügbar bleiben und damit ein der Optimierung der gesundheitlichen Versorgung dienlicher (Qualitäts-)Wettbewerb initiiert werden.

749. Im Folgenden will der Rat zeigen, welche Strukturen und Voraussetzungen seiner Ansicht nach notwendig sind, um ein DMP erfolgreich in das deutsche Gesundheitswesen einzupassen. Einerseits beschreibt er dies unabhängig von indikationsbezogenen Spezifikationen modellhaft-konzeptionell, andererseits in Form eines Exkurses exemplarisch an einem strukturierten Programmteil für Diabetes mellitus.

²⁰¹ Auch die Früherkennung von Diabetes mellitus bzw. assoziierten Komorbiditäten und Risikofaktoren ist in diesem Rahmen sinnvoll.

²⁰² Zur Behandlung des Diabetes mellitus gibt es z. B. in Sachsen, Nordrhein und Bayern bereits Strukturverträge und damit funktionierende Strukturen, sowie das „Prosit-Projekt“ (Altenhofen, L. et al. 2002, Gozzoli, V. et al. 2000).

6.2.2 Strukturelle Voraussetzungen für den erfolgreichen Einsatz von Disease-Management-Programmen

750. Um durch DMP eine gute Qualität der Patientenversorgung zu erzielen, sind gewisse strittige Punkte hinsichtlich der Rahmenbedingungen und Behandlungskompetenz zu klären. Der Rat betrachtet folgende Punkte als wesentlich:

Die primärärztliche Betreuung bildet den Versorgungsschwerpunkt in DMP. Spezialisierte Fachärzte werden bei Bedarf hinzugezogen. Um den unterschiedlichen Kombinationen an Risikofaktoren und Erkrankungen einzelner Patienten in einem Programm gerecht zu werden, kommen kombinierbare Module zum Einsatz. Das Programm enthält ein Basismodul, das durch eine regelmäßige (z. B. quartalsweise) Überprüfung des Risikoprofils und der Effektivität der Intervention charakterisiert ist. Dazu werden Therapieparameter definiert, die in einem Dokumentationsbogen (entsprechend Anlage 2 a/b Risikostrukturausgleichsverordnung) erhoben und vom Hausarzt an eine gemeinsame Institution z. B. der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen geschickt werden. Dieses sog. Datenzentrum prüft und bereitet die Daten auf, um sie nach Bedarf an die Kassen, die Kassenärztliche Vereinigungen oder an einen sog. Qualitätsausschuss weiterzuleiten. Die Einrichtung eines von Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen paritätisch besetzten Qualitätsausschusses wird für die Qualitätssicherung der Programme empfohlen. Dazu werden an die Hausärzte als primäre Disease Manager quartalsweise Rückmeldungen über die Entwicklung z. B. des Risikoprofils ihrer Patienten verschickt.

6.2.3 Rolle der Vertragsärzte in Disease-Management-Programmen

751. Grundsätzlich können alle Vertragsärzte Patienten auf freiwilliger Basis im Rahmen eines DMP behandeln, sofern sie gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen oder die Anforderungen an die definierten Kriterien der Strukturqualität der fachärztlichen Versorgung erfüllen.

In der Regel kommt dem Hausarzt die Rolle des Disease Managers zu. Er führt die Einschreibung, die Koordination der Versorgung und die Betreuung der Patienten durch und wird in festgelegten zeitlichen Abständen über Versorgungsziele, Überweisungs- und Schnittstellenroutinen sowie über Kooperationsregeln und Fortbildungen informiert. Gemäß den definierten Schnittstellen überweist der Hausarzt bei Bedarf an weitere Fachärzte bzw. veranlasst einen stationären Aufenthalt. Die am Disease Management teilnehmenden Ärzte sind in ihrer Funktion durch evidenzbasierte Leitlinien und Fortbildungen, Reminder, Informationssysteme und durch ein zeitnahes Qualitätsmanagement zu unterstützen.

Über die Zulassung der Ärzte zu den Programmen bestehen bisher Unstimmigkeiten. Regelungsbedarf besteht aus Sicht des Rates bei der freien Arztwahl der Patienten. Um im Sinne der DMP erfolgreich behandeln zu können, ist die Definition von Schnittstellen erforderlich. Bleibt die freie Arztwahl für im DMP eingeschriebene Patienten erhalten, ist die Behandlung nach festgelegten Standards nur dann gewährleistet, wenn alle Ärzte am Programm teilnehmen. Auch die Weitergabe von Daten und die Koordination der Behandlung wären nicht vorgegeben, so dass der Rat zu einer Organisation im Rahmen geschlossener Netze tendiert.

6.2.4 Aufbau eines Disease-Management-Programms

752. Die einzelnen Instrumente bzw. Komponenten eines DMP, wie z. B. Schulung, Risikostratifizierung, Verlaufskontrolle und Programmevaluation, müssen in einem praktikablen Ablaufschema zusammengeführt werden. In Abbildung 30 (S. 246) ist ein solches Schema modellhaft wiedergegeben. Es bedarf jedoch der Adaptation an die Erfordernisse der jeweiligen Indikation sowie gegebenenfalls an die Zielpopulation und an die gesetzlichen Rahmenbedingungen.

6.2.4.1 Einschreibemodul

753. Ein DMP besteht aus mehreren Modulen, die ihrerseits mehrere Einzelkomponenten bzw. Instrumente enthalten. Das Einschreibemodul bildet das Eintrittsportal für erkrankte Patienten in das DMP. Es dient der Diagnosestellung, der Stuserhebung, der Qualitätssicherung, sowie der Risikostratifizierung. Die Einschreibekriterien werden auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien definiert, die manipulationssicher, einfach prüfbar und durch den Arzt leicht zu erheben sein sollten. Die medizinischen Kriterien des Einschreibeverfahrens in Deutschland entsprechen jeweils den vom Koordinierungsausschuss definierten Vorgaben. Als Einschreibekriterium ist allein die Diagnose der manifesten Erkrankung relevant. Bei Verdachtsdiagnose oder grenzwertigem Befund ist eine Einschreibung nicht möglich. Neben der laborchemischen Untersuchung sind eine ausführliche Anamnese und der Ganzkörperstatus zu erheben.

754. Versicherte, die die medizinischen Einschreibekriterien erfüllen, können sich freiwillig in DMP einschreiben. Sie werden über Inhalt und Ziele des Programms sowie über die Verwendung der Befunddaten bei der Krankenkasse schriftlich aufgeklärt. Der Patient benennt im Zusammenhang mit der Einschreibung einen Disease-Management-Arzt und gibt eine schriftliche Einverständniserklärung zur Erhebung und Auswertung seiner Daten ab. Er kann den Disease-Management-Arzt ohne Angabe von Gründen wechseln, muss dies aber der Kasse mitteilen.

755. Aufgrund der gewonnenen Daten aus Anamnese, körperlicher und laborchemischer Untersuchung wird der Patient von seinem behandelnden Arzt einer der drei Disease-Management-Gruppen zugeteilt (vgl. Abbildung 31, S. 247). Sollte sich die Gruppenzugehörigkeit im Laufe der Therapie ändern, wird die Krankenkasse informiert. Auf der Grundlage der Gruppenzugehörigkeit werden von Arzt und Krankenkasse definierte Disease-Management-Module initiiert:

Gruppe 1: Basismodul

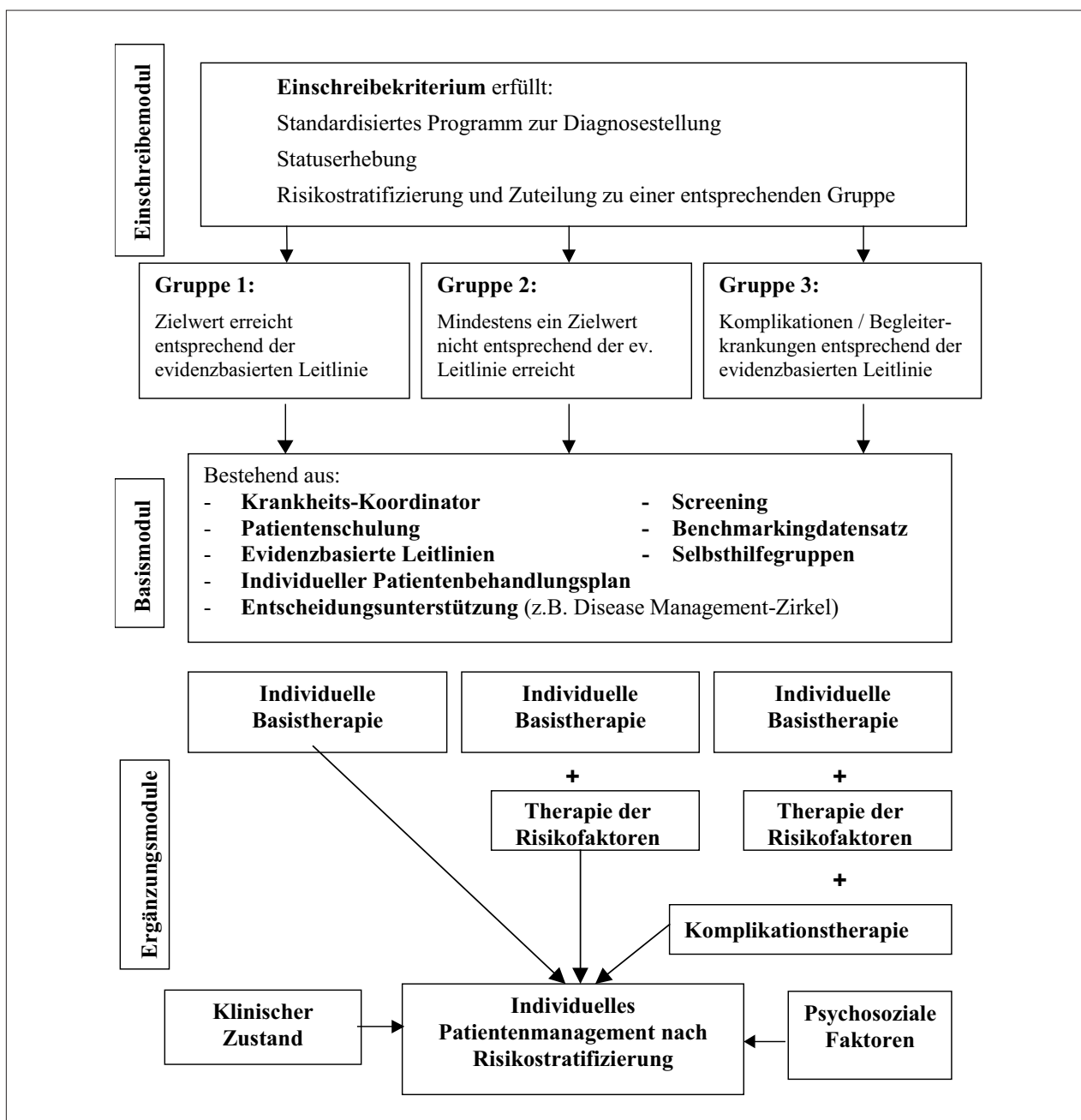
Gruppe 2: Basismodul plus Ergänzungsmodul „Therapie der Risikofaktoren“

Gruppe 3: Basismodul plus Ergänzungsmodul „Therapie der Risikofaktoren“ plus Ergänzungsmodul „Komplikationstherapie“.

756. Die zugrunde liegende Systematik ist am Patientenmanagement orientiert und auf viele chronische Erkrankungen anwendbar. Durch die Einteilung nach Zielwerten in Disease-Management-Gruppen erfolgt eine Risikostratifizierung. Auf dieser Basis werden das therapeutische Vorgehen und die Schnittstellen im Versorgungsablauf definiert sowie unterstützende Interventionen individuell auf den Patienten

Abbildung 30

Aufbauschema eines Disease-Management-Programms



Quelle: Eigene Darstellung

bezogen eingesetzt. Neben der klinischen Risikostratifizierung sind der aktuelle gesundheitliche Zustand und psychosoziale Faktoren zu berücksichtigen.

6.2.4.2 Basismodul

757. Die Versorgungsstrukturen für die drei Risikogruppen sind je nach Zugehörigkeit abgestuft. Zum Basismodul, das bei allen Gruppen zur Anwendung kommt, gehören generell

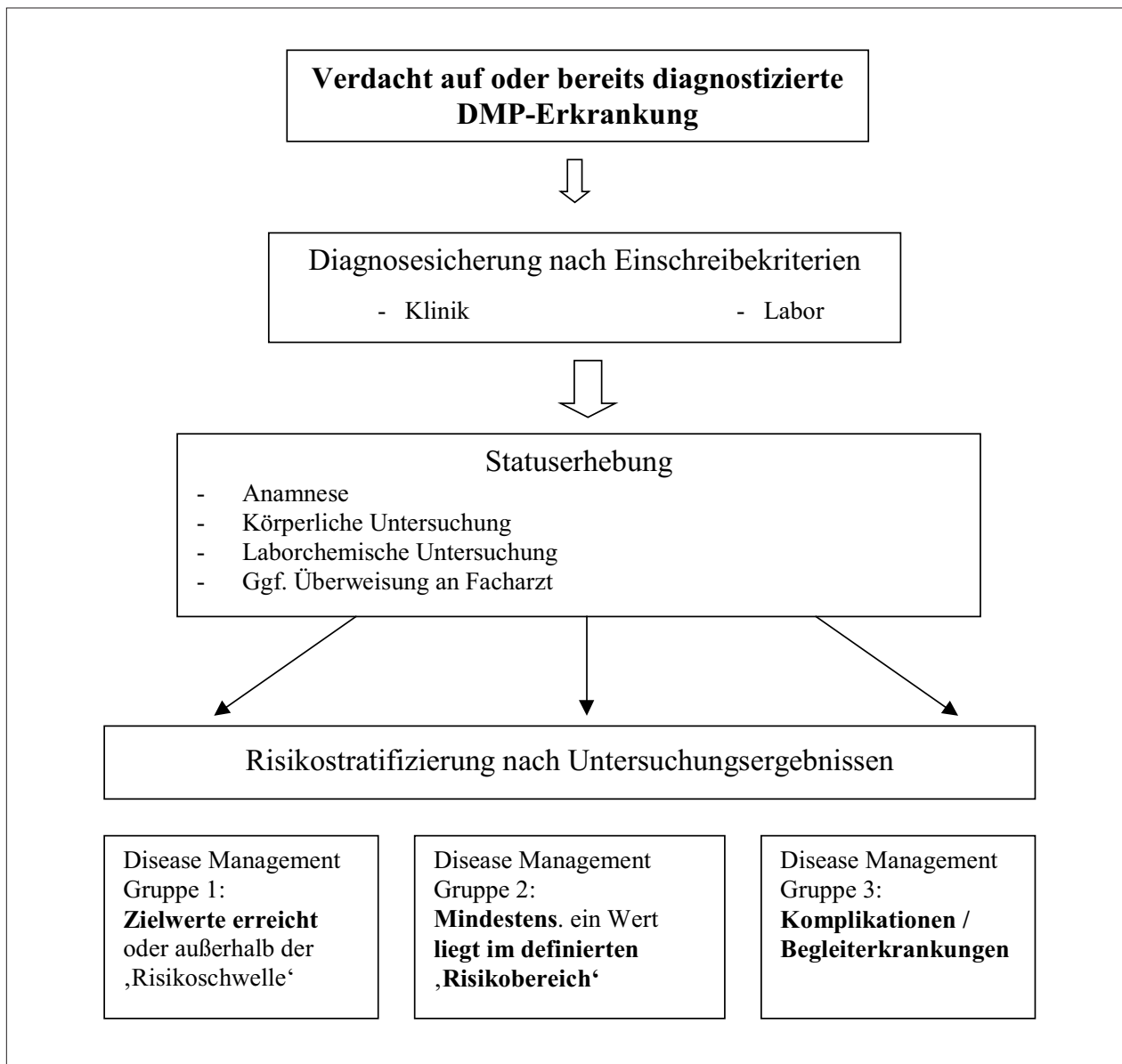
die Versorgungs- und die unterstützenden Komponenten, die sich wie folgt zusammensetzen:

Versorgungskomponenten:

- Screening nach Leitlinie,
- individuelle Therapie nach Plan,
- Patientenschulung nach evidenzbasiertem Schulungskonzept,

Abbildung 31

Ablauf und Ziele des Einschreibemoduls



Quelle: Eigene Darstellung

– Follow-up nach Leitlinie.

Unterstützende Instrumente:

- Evidenzbasierte Leitlinien,
- Krankheits-Koordinator nach Bedarf,
- optimierter interdisziplinärer Austausch strukturierter Daten durch eine Kommunikationsplattform,
- Entscheidungsunterstützung nach Bedarf,
- zeitnahes Qualitätsmanagement,
- Dokumentationsbogen,

– Reminder nach Bedarf,

– Selbsthilfe-Gruppen.

Das Basismodul wird für die Patienten-Gruppen 2 und 3 in Abhängigkeit von nicht erreichten Zielwerten um spezifische Therapiemodule ergänzt.

758. Der koordinierende DMP-Arzt (meist ein Hausarzt, in begründeten Fällen, z. B. bei Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium, aber auch ein niedergelassener Facharzt oder Krankenhausarzt) arbeitet eng mit Spezialisten und Krankenkasse zusammen. Er koordiniert die Versorgung nach den

Empfehlungen des DMP. Außerhalb des Basismoduls dienen ärztliche Fortbildung, Patienten- und Ärztinformationssysteme, Datenbanken und eine genaue Definition der Schnittstellen zur Überweisung auf eine andere Versorgungsebene (u. a. Spezialist, stationäre Einrichtung, Vorstellung in Spezialambulanz) der Umsetzung evidenzbasierter Therapieschemata²⁰³.

Evidenzbasierte Leitlinien

759. Von den evidenzbasierten Leitlinien existieren idealerweise drei Versionen: die Expertenversion, die Anwenderversion und die Patientenversion. Die Expertenversion dient dem Aufbau eines DMP als Rahmenstruktur und unterstützt in spezifischen Fragestellungen gegebenenfalls Disease-Management-Zirkel. Die Anwenderversion ist eine verkürzte und vereinfachte, für den medizinischen Alltag leicht implementierbare Version, die überwiegend Algorithmen enthält. Die Patientenversion ist inhaltlich eine aus der Experten- und Anwenderversion zusammengeführte Darstellung in einer leicht verständlichen Sprache. Zur Implementierung von Leitlinien können die bereits mehrfach genannten Disease-Management-Komponenten wie Informationssysteme, Reminder und Schulungen eingesetzt werden.

Screening

760. Das Screening soll zur Vermeidung möglicher Komplikationen, Begleiterkrankungen oder auch Rezidive beitragen. Zur frühzeitigen Erkennung einer drohenden Komplikation oder Begleiterkrankung sind Termine für Kontrolluntersuchungen in bestimmten Abständen mit dem Patienten zu vereinbaren. Die Häufigkeit der Kontrollen einzelner Parameter ist durch das Programm festgelegt.

761. Folgende Disease-Management-Komponenten können zur Unterstützung eines effektiven Screenings eingesetzt werden:

- Leitlinien zur Spezifizierung und Durchführung des Screenings,
- Reminder für Arzt und Patient zur Erinnerung an Screeninguntersuchungen. Reminder generieren die Ergebnisse einfacher Analysen mit Hilfe einer elektronischen Kommunikationsplattform (z. B. Zielwertüberschreitungen, Notwendigkeit erneuter Untersuchungen) und leiten sie automatisch an den Arzt, den Koordinator oder Dienstleister weiter. Die Daten werden darüber hinaus in medizinisch-wissenschaftliche Evaluationszentren zur Erstellung komplexer Analysen (z. B. risikoadaptierte Intervention) übermittelt.
- Entscheidungsunterstützung bei Bedarf. Entscheidungsunterstützung erfolgt im Disease Management auf vielfältige Art, u. a. als evidenzbasierte Leitlinien, Fortbildungen, Coaching durch Experten und Computersysteme.

Mit Hilfe des Screenings sollen eine Untersuchungsbasis und -routine geschaffen werden, die Komplikationen und Begleiterkrankungen erkennt, bevor sie bei Patienten zu starken Einschränkungen der Gesundheit führen.

²⁰³ In Disease-Management-Programmen bietet sich durch die enge Verknüpfung von ambulanten und stationären Leistungen die Kooperation in Modellen der Integrierten Versorgung an.

Therapie

762. Die Ausgestaltung des Basismoduls richtet sich maßgeblich nach der Therapieorganisation. Den meisten Erkrankungen, die im Rahmen der DMP behandelt werden, liegt ein mehrstufiges Therapiemanagement zugrunde. Meist wird zunächst die Reduzierung bzw. Vermeidung von Risikofaktoren angestrebt, die durch den Lebensstil des Patienten bedingt sind. Wird durch die Reduzierung oder Vermeidung der Risikofaktoren keine Normalisierung der Befunde erreicht, sind andere, in der Regel medikamentöse Strategien zu verfolgen. Die krankheitsbezogene Leitlinie legt das genaue Vorgehen fest.

Schulung

763. Die Patientenschulung im traditionellen Frontalvortrag hat sich als ineffektiv erwiesen²⁰⁴. Strukturierte Schulung soll die Eigenverantwortung fördern und dem Patienten und seinen Angehörigen Informationen vermitteln, die für eine erfolgreiche Therapie und für das Disease Management unerlässlich sind. Hierbei sollen neue didaktische, aber auch autodidaktische Formen der Wissensvermittlung genutzt werden.

764. Die Begleitung und Wissensvermittlung durch Selbsthilfegruppen scheint sich zusätzlich zu bewähren. Patienten, vor allem chronisch Kranke, verarbeiten in dieser Umgebung ihre Erkrankung besser und übernehmen Therapieempfehlungen und Erfahrungswerte von ebenfalls Betroffenen eher in ihren Alltag. Selbsthilfegruppen sind somit auch aus ökonomischen Gründen zu fördern.

765. Zur Unterstützung einer effektiven Schulung dienen außerdem folgende Disease-Management-Komponenten:

- Leitlinien, insbesondere Patientenleitlinien in Form von Arbeitsblättern und Algorithmen oder Patientenselbstverträgen mit der Erarbeitung selbstgesteckter Ziele: Sie können in der Vor- und Nachbereitung eingesetzt werden und Patienten immer wieder an Ziele und Inhalte von Schulungen erinnern. Eine langfristige Stabilisierung von Schulungseffekten ist dadurch möglich.
- Informationssysteme: Sie ergänzen Schulungen und vermitteln Patienten über die Schulungsinhalte hinausgehende Informationen bzw. können auch von pflegenden Angehörigen genutzt werden. Sie dienen der Auffrischung von Schulungsinhalten oder klären über Aspekte auf, die in Schulungen zu kurz kommen, aber für den Alltag und die Lebensqualität wichtig sind.
- Reminder erinnern an Schulungsinhalte und selbstgesteckte Ziele. Sie tragen zur Konsolidierung der Schulungsinhalte bei.

Follow-up

766. Das Follow-up ist in Abhängigkeit von der jeweiligen Management-Gruppe verschieden ausgestaltet. Neben zeitnahen, am individuellen Krankheitsverlauf orientierten Untersuchungen erfolgen in definierten Zeitabständen Kontrollen wichtiger Verlaufs-, Outcome- und Risikostratifizier-

²⁰⁴ Einige Fachrichtungen meiden inzwischen den Begriff der Schulung und sprechen statt dessen z. B. von „Edukationsprogrammen“ (Berger, M. et al. 2001).

rungsparameter. Ferner wird eruiert, ob z. B. weitere Schulungen notwendig sind und spezialärztliche Untersuchungstermine wahrgenommen werden sollten. Aufgrund der sektoralen Gliederung des Gesundheitswesens kommt es immer wieder zu Unterbrechungen in der Versorgungskette, der Krankheits-Koordinator soll diese Unterbrechung verhindern. Er erinnert den Patienten u. a. an die Kontrolluntersuchungen, steuert das Remindersystem, gibt zusätzliche Informationen zu den Screeningmaßnahmen und der Therapie.

767. Zusätzlich können die folgenden Disease-Management-Komponenten das Follow-up unterstützen:

- Patientenleitlinien und weiterführendes Informationsmaterial helfen dem Patienten, Gründe und Durchführung von Maßnahmen des Selbstmanagements zu verstehen und in ihrer Bedeutung zu erkennen,
- Schulungen zur effektiven Unterstützung des Selbstmanagements,
- Reminder zur Erinnerung an Zielvereinbarungen, Schulungsinhalte, Kontrollen etc.

Regelmäßige Einbestellungen ermöglichen dem Arzt neben den medizinischen Kontrollen den Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung und vermitteln dem Patienten die Sicherheit einer an seiner Erkrankung orientierten Betreuung.

6.2.4.3 Ergänzungsmodule

Ergänzungsmodul „Risikofaktoren“

768. Bestehen bei einem Patienten Risikofaktoren, die mit den Maßnahmen des Basismoduls nicht befriedigend modifiziert werden konnten, sollte der Disease-Manager zusätzlich die im Ergänzungsmodul „Risikofaktoren“ vorgesehenen Interventionen veranlassen. Neben verstärktem Selbstmanagement durch Schulungen und Anleitungen zur Übernahme von Eigenverantwortung für die Gesundheit erfährt der Patient ein spezifisches Monitoring, das sich ganz an den individuell vorhandenen Risikofaktoren orientiert.

Ergänzungsmodul „Komplikationstherapie“

769. Treten Komplikationen der Grunderkrankung auf bzw. liegen sie bei Aufnahme des Patienten in das DMP bereits vor, erhält der Patient eine über das Basismodul und das Ergänzungsmodul „Risikofaktoren“ hinausgehende Behandlung. Diese komplikationsorientierte Zusatzbehandlung im Rahmen eines Ergänzungsmoduls „Komplikationstherapie“ wird durch das DMP vorgegeben und orientiert sich an den jeweils typischen Komplikationsmustern, die sich in der Regel auf bestimmte Organsysteme beziehen. Auch in diesem Fall ist zu prüfen, ob Risikofaktoren durch das Ergänzungsmodul gemindert werden können.

Bei der Ausgestaltung dieser Module kommen – ähnlich wie beim Basismodul beschrieben – evidenzbasierte Leitlinien, Screeninguntersuchungen, Schulungen, Informationssysteme, Selbsthilfegruppen und Remindersysteme zum Einsatz.

6.2.4.4 Datendokumentation und Datenverarbeitung innerhalb des Disease-Management-Programms

Datendokumentation und deren Ziele

770. Das Ausmaß und die Bereitstellung der dokumentierten patientenbezogenen Daten wird kontrovers diskutiert. Der Koordinierungsausschuss legte Empfehlungen zur Gestaltung eines Dokumentationsbogens vor. Eine Kompatibilität zu ambulanten und stationären Verwaltungs- und Dokumentationssystemen sowie zu Systemen der Abrechnung, Codierung und Leistungserfassung (ICD-10, DRG) muss allerdings gegeben sein, da nur so eine technisch und funktionell integrierte Versorgung möglich ist.

771. Bei allen mit Dokumentation und Datenfluss verbundenen Unsicherheiten sind folgende Aspekte zu beachten, die eine systematische Auswertung ermöglichen:

- Erfassung des Risikoprofils des Patienten, Risikostratifizierung nach standardisierten Verfahren,
- Abbildung der erfolgten Interventionen im Zeitverlauf als Basis für Reminderfunktionen und Analyse von Qualitätsindikatoren,
- Datenerhebung für administrative Zwecke der Krankenkassenversicherer (z. B. in Bezug auf den Risikostrukturausgleich) und der Kassenärztlichen Vereinigung (Leistungsabrechnung),
- regelmäßige Gesamtevaluationen des DMP in Bezug auf seine Effektivität (u. a. Daten zu intermediären Outcome-Parametern und klinischen Endpunkten, zur Akzeptanz des Programms durch Ärzte und Patienten sowie zur Lebensqualitätserfassung und für Kosten-Nutzen-Analysen).

Mit diesen Zielen sind für die Teilnehmer am DMP verschiedene Nutzen und Risiken verbunden. Da es zwischen den Akteuren aufgrund differierender Auffassungen bezüglich der Datennutzung und Datenverwaltung nur schwer zu einer einvernehmlichen Übereinkunft kommen wird, ist es sinnvoll eine neutrale Instanz mit dieser Aufgabe zu betrauen²⁰⁵.

Datenzentrum und EDV-Plattform

772. Ein zeitnahe Qualitätsmanagement und eine regelmäßige Gesamtevaluation macht die longitudinale Analyse von Behandlungsverläufen einzelner Patienten möglich. Mit dieser kritischen Aufgabe könnte ein neu geschaffenes neutrales Datenzentrum oder ein an die Krankenkassen angegliedertes Datenzentrum betraut werden. Unter besonderer Einbindung der für die Versorgungsforschung zu berücksichtigenden Aspekte könnte das Leitungsgremium des Datenzentrums unabhängig vom Ort der Datensammlung mit Vertretern der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen paritätisch besetzt werden.

Das Datenzentrum würde (nach § 67d Abs. 4 SGB X) die Daten elektronisch aufbereiten, auf Plausibilität und Vollständigkeit prüfen, zum Zweck der Qualitätssicherung auswerten und die Auswertung an den sog. Qualitätsausschuss,

²⁰⁵ Nach Auffassung einiger Ratsmitglieder sollten die Daten bei Einwilligung des Arztes und des Patienten auch direkt an die Krankenkassen weitergeleitet werden.

die Kassen und eine unabhängige Institution zur Evaluation des Programms weiterleiten.

773. Für den Datenfluss sollte eine sog. EDV-Plattform aufgebaut werden. Diese könnte im Auftrag des Datenzentrums durch einen externen Dienstleister erstellt, im Routinebetrieb geführt und gewartet werden (inkl. Support der teilnehmenden Einrichtungen).

Elektronische Kommunikationsplattform als Basis eines effektiven Disease Managements

774. Eine wesentliche Vorbedingung für den Erfolg eines DMP ist die Verfügbarkeit einer elektronischen Kommunikationsplattform. Sie dient primär dem Ziel, die integrierte Versorgung durch vertikale und horizontale Verknüpfung innerhalb und zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen abzubilden. Über die Anbindung an Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssysteme kann so Mehrfachdokumentation vermieden und der Dokumentationsaufwand insgesamt vermindert werden. Die in das System integrierte Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrolle könnte im Vergleich zur Papierdokumentation zu einer höheren Datenqualität führen. Über die gesammelten Daten sollten alle an der Patientenbetreuung Beteiligten, durch spezielle Zugangsberechtigungen autorisierten Institutionen sowie die Patienten verfügen können. Durch die zentrale Verwaltung der Daten besteht die Möglichkeit einer zeitnahen Evaluation – z. B. durch ein regionales wissenschaftliches Evaluationszentrum – ohne kostenaufwändige, zeitintensive und fehlerträchtige Zwischenschritte einer manuellen oder halbautomatischen Datenerfassung. Die durch eine solche Plattform ermöglichte Erleichterung der Datenerfassung und Datentransparenz würde zur Akzeptanz und Motivation aller Beteiligten beitragen. Diese Daten sollten zudem der Versorgungsforschung zugänglich sein.

Vom technischen Standpunkt aus sind moderne Internet-Technologien zu bevorzugen. Aus Sicherheitsgründen sollten z. B. geschützte Punkt-zu-Punkt-Verbindungen angestrebt werden. Auch in der Aufbauphase, in der sich viele Vorgaben nicht sofort verwirklichen lassen werden, ist die Entwicklung einer elektronischen Dokumentationsplattform mit entsprechenden Exportschnittstellen und der Möglichkeit des Datentransfers auf Datenträger anzustreben und der nicht mehr zeitgemäßen Papierdokumentation vorzuziehen.

Darüber hinaus kann die elektronische Plattform für vielfältige zusätzliche Funktionen im Rahmen des Disease Managements genutzt werden, insbesondere für das Anbieten von Arzt- und Patienteninformationssystemen.

Datenzugriffsrechte

775. Der schnelle Zugriff auf strukturierte Patienten- und Behandlungsdaten ist für den Erfolg von DMP erheblich. Über die Festlegung spezifischer Zugriffsrechte (Schreib- und Leserechte) auf die gemeinsame elektronische Kommunikationsplattform ist den Anforderungen des Datenschutzes sowie dem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient Rechnung zu tragen.

Krankenkassen erhalten Zugriff auf pseudonymisierte Patientendaten, die für die Meldung im Rahmen des Risikostrukturausgleichs sowie für die Durchführung der logistischen

Unterstützung der Programme notwendig sind. Ihnen werden die Ergebnisse der Gesamtanalysen in aggregierter Form zugänglich gemacht. Die Weitergabe personenbezogener Behandlungsdaten durch das neutrale Datenzentrum an die Krankenkassen hingegen ist nur im Einverständnis aller Beteiligten möglich, um die Erstellung von Versicherten-, Patienten- und Arztprofilen weitgehend zu verhindern und so die Gefahr der Risikoselektion zu verringern. Alternativ könnte das neutrale Datenzentrum als Leistungserbringer auftreten und Daten nicht nur sammeln, sondern auch aufbereiten und auswerten.

6.2.4.5 Qualitätssicherung in Disease-Management-Programmen

Medizinische Anforderungen an die Programme

776. Der Kern eines jeden DMP ist die krankheitsspezifische evidenzbasierte Leitlinie. Sie muss systematisch entwickelt werden und die maßgeblichen Handlungsempfehlungen in Form von Behandlungskorridoren enthalten. Auf der Grundlage dieser Empfehlungen können zahlreiche einzelne Module konzipiert werden, die nach dem Baukastenprinzip für multimorbide Patienten mit mehreren Risikofaktoren bzw. chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus und Hypertonie) kombiniert werden können.

Die Entwicklung der evidenzbasierten Leitlinie muss nach standardisierten wissenschaftlichen Verfahren erfolgen. Die jeweils angewendeten reliablen und validen Verfahren müssen dokumentiert werden. Dieser Prozess erfordert Erfahrung und Kenntnisse in der Methodik der evidenzbasierten Medizin. Er sollte daher von einem unabhängigen Institut durchgeführt werden. Das Institut könnte sich externen Sachverständigen bedienen, sollte jedoch bei der Einholung von Expertisen auf mögliche Interessenkonflikte achten.

777. Neben Qualitätsaspekten ist es notwendig, auch die Kosten-Nutzen-Relation einzelner Verfahren zu berücksichtigen. Dafür sind vorab von Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung Kriterien zu definieren. Wenn bei DMP Teilleistungen bei nicht erwiesener Wirksamkeit aus medizinischen oder trotz erwiesener Wirksamkeit aus ökonomischen Gründen nicht berücksichtigt werden oder wenn Leistungen in das DMP aufgenommen werden, die im Verhältnis zu den Kosten nur geringen Zusatznutzen aufweisen, könnten Interessengruppen (Leistungserbringer, Krankenkassen) negativ betroffen sein. Damit eine neutrale Bewertung aller Verfahren möglich wird, ist die Prüfung unabhängig von den wirtschaftlichen Interessen der Akteure durchzuführen. Interessenkonflikte sind jedoch nicht auszuschließen und müssen deshalb allen Beteiligten transparent gemacht werden. Dies gilt auch für den Fall des Konfliktes bei divergierender Evidenzlage, die gesundheitsökonomische und medizinische Aspekte betrifft.

Qualitätsausschuss

778. Zur Sicherstellung der Qualität in den DMP wird die Einrichtung eines Qualitätsausschusses vorgeschlagen. Es könnte sich hierbei um eine gemeinsame Einrichtung verschiedener Leistungserbringer und Organisationen im Sinne des § 28f Abs. 2 Ziffer 4 Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) handeln. Der Rat hält insbesondere die Beteiligung von Organisationen, die sich der Qualitätssicherung verpflichtet haben (u. a. Ärztekammern und Fachge-

sellschaften) für notwendig. Zu den Aufgaben des Qualitätsausschusses würde die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen gemäß Ziffer 2 der Anlage 1 zur RSAV gehören. Dies würde insbesondere die Unterstützung bei der Einhaltung und sinnvollen Anwendung der evidenzbasierten Handlungsempfehlungen, der Kooperation sowie der Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beinhalten. Die Teilnahme der Versicherten an den Programmen sowie die korrekte Dokumentation der Daten könnte durch den Ausschuss überprüft werden.

779. Der Qualitätsausschuss sollte mit den notwendigen Ressourcen und Instrumenten ausgestattet werden, um bei der Feststellung von Qualitätsmängeln aktiv vorgehen zu können. Dieser Ausschuss bzw. Unterausschüsse sollten außerdem das Recht erhalten, bei wiederholt fehlerhafter, nicht plausibler oder unvollständiger Dokumentation die Vergütung für die Dokumentation einzubehalten sowie Ärzte bei wiederholtem und nicht begründbarem Nichteinhalten der medizinischen Anforderungen (z. B. Schnittstellen im Management) zur Nachschulung zu verpflichten. Zum Aufgabenbereich des Qualitätsausschusses könnte zudem die Planung und Durchführung von Fortbildungen, Disease-Management-Zirkeln (Qualitätszirkeln) sowie die Erstellung eines Manuals gehören, das die Konzeption der Fortbildungen, Disease-Management-Zirkel und der Schulungen spezifiziert.

Die so dokumentierten Daten sollten der Versorgungsforschung zugeführt werden, um eine direkte Schnittstelle zwischen Praxis und Forschung zu schaffen und die Forschungsergebnisse zeitnah in die Praxis zu überführen.

Benchmarking

780. Benchmarking ist ein in der Industrie weit verbreitetes Konzept, das dazu dient, Produkte und Leistungen zu vergleichen und zu überprüfen, ob eine erfolgreiche Problemlösung auf andere Anbieter übertragen werden kann (Spendolini, J. M. 1992). Mit Hilfe dieses Management-Konzeptes soll von den besten am Markt befindlichen Akteuren in und auch außerhalb der eigenen Branche gelernt werden. Es beinhaltet in diesem Fall nicht wie sonst üblich den Vergleich zwischen einzelnen Ärzten, sondern den Vergleich des Arztes mit einem festgelegten Optimum (Benchmark). Die Benchmarkwerte könnten vom Qualitätsausschuss anhand evidenzbasierter Leitlinien definiert und bei Bedarf angepasst werden. Ein solcher Benchmarkingdatensatz sollte die für die Erkrankung bedeutsamen Zielkriterien enthalten, die regelmäßig kontrolliert werden. Die Zielgrößen sollten Werte zur Abschätzung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beinhalten. Insbesondere sollten Zielgrößen zur Risikoentwicklung, zur Umsetzung der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie gemäß RSAV und zur Einhaltung der Schnittstellen erfasst werden. Werden die Zielgrößen verändert, sollte die Änderung mindestens zwei Quartale bevor die neuen Werte als Benchmark herangezogen werden, bekannt gegeben werden.

781. Als Ergebnis des Benchmarking erhält der einzelne Arzt neben Querschnittsanalysen auch Längsschnittanalysen einzelner Patienten, von Subgruppen und des Gesamtkollektivs.

Das Benchmarking der Vertragsärzte durch das Datenzentrum könnte ebenfalls an den Qualitätsausschuss weitergege-

ben werden. Alle Vertragsärzte würden verpflichtet, an einem viertel- bzw. halbjährlichen Benchmarking teilzunehmen. Ärzte, die Patienten gemeinsam betreuen, wie z. B. Gemeinschaftspraxen oder kooperierende Haus- und Fachärzte, sollten gemeinschaftlich am Benchmarking teilnehmen können. Die von den Patienten in der Stichprobe erhobenen Daten sind mit den relevanten Zielgrößen (Benchmarkwerten) zu vergleichen.

Für den einzelnen Arzt und auch für kooperierende Ärzte ergeben sich aus diesem Feedback wesentliche Impulse für die Qualitätsentwicklung. Diese umfassen auch Maßnahmen zur Strukturierung von Behandlungsprozessen innerhalb der Arztpraxis oder der Ausrichtung der Praxisroutine an Leitlinien. Pseudonymisiert können diese Analysen auch zur Entwicklung interner Qualitätssicherungsmaßnahmen, u. a. Fallkonferenzen, Disease-Management-Zirkeln eingesetzt werden (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II).

Evaluation

782. Eine Gesamtevaluation des Programms durch unabhängige wissenschaftliche Sachverständige ist nach § 137f SGB V in regelmäßigen Abständen durchzuführen. Ziele der Evaluation sollten gemäß Anlage 1 RSAV und § 137f SGB V die Überprüfung der Zielerreichung des strukturierten Behandlungsprogramms, die Einhaltung der Einschreibekriterien, die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung auch im Vergleich zu nicht am Programm beteiligten Patienten mit gleicher Diagnose und die ökonomische Effizienz sein. Die Evaluation sollte auf der Grundlage der Dokumentation nach § 28 f RSAV erfolgen, wobei die zu diesem Zweck erhobenen Daten pseudonymisiert werden sollten.

Da dies einen erhöhten Dokumentationsaufwand erfordern würde, könnten alternativ die Auswirkungen der Programme auf die Versorgungsqualität im Rahmen eines nationalen Benchmarkingprogramms geprüft werden. Hierfür müssten unabhängige Sachverständige die Daten der einzelnen Programme so aufbereiten, dass ein nationales Benchmarking möglich wird. Zu berücksichtigen sind Parameter der Struktur-, Prozess- sowie eingeschränkt der Ergebnisqualität (ökonomische Parameter und medizinische Surrogatparameter für medizinische Outcomes). Die Effektivität der Programme könnte zusätzlich durch den Vergleich mit epidemiologischen Daten (medizinischen Endpunkten) abgeschätzt werden.

6.2.5 Fazit

783. Ziel der DMP ist die Steuerung der Behandlung definierter Gesundheitsstörungen über sektorspezifische Grenzen hinweg. Es wird angenommen, dass die systematische, integrierte, evidenzbasierte Patientenversorgung besonders bei chronischem Verlauf effektiver und effizienter als die fragmentierte Behandlung einzelner Krankheitsepisoden ist. Sämtliche Maßnahmen der Betreuung und Behandlung, aber auch der (Sekundär-)Prävention und Rehabilitation sollten eingeschlossen sein. Dabei wird sehr viel stärker auf Qualitätsverbesserungen als auf Kosteneinsparungen fokussiert.

Rückblickend betrachtet war der bisherige Einführungsprozess der DMP durch einen zu ambitionierten Zeitplan charakterisiert, so dass das Bundesversicherungsamt im Jahr 2002 keine Zulassungen für DMP erteilen konnte. In der öffentlichen Rezeption erfolgt vielfach eine Gleichsetzung

von evidenzbasierten Leitlinien mit den (medizinischen) Inhalten der Rechtsverordnung zur Akkreditierung der DMP, obwohl es sich bei den Rechtsverordnungen um administrative Gestaltungsvorgaben bzw. Ausführungsbestimmungen handelt. In Leitlinien sind populationsbezogene evidenzbasierte Standards festgelegt, nicht jedoch für individuelle Patienten verbindliche Behandlungsvorschriften. Durch diese Diskussion angestoßen wurde deutlich, welche quantitativen und qualitativen Mängel die vorhandenen Leitlinien aufweisen und welche Bedeutung einem formalen Konsensbildungsprozess innerhalb der verantwortlichen Gremien der Selbstverwaltung gerade bei divergierender wissenschaftlicher Evidenz zukommt.

784. Bei der Konzipierung der DMP wurde die Verknüpfung zur integrierten Versorgung (§§ 63 und 140a bis h SGB V) sowie zu den Rechtsbereichen des SGB IX und XI verpasst. Die genaue Definition von Schnittstellen zur stationären Versorgung, Rehabilitation und Pflege ist somit offen geblieben. Enge Kooperationen der einzelnen Versorgungsbereiche ist jedoch zwingend, um Effektivität und Effizienz im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung zu steigern.

785. Die Verknüpfung von DMP und RSA setzt aus Sicht des Rates wenig Anreize zum Qualitätswettbewerb zwischen Gruppen von Leistungsanbietern im Sinne eines empirisch gestützten Suchprozesses. Aufgrund des weitgehend gleichgerichteten Interesses der Leistungsanbieter und Kassen ist von einer flächendeckenden Implementierung der Programme auf niedrigem Qualitätsniveau und einer großen Teilnehmerzahl auszugehen. Der Anreiz Patienten und Ärzte, die sich nicht an die Programmvorgaben halten, auszuschließen ist somit gering.

786. Ob es durch die Implementierung von DMP kurz-, mittel- oder langfristig zu Kosteneinsparungen kommt, muss bis zum Vorliegen der Programmevaluation offen bleiben. Gerade bei Einführung ist von Kostensteigerungen auszugehen (Anschubfinanzierung, Verwaltung). Das mit der Einführung von DMP verfolgte Ziel ist jedoch auch nicht primär in der Minimierung der Kosten zu suchen, sondern in der Qualitätssteigerung der medizinischen Leistung für den Nutzer. Zentraler Schwerpunkt bei der Implementierung muss die qualitativ hochwertige und evidenzbasierten Behandlungskonzepten folgende Patientenversorgung sein.

DMP bieten generell Chancen die Versorgungsqualität zu verbessern, Grauzonen im diagnostischen und therapeutischen Handeln zu verringern und das Gesundheitssystem für chronisch Kranke effektiver zu gestalten und damit einen wirksamen Beitrag zur Verhinderung von Über-, Unter- und Fehlversorgung zu leisten.

787. Der Rat betrachtet folgende Aspekte für die Planung und Durchführung von DMP als wesentlich:

- Neben den rein inhaltlichen und für die Motivation bedeutsamen Komponenten sind auch formale Elemente zu beachten. Die Verständlichkeit des Aufbaus von DMP ist für die wirksame Umsetzung von großem Belang. Der Aufbau des Programms sollte sich nach der Stuserhebung und Risikostratifizierung in ein Basismodul und Ergänzungsmodule, die für häufige Risikofaktoren und Komplikationen konzipiert werden, gliedern. Dieser einfache und klar strukturierte Aufbau dient der eindeutigen Abgrenzung der Problemfelder, der gezielten Intervention und der Lenkung der Leistungen.

- An der Entwicklung und Vereinbarung von Prioritäten und Zielen in den Behandlungsprogrammen sollten alle am Versorgungsprozess beteiligten Gruppierungen, einschließlich der Nutzer, angemessen teilhaben. Im Zuge dieser Vereinbarungen kann die Akzeptanz der Programme bei Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern erhöht werden. Zur Erhöhung der Teilnahmemotivation aller Beteiligten sind immaterielle und/oder finanzielle Anreize denkbar. Im bisherigen Prozess gibt es u. a. Einschreibe- und Dokumentationsvergütungen, Fortbildungen und Schulungen, Qualitätszirkel, verbesserte Schnittstellendefinition. Die Anreize sind auch bei fester Integration der DMP in den Behandlungsalltag weiterhin zu nutzen. Die Akzeptanz der Programme und die Motivation der Beteiligten in den Programmen mitzuwirken, sind entscheidende Erfolgsvoraussetzungen.

- Die Vereinbarung von klar definierten individuellen Behandlungszielen ist unerlässlich. So ist es allen am Prozess Beteiligten möglich, durch kritische Fremd- und Selbstbeurteilung den Ist-Zustand der Versorgung zu bewerten und auf den Soll-Zustand hinzuarbeiten. Um diese Zielvereinbarung zu erreichen, sind allen Beteiligten die Prinzipien des Behandlungskonzeptes transparent zu machen und für alle Beteiligte entsprechende Leitlinien und Manuale zur Erleichterung des Umgangs mit der Erkrankung zu erstellen. Für Patienten kann dieser direkte Zugang zu Informationen, die auf ihre Interessen zugeschnitten sind, die aktive Teilhabe an der Behandlung und die Eigenverantwortung für den eigenen Gesundheitszustand unterstützen.

- Die durch die Dokumentation im DMP anfallenden Daten dienen vorrangig der Qualitätskontrolle, -sicherung und -verbesserung. Ein Datenzentrum oder eine vergleichbare neutrale Organisation sollte die Verwaltung und Aufarbeitung der Daten übernehmen. Bei Einwilligung aller Beteiligten könnten die Daten auch direkt an die Krankenkassen weitergeleitet werden.

- Die aufgearbeiteten Daten könnten einem Qualitätsausschuss zugeleitet werden, der u. a. für die Qualitätssicherung zuständig ist und Qualitätszirkel, in denen kontinuierlich Ergebnisse rückgemeldet und Erfahrungen ausgetauscht werden, sowie Schulungen etc. organisiert.

- Die Verwendung der ebenfalls vom Datenzentrum erstellten Profile von Patienten und Leistungserbringern ist genau festzulegen. Das Einverständnis derjenigen Teilnehmer, die durch die Profile erfasst werden, ist für die jeweilige Verwendung einzuholen. Diese Daten sollten zudem der Versorgungsforschung zugänglich sein.

- Die Gesamtevaluation der Programme erfolgt in regelmäßigen Abständen durch unanhängige Sachverständige zur Überprüfung der Zielerreichung, der Einschreibepaxis und der ökonomischen Effizienz. Der aus diesen Daten generierte Benchmarkingdatensatz der Ärzte kann wesentliche Impulse für Qualitätsentwicklungsmaßnahmen setzen und gilt als ein wichtiger Baustein im Qualitätssicherungsprozess.

- Etablierte Integrationsmodelle sollten neben den akkreditierten Programmen weiterhin bestehen bleiben. Der Rat sieht dadurch Möglichkeiten mit anderen Formen der integrierten Versorgung zu experimentieren.

6.2.6 Exkurs: Konzept eines DMP am Beispiel Diabetes mellitus

788. Im folgenden Abschnitt soll exemplarisch das zuvor abstrakt beschriebene Ineinandergreifen von Diagnose- und Therapiekomponenten eines DMP anhand des Diabetes mellitus konkret dargestellt werden. Der Rat weist an dieser Stelle daraufhin, dass die Medizin eine im Fluss befindliche Wissenschaft ist. Die hier ausgesprochenen Empfehlungen gelten zum Zeitpunkt der Erstellung als evidenzbasierter Standard. Der Rat erhebt bei der Darstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit der Empfehlungen für die Versorgung von Diabetikern Typ 2 in Deutschland.

Eine der zentralen Aufgaben des Disease Management ist die Vermeidung von Komplikationen im Krankheitsverlauf. Dies betrifft bei Diabetes mellitus sowohl akute Komplikationen wie Stoffwechsellentgleisungen (Hyper- und Hypoglykämie) als auch chronische Komplikationen in Form des diabetischen Spätsyndroms. Die Manifestationen dieser Komplikationen können gravierende Folgen haben, u. a. diabetisches Koma, Apoplex, Herzinfarkt, Nierenversagen, Erblindung, Polyneuropathie oder Amputation.

Zur Vermeidung von Komplikationen sollten folgende Parameter regelmäßig kontrolliert und bei diesen möglichst optimale Werte angestrebt werden:

- Blutzucker,
- Blutdruck,
- Blutfette.

Verbunden mit den akuten und den sich nach Jahren entwickelnden somatischen Beschwerden, die zu einer niedrigeren Lebenserwartung und einer eingeschränkten Lebensqualität führen, kommt es bei den meisten Patienten zu Problemen im psychosozialen Bereich.

Viele dieser Probleme könnten im Rahmen eines gezielten Disease Management für Diabetiker deutlich verringert werden. Gleichzeitig kann durch ein qualitätsgesichertes Disease Management die bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung von Diabetikern, wie sie der Rat bereits mehrfach festgestellt hat, abgebaut werden (vgl. Gutachten 2000/2001, Band III.1 sowie SG 1995, Ziffer 71). Nicht allein die erfolgreiche Blutzuckereinstellung und die Therapie von Komplikationen sind relevant, vielmehr müssen Begleiterkrankungen des Diabetes, wie z. B. Adipositas, Fettstoffwechselstörungen oder arterielle Hypertonie gezielt beeinflusst werden. Die Risikofaktoren sind zu minimieren oder wenn möglich durch (Sekundär-)Prävention zu beseitigen.

Für die Behandlung des Diabetes mellitus liegen eine Reihe von nationalen und internationalen Leitlinien vor. Das vorliegende Konzept für ein DMP basiert auf folgenden Leitlinien:

- Leitlinien der American Diabetes Association (ADA 2002a, 2002b),
- Leitlinien und Empfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG),
- Leitlinien der International Diabetes Federation (IDF),
- Leitlinien des Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN).

Die in der Konzeption befindliche Langfassung der Nationalen Versorgungs-Leitlinie Diabetes mellitus Typ 2 konnte nicht berücksichtigt werden.

Die Leitlinien wurden in ihrer jeweils neuesten Fassung verwendet. Fehlten Leitlinien zu einzelnen Versorgungsfeldern, wurden Einzelempfehlungen herangezogen, die aus Metaanalysen bzw. mehreren *Randomised Controlled Trials* (RCT) oder aus *Major Studies* stammen. Die Wahl der Leitlinie erfolgte auf der Basis folgender Kriterien:

- International anerkannte Standards und
- nationale Adaptionfähigkeit.

Die folgenden Ausführungen des Rates sind keine expliziten Empfehlungen, sondern vielmehr eine Darstellung evidenzbasierter Rahmenbedingungen, deren Beachtung die jeweils bestmögliche individuelle Behandlung von Patienten ermöglichen soll.

Einschreibemodul

789. Die Einschreibekriterien folgen den internationalen evidenzbasierten Diabetes-Leitlinien. Die Diagnose eines manifesten Diabetes mellitus ist das alleinige maßgebliche Einschreibekriterium. Die Formen der abnormen Nüchtern-glukose (*Impaired Fasting Glucose*) und der abnormen Glukosetoleranz (*Impaired Glucose Tolerance*) werden aufgrund der noch unsicheren Diagnosestellung als Einschreibekriterium nicht akzeptiert.

Die im Folgenden abgegebenen Empfehlungen dienen der Diagnosesicherung des Diabetes mellitus (vgl. Tabelle 43)²⁰⁶. Sie beruhen auf den Vorschlägen der ADA, der WHO sowie des Internationalen Diabetes Bundes (IDF) (ADA 2000; Alberti, K. G. und Zimmet, P. Z. 1998; EDPG 1999a, 1999b, WHO 1999):

Tabelle 43

Kriterien zur Diagnose des Diabetes mellitus

	Plasmaglukose		Vollblutglukose	
	Venös	Kapillär	Venös	Kapillär
	mg/dl (mmol/l)	mg/dl (mmol/l)	mg/dl (mmol/l)	mg/dl (mmol/l)
Nüchtern				
Diabetes	≥ 126 (≥ 7,0)	≥ 126 (≥ 7,0)	> 110 (> 6,0)	> 110 (> 6,0)
IFG	> 110 (> 6,0)	> 110 (> 6,0)	> 100 (> 5,5)	> 100 (> 5,5)
OGTT 2-h				
Diabetes	> 200 (> 11,0)	≥ 220 (≥ 12,2)	≥ 180 (≥ 10,0)	> 200 (> 11,0)
IGT	≥ 140 (≥ 7,8)	> 160 (> 8,9)	≥ 120 (≥ 6,7)	≥ 140 (≥ 7,8)

Quelle: Lauterbach, K. W. et al. (2001)

Bei klassischen Symptomen des Diabetes mellitus (Polyurie, Polydipsie, ungeklärtem Gewichtsverlust), bei Glukosurie oder bei Gelegenheitshyperglykämie (unabhängig von Tageszeit und eingenommenen Mahlzeiten) wird folgendes Vorgehen empfohlen:

Kontrolle der venösen Gelegenheits-Plasmaglukose,

- ≥ 200 mg/dl (11,0 mmol/l): Diabetes mellitus ist diagnostiziert,
- ≥ 100 mg/dl (5,5 mmol/l): weitere Diagnostik, wie nachfolgend beschrieben.

Bei einer venösen Gelegenheits-Plasmaglukose oder einer Nüchternglukose im venösen Plasma ≥ 100 mg/dl (5,5 mmol/l) sollte weiter erfolgen:

Wiederholung der Kontrolle der Nüchternglukose im venösen Plasma (Nüchternheit ist definiert durch eine Fastenperiode von mindestens 8 Stunden),

- ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l): Wiederholung, bei Bestätigung ist Diabetes mellitus diagnostiziert,
- ≥ 110 mg/dl (6,0 mmol/l): Indikation zum oralen Glukosetoleranztest (OGTT),
- ≥ 90 mg/dl (5,0 mmol/l): Jährliche Kontrolle der Risikofaktoren, inklusive der Plasmaglukose, sollte erwogen werden.

Bei oralem Glukosetoleranztest (Werte sind für venöse Plasmaglukose angegeben):

- 2-h-Wert ≥ 200 mg/dl (11 mmol/l): Diabetes ist diagnostiziert,
- 2-h-Wert < 200 mg/dl (11 mmol/l) und ≥ 140 mg/dl (7,8 mmol/l): „Gestörte Glukosetoleranz“ (*Impaired Glucose Tolerance*) liegt vor,
- Nüchternwert ≥ 110 mg/dl (6 mmol/l) und < 140 mg/dl (7,8 mmol/l): eine „Abnorme Nüchternglukose“ (*Impaired Fasting Glucose*) liegt vor.

Diese Formen der Diagnosesicherung sind für die Versorgung eines neu zu diagnostizierenden Diabetikers vorgesehen. Nach gegenwärtigen Regelungen können auch alle bekannten Diabetiker in die Programme eingeschrieben werden. Die Kontrolle der Diagnose kann über die oben genannten Testverfahren erfolgen. Gegebenenfalls ist ein oraler Glukosetoleranztest ohne Gefährdung des Patienten durchzuführen.

Um eine nicht indizierte Ausweitung von oralen Glukosetoleranztests zu vermeiden, sei an dieser Stelle auf die Empfehlungen der ADA hingewiesen, denen sich auch die DDG im Jahre 2000 angeschlossen hat: Neben Patienten mit klassischen Symptomen, die auf die Erkrankung Diabetes mellitus hinweisen, sollten auch Patienten mit genau definierten Prädispositionen (vgl. Tabelle 44, S. 255) in regelmäßigen Abständen untersucht werden. Der Rat weist allerdings daraufhin, dass dieses Konzept der ADA bisher nicht validiert ist und dieses Screening auch nicht Bestandteil des DMP sein kann.

²⁰⁶ Die folgenden Kriterien sind ganz überwiegend mit denen in der Anlage zur RSAV kongruent. Sie scheinen zur Definition und Überprüfung der Einschreibung daher gut geeignet.

Tabelle 44

Diabetes-Screening beim Gesunden

Nüchternblutglukosebestimmungen bei allen Personen, die 45 Jahre oder älter sind.

Bei Normalbefunden: Wiederholung nach drei Jahren.

Nüchternblutglukosebestimmungen sowohl bei jüngeren Personen als auch in kürzeren Intervallen bei allen anderen Patienten, wenn:

- Übergewicht vorliegt (BMI ≥ 27 kg/m²),
- ein/e erstgradig Verwandte/r an Diabetes mellitus erkrankt ist,
- eine Frau ein Kind > 4000 g geboren hat oder bei ihr Gestationsdiabetes festgestellt wurde,
- eine arterielle Hypertonie vorliegt (Blutdruck $\geq 140/90$ mmHg),
- eine Dyslipidämie mit HDL-Cholesterin $\leq 1,0$ mmol/l und/oder Triglyzeriden $\geq 2,3$ mmol/l vorliegt,
- eine frühere Untersuchung eine gestörte Glukosetoleranz oder eine abnorme Nüchternblutglukose ergeben hat.

Quelle: Modifiziert nach ADA (2000), Kerner, W. et al. (2000)

Im Rahmen der Einschreibung erfolgt die Risikostratifizierung des Patienten. Dazu wird ein kompletter Status vom Hausarzt erhoben und weiterführende Untersuchungen konsiliarisch bei den spezifischen Fachärzten durchgeführt. Diese Risikostratifizierung ist in dieser hier vorgestellten Form jedoch bisher nicht validiert.

790. Im Einzelnen erfordert die standardisierte Stuserhebung zur Risikostratifizierung folgende dokumentationspflichtige Maßnahmen mit entsprechenden Zielwerten:

- Ausführliche Anamnese:
 - Aktuelle Problematik, frühere Beschwerden (KHK, pAVK, cAVK, Hypertonie, Visusverschlechterung, Nephropathie, Neuropathie, Fußsyndrom),
 - Abfrage von Risikofaktoren (Rauchen, Ernährung, Bewegungsstatus),
 - Vegetative Anamnese (Stuhlgewohnheiten, Urinverhalten),
 - Familien- und Sozialanamnese,
 - Medikamentenanamnese,
 - Ernährungsanamnese,
 - Vorbehandlung bezüglich bestehender Erkrankungen (u. a. Diabetes mellitus, Hypertonus und Dyslipidämie),
 - bei Frauen im gebärfähigen Alter: Erhebung des Menstruationszyklus bzw. Verlauf vorheriger Schwangerschaften und Entbindungen.
- Vollständige körperliche Untersuchung (Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation) u. a.:
 - Hautstatus,
 - Augen (Prüfung auf Xanthelasma, Xanthome, Arcus lipoides),
 - Fettverteilungsmuster,
 - Struma,
 - zyanotische Körperregionen,
 - maßgebliche Temperaturunterschiede der einzelnen Extremitäten,
 - Pulsstatus der Extremitäten,
 - Auskultation von Herz und Lunge,
 - Strömungsgeräusche über den großen Blutgefäßen,
 - Sensibilitätsprüfung,
 - Erhebung des Reflex- und Motorikstatus.
- Apparative Untersuchungen (mit Angabe von Zielwerten) u. a.:
 - Gewicht mit Errechnung des Body-Mass-Index,

- Blutdruck für Diabetiker ≥ 18 Jahren.
- Biochemische Tests:
 - Blutglukose,
 - HbA_{1c} im Blutplasma bzw. Serum,
 - Bestimmung der Schilddrüsenwerte,
 - Triglyzeride, HDL- und LDL-Cholesterin,
 - Kreatinin und Elektrolyte, Urinuntersuchung auf Glukose, Albumin, Ketone, Mikro- und Makroalbuminurie sowie eine mikroskopische Untersuchung.

Ziel der Stuserhebung zur Risikostratifizierung ist die Zuordnung des Diabetikers zu einer von drei Disease-Management-Gruppen (vgl. Abbildung 31, S. 247). Unabhängig von den erhobenen Befunden erfolgt zur Stuserhebung eine Überweisung zum Augenarzt. Bei unklaren Befunden können nach Indikationsstellung Überweisungen zu den jeweiligen Fachdisziplinen erfolgen.

Basismodul

791. Die Versorgungskomponenten des Basismoduls (Screening, Therapie, Schulung und Follow-up) werden durch weitere Komponenten unterstützt. Die Versorgungskomponenten basieren auf evidenzbasierten Leitlinien, die einem individuellen Behandlungsplan als Grundlage dienen. Sie werden durch Reminder ergänzt, bei Bedarf kann ein Diabetes-Koordinator steuernd eingreifen. Die Ausgestaltung dieser unterstützenden Komponenten könnte für an Diabetes erkrankte Patienten wie nachfolgend beschrieben ausgestaltet sein.

Individueller Behandlungsplan

792. Der individuelle Behandlungsplan fördert die Fähigkeit des Patienten, die eigene Gesundheit und Lebenssituation aktiv zu verbessern. Sein Mitspracherecht, das medizinische Fachwissen des Hausarztes und weiterer Fachdisziplinen ermöglichen die Erstellung eines Behandlungsplans, der medizinisch auf die Notwendigkeiten der klinischen Befunde ausgerichtet und auf die psychosozialen Belange des Patienten abgestimmt ist. Gemeinsam werden die Ziele definiert, wie z. B. Vermeidung von Hyper- bzw. Hypoglykämien mit ihren spezifischen symptomatischen Erscheinungsbildern, Gewichtsreduktion, Erreichen von HbA_{1c}- oder Blutdruck-Zielbereichen. Die tatsächlich eingetretenen Ereignisse werden dokumentiert und mit den Zielen verglichen, um den Verlauf zu beurteilen. Zur Optimierung der Ergebnisse sind Handlungsschemata im Sinne eines Leitfadens zu befolgen:

- Absprache von Kurz- und Langzeitzielen, von weiteren Hilfen, Verlaufskontrollen und Besprechung des bisherigen Verlaufs,
- individuelle Ernährungsberatung,
- Anleitung zu einer gesunden Lebensweise (Sport, Nikotinverzicht, mäßiger Alkoholgenuß), zum Medikamentenmanagement (Insulin, orale Antidiabetika, Antihypertensiva, Lipidsenker, Acetylsalicylsäure und weitere Medikamente) und zum Besuch einer Selbsthilfegruppe,
- Erläuterung, wann Hilfe in Anspruch genommen werden soll, für den Fall, dass der Patient ein Problem nicht selber lösen kann oder eine Akutproblematik dies erfordert,
- Aufklärung über Kontrazeptiva und die Notwendigkeit der optimalen Stoffwechseleinstellung vor der Konzeption und während der Schwangerschaft, Kriterien der optimalen Stoffwechseleinstellung in der Schwangerschaft,
- Reminder im Zeitintervall.

Folgende weitere Disease-Management-Komponenten können zur Umsetzung eines individuellen Behandlungsplans eingesetzt werden:

- Diabeteskoordinator zur Verbesserung der Betreuung im Alltag. Dieser fragt Blutzucker- und Blutdruckwerte ab und empfiehlt bei Überschreitung der Grenzwerte die Kontaktierung eines Arztes,
- Schulungen zur Ergänzung des individuellen Behandlungsplans mit Erläuterung der Therapie und Einübung von Selbstmanagementtechniken,
- Patientenleitlinien zur Unterstützung des Selbstmanagements, zum Verständnis von Therapiemaßnahmen und ihrer Bedeutung im Gesamttherapiekonzept,
- Reminder zur Erinnerung an Untersuchungstermine, Schulungstermine und Schulungsinhalte,
- Informationssysteme zur Mitteilung über Untersuchungsmaßnahmen und ihre Bedeutung, an die jeweiligen Patienteninformationen angelehnt.

Der Patient sollte im Rahmen der Informationssysteme immer wieder gezielt auf die Risiken und Komplikationen hingewiesen werden, die mit seiner Erkrankung verbunden sind, um die Rate der vermeidbaren Komplikationen so gering wie möglich zu halten. Wie ein solches Informationssystem aussehen könnte, ist in Tabelle 45 illustriert.

Tabelle 45

Patienteninformation über mögliche Komplikationen bei Diabetes mellitus

Komplikationen	Vorsichtsmaßnahmen
1. Augen (Retinopathie)	Jährliche Augenkontrolle durch einen Spezialisten (Ophthalmologe) Normnahe Blutzuckereinstellung anstreben
2. Nieren (Nephropathie)	Regelmäßige Albumin-Messungen (Mikroalbuminurie)
3. Nerven (Neuropathie)	Bei Schmerzen oder Taubheit in den Beinen, Füßen oder Händen sofort den Arzt konsultieren
4. Fußprobleme	Tägliche Fußpflege nicht vergessen
5. Herz und Blutgefäße (Kardiopathie und Angiopathie)	Gewicht im Normbereich halten Weniger Fett essen, besonders kein fettiges Fleisch Auf Nikotinkonsum verzichten Blutdruck im Normbereich halten Bei Atembeschwerden sowie bei Schmerzen in der Brust, in den Armen oder im Nacken sofort den Arzt konsultieren

Quelle: Haslbeck, M. et al. (2002)

Diabetes-Koordinator

793. Aufgrund der sektoralen Gliederung des deutschen Gesundheitssystems kommt es immer wieder zu Unterbrechungen in der Versorgungskette, zu ineffizientem Ressourceneinsatz und zu Informationsverlusten. Ein Diabetes-Koordinator, bei dem es sich beispielsweise in England oder in den Vereinigten Staaten um spezialisierte Pflegekräfte handelt, die hierzulande als rein ärztlich geltende Aufgaben ausführen können, kann steuernd eingreifen, indem er Schulungen sektorenübergreifend koordiniert, Patienten mittels Telemanagement oder Hausbesuchen betreut und den Daten- und Informationsfluss sicherstellt. Ein Diabetes-Koordinator wird je nach Risikostratifizierung und klinischem Zustand des Patienten eingesetzt. Er kann von Arzt oder Krankenkasse angefordert werden. Beispielsweise könnten die Aufgaben des Diabetes-Koordinators für Patienten aus der Management-Gruppe 1 von einer speziell weitergebildeten Pflegekraft wahrgenommen werden. Je nach klinischem Zustand kann der Kontakt mehrmals wöchentlich notwendig sein oder sich, wie bei den meisten Patienten zu erwarten, auf einen Kontakt im Quartal beschränken. Die Pflegekraft kann dabei primär einem Krankenhaus, einem Arztnetz, der Krankenkasse oder einem Callcenter zugeordnet sein. Managed-Care-Organisationen gehen häufig von einem durchschnittlichen Aufwand von fünf Telefonaten/Interaktionen via Internet pro Quartal und Mitglied aus, die als „passive“ Kontakte definiert werden. „Aktive“ Interventionen hingegen umfassen persönliche Kontakte vor Ort (Steffens, B. 2000) (vgl. Tabelle 46).

Tabelle 46

Beispiele für den Einsatz eines Diabetes-Koordinators in Abhängigkeit von der Disease-Management-Gruppe

Management-Gruppe 1	Aktiv 1 × (bei Neudiagnostizierten 2 ×) pro Quartal und nach Bedarf Passiv 1 bis 4 × pro Quartal
Management-Gruppe 2	Aktiv 1 bis 2 × pro Quartal und nach Bedarf Passiv 4 bis 6 × pro Quartal
Management-Gruppe 3	Aktiv 1 bis 4 × pro Quartal und nach Bedarf Passiv 4 bis 12 × pro Quartal
Diabetiker in besonderen Versorgungssituationen	Aktiv 4 × pro Quartal bzw. nach Bedarf (zusätzlich individuelle Einheiten) Passiv (nach ärztlichem Ermessen)

Quelle: Lauterbach, K. W. et al. (2001)

Über diese Kontakte hinaus kann der Diabetes-Koordinator weitere Disease-Management-Komponenten einsetzen, wie z. B.:

- Leitlinien zur Unterstützung der Therapie und des Selbstmanagements,
- Remindersysteme zur Erinnerung an Screeninguntersuchungen, Schulungsinhalte u. a.,
- Informationssysteme zur Unterstützung von Compliance und Konsolidierung von Schulungsinhalten.

Entscheidungsunterstützung

794. Jeder Arzt könnte einmal im Quartal die Auswertungen der Dokumentationsbögen aller seiner in das Diabetes-Programm eingeschriebenen Patienten erhalten. Zusätzlich werden pro Arzt 20 bis 30 % der in DMP eingeschriebenen Patienten pro Quartal in einem Disease-Management-Zirkel besprochen. Disease-Management-Zirkel (mit maximal acht bis zwölf Teilnehmern) dienen der Entscheidungsunterstützung, Qualitätssicherung und der Implementierung von Leitlinien. Die Leitung sollte einem anerkannten Meinungsführer obliegen, der sowohl Standard- wie auch Problemfälle zur Diskussion stellt. Es können auch Krankheitsbilder einzelner Patienten exemplarisch behandelt werden.

Darüber hinaus hat jeder Hausarzt die Gelegenheit über Entscheidungsunterstützungssysteme wie Experten-Hotlines oder Internet Anfragen an Experten zu stellen. Informationssysteme können jederzeit und unabhängig von Dritten zur Entscheidungsunterstützung herangezogen werden. Sie erfordern keine Umstellung von Organisations- und Betreuungskonzepten.

Fortbildungen sind ein effektives Mittel zur Entscheidungsunterstützung. Sie können sich sowohl auf medizinische wie auch auf organisatorische Inhalte des DMP beziehen.

Zur Erinnerung an Leitlinienempfehlungen sind Reminder sinnvoll. Regelmäßig bzw. jährlich geführte Protokolle zur Ergebnisauswertung können die Entscheidung ebenfalls unterstützen.

Reminder

795. Reminder sollten im DMP für Diabetes bei Ärzten und Patienten zum Einsatz kommen. Patienten können beispielsweise mittels telefonischen oder postalischen Remindern an Untersuchungstermine, Selbstmanagementverhalten wie Fußinspektion u. ä. erinnert werden. Für Ärzte können Reminder Therapieabweichungen, Abweichungen des Therapieergebnisses vom Zielwert (z. B. HbA_{1c}) oder Erinnerungen an noch durchzuführende Interventionen beinhalten. Zielwertabweichungen können beispielsweise im patientenindividuellen Quartalsbericht aufgeführt werden. Gute Erfahrungen bestehen auch mit einem Protokoll, das in sechswöchigen Intervallen erstellt wird und alle Patienten und z. B. HbA_{1c}-Werte außerhalb des Zielbereiches aufführt. Am wirkungsvollsten sind Reminder, die eine aktive Reaktion des Arztes erfordern, z. B. das Wegklicken eines computergestützten Reminders oder eine schriftliche kurze Stellungnahme bei Anwendung von Second-Line Medikamenten.

Individuelle Basistherapie

796. Die individuelle Basistherapie umfasst die Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2. Diese und die Behandlung von Folge- bzw. Begleiterkrankungen können hier nicht abgehandelt werden. Der Rat verweist hier auf die Empfehlungen aus der Anlage 1 der §§ 28b bis 28g RSAV, die auf evidenzbasierter Grundlage Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 abgegeben hat, und auf die z. T. abweichenden Empfehlungen der Kurzfassung der Nationalen Versorgungs-Leitlinie Diabetes mellitus Typ 2 hinweist (BÄK 2002).

Die erste Therapiestufe beinhaltet die Ausschöpfung aller wissenschaftlich belegten nicht medikamentösen Verfahren. Im Ergänzungsmodul sind beispielsweise Bewegungstherapien oder Gewichtsreduktionsmaßnahmen ausgeführt. Nach erfolgloser dreimonatiger Therapiedauer sollten in der Therapiestufe zwei neben den bereits erwähnten Therapieoptionen die medikamentösen zum Einsatz kommen. Nach den individuellen Gegebenheiten des Patienten und entsprechender Abwägung von Kontraindikationen und Nutzen stehen entsprechend der Studienlage zurzeit in Form einer Monotherapie folgende Wirkstoffgruppen zur Verfügung:

- Insulin,
- Sulfonylharnstoffe und
- Biguanide²⁰⁷.

Wissenschaftlich sind deren Nutzen und Sicherheit, aber auch deren Effektivität in entsprechenden Studien mit hochwertigem Studiendesign belegt. Dies gilt insbesondere durch Langzeitstudien für Human- oder Schweine-Insulin, für Glibenclamid als Monotherapie und ebenfalls als Monotherapie für Metformin bei adipösen Patienten.

²⁰⁷ Die Arzneimitteltherapie bei Diabetes mellitus hat in den letzten zehn Jahren kontinuierlich zugenommen. Die Insulinverordnung hat sich verdoppelt. Während die Verordnungsraten bei den Sulfonylharnstoffen annähernd gleich geblieben ist, hat sich die Verordnung von Biguaniden verzehnfacht. Insgesamt wurden im Jahr 2001 ca. 1 175 Mio. Euro für Antidiabetika ausgegeben (Joost H.-G. u. Mengel, K. 2003).

Benchmarkingdatensatz (Dokumentationsbogen)

797. Der Dokumentationsbogen (Anlage 2a/b RSAV) dient in erster Linie der Koordination und Steuerung des Disease Managements sowie der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. Die Speicherung und Evaluation der Dokumentationsbögen (unter Beachtung des Datenschutzes) kann durch das Datenzentrum erfolgen.

Der Benchmarkingdatensatz setzt sich aus den personenbezogenen Daten des Dokumentationsbogens zusammen. Er enthält Daten zu den Einschreibekriterien, zum Patientenmanagement und zur Qualitätssicherung, die ohne großen zusätzlichen Aufwand in der Praxisroutine erhoben werden können. Wie ein solcher Benchmarkingdatensatz zurzeit aussehen könnte, verdeutlicht Tabelle 47.

Tabelle 47

Benchmarkingdatensatz

Zielkriterium	Häufigkeit/Verordnung	Benchmark (Prozentsatz der Patienten, die das Zielkriterium erreichen)
HbA1c-Messung	4 ×/Jahr	95 %
Prozent mit HbA1c < 8 %	(letzter gemessener Wert)	55 %
Prozent mit HbA1c > 9,5 %	(letzter gemessener Wert)	< 25 %
Schnittstelle eingehalten	(letzter Überweisungsanlass)	95 %
Blutdruck-Messung	4 ×/Jahr	98 %
Prozentsatz < 140/90 mmHg	(letzte Messung)	65 %
Schnittstelle eingehalten	(letzter Überweisungsanlass)	95 %
LDL-Messung	4 ×/Jahr	95 %
Prozentsatz < 130 mg/dl	(letzte Messung)	65 %
Schnittstelle eingehalten	(letzter Überweisungsanlass)	95 %
Überweisung Augenarzt	1 ×/Jahr	70 %
Fußinspektion	4 ×/Jahr	95 %
Albuminurischescreening	1 ×/Jahr	85 %
Raucherschulung durchgeführt bzw. empfohlen (bei Raucher)	1 ×/Jahr	95 %
Hypertonieschulung	1 ×/Jahr	95 %
Diabetesschulung	1 ×/Jahr	95 %
Evidenzbasierte Pharmakotherapie		
Acetylsalicylsäure (ASS)	Ja/Nein	60 %
Statine	Ja/Nein	60 %
Beta-Blocker	Ja/Nein	40 %
Nicht evidenzbasierte Medikamente		
Glitazone	Ja/Nein	< 5 %
Insulinaloga	Ja/Nein	< 5 %
Alpha-Glucosidase-Inhibitoren	Ja/Nein	< 10 %
Patientenzufriedenheit	s. Evaluation	

Quelle: Modifiziert nach NCQA (2002)

6.3 Kompetenzbündelung am Beispiel der Versorgung bei neuromuskulären Erkrankungen

6.3.1 Einleitung

798. Die Bündelung von Kompetenzen, d. h. von fachlichem Know-how, spezifischen personellen, organisatorischen und strukturellen Ressourcen, wird in vielen Bereichen der Wirtschaft, der öffentlichen Verwaltung und der Forschung als ein zukunftssträchtiges Instrument zur Effizienzsteigerung, Profilierung und erfolgreichen Bewältigung komplexer Aufgaben angesehen und daher gezielt gefördert. Ziele derartiger Aktivitäten sind die Verbesserung der Qualität und die Steigerung der Wirtschaftlichkeit durch Nutzung von Synergieeffekten, Reduktion von Schnittstellen bei der Bearbeitung spezifischer Fragestellungen und Verbesserung der Marktposition durch Konzentration auf Bereiche, in denen Spitzenleistungen erbracht werden können.

Im Gesundheitswesen orientierte sich die Herausbildung von Versorgungs- und Kompetenzschwerpunkten bislang eher an traditionell vorhandenen Strukturen und persönlichen Interessens- und Wissensgebieten als an wirtschaftlichen Daten oder bevölkerungsbezogenem Versorgungsbedarf und hatte damit eine weitgehend zufallsgeprägte Struktur. Vermutlich wird die Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) im Krankenhausbereich Konzentrations- und Spezialisierungsprozesse fördern, die vor allem betriebswirtschaftlich motiviert sind. Fachliche Kompetenz ist dabei zwar ein wichtiger Erfolgsfaktor, u. U. jedoch nicht der entscheidungsbestimmende Aspekt. Von Bedeutung für die Entscheidung, welche Leistungen „angeboten“ werden, sind vielmehr neben spezifischem fachlichem Know-how z. B. die regionale Nachfrage und Konkurrenzsituation, die vorhandenen organisationsinternen Ressourcen, die Höhe der zu erwartenden Erlöse unter Berücksichtigung der Kostenstruktur, der Investitionsbedarf u. a. m. Vor diesem Hintergrund ist Kompetenzbündelung eine Frage der Marktpositionierung, d. h. eine Managemententscheidung.

799. Aus Patientensicht dient Kompetenzbündelung in der Medizin jedoch in erster Linie dem Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Gerade bei komplexen und seltenen Krankheitsbildern ist eine enge interdisziplinäre Kooperation notwendig, die sich an den Erfordernissen einer adäquaten Diagnostik und Behandlung einschließlich der Prävention, Rehabilitation und Pflege orientiert und die individuellen Präferenzen und lebensweltlichen Kontextfaktoren des Patienten berücksichtigt. Für eine Vielzahl von Versorgungsbereichen und Einzelleistungen ist die positive Korrelation von Leistungsvolumen und Ergebnisqualität hinlänglich empirisch belegt. Der Rat hat in der Vergangenheit bereits mehrfach auf diesen Zusammenhang hingewiesen und auf eine Berücksichtigung dieses Sachverhaltes bei der Gestaltung von Versorgungsstrukturen und der Vereinbarung von Qualitätsanforderungen gedrängt (Gutachten 2000/2001, Band III.3, Abschnitt 12.2.3).

800. Im Bereich der medizinischen Forschung findet – ähnlich wie in anderen Wissenschaftsbereichen – eine zunehmende Kompetenzbündelung mit dem Ziel der Förderung von Spitzenleistungen statt. Dies spiegelt sich in der Etablierung von Forschungsschwerpunkten, Kompetenzzentren und -netzen sowie der (Neu-)Strukturierung der Forschungsverbände, der Max-Planck-Gesellschaft etc. wider.

Die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziell geförderten überregionalen indikationsspezifischen Kompetenznetze sollen nicht allein der Bündelung von Forschungsaktivitäten dienen, sondern durch einen zügigeren Wissenstransfer von der Grundlagenforschung in die anwendungsnahe Forschung, die Industrie und in den Versorgungsalltag (und umgekehrt; Stichwort: horizontale und vertikale Vernetzung) sowie den Aufbau von Infrastrukturen auch die Patientenversorgung verbessern. Die Netzwerke konzentrieren sich auf Krankheitsbilder, die durch eine hohe Erkrankungshäufigkeit, Sterblichkeit und/oder hohe Kosten gekennzeichnet sind. Seit 1999 existieren neun Kompetenznetze (chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Rheuma, maligne Lymphome, akute und chronische Leukämien, pädiatrische Onkologie, M. Parkinson, Schlaganfall, Schizophrenie, Depression sowie zusätzlich ein „Brain-Net“ als zentrale Gewebedatenbank). 2002 kamen Netze für bestimmte Infektionskrankheiten (Hepatitis, ambulant erworbene Pneumonien, HIV/Aids) und eines für Demenz hinzu; drei weitere zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen befinden sich in Vorbereitung. Ziel dieser Aktivitäten ist es, krankheitsspezifische Kompetenzen aufzubauen, die sowohl von der Öffentlichkeit als auch in der Fachwelt wahrgenommen, anerkannt und genutzt werden (BMBF 2002; www.kompetenznetze-medizin.de). Der Rat begrüßt diese Entwicklung ausdrücklich und verweist auf die Notwendigkeit der Sicherstellung einer adäquaten Finanzierung der Projekte nach Auslauf der BMBF-Förderung.

801. Die sich jetzt etablierenden Kompetenznetze in der Medizin widmen sich auftragsgemäß eher häufigen Erkrankungen, nicht jedoch dem Aufbau von Forschungs- und Versorgungsstrukturen für sehr seltene Gesundheitsstörungen. In früheren Gutachten hat der Rat einige solcher seltenen Indikationen benannt, bei denen der Einsatz sehr spezifischer ärztlicher Erfahrungen und Fähigkeiten – gebündelt in Kompetenzzentren – erforderlich ist, um dem Patienten die qualitätssichernden Vorteile einer hochspezialisierten Versorgung zu Gute kommen zu lassen. Dies betrifft zum Beispiel

- die Kooperation in der Onkologie (SG 1995, Ziffer 251 ff.),
- die interdisziplinäre Versorgung der komplizierten, progredienten endokrinen Orbitopathie (SG 1997, Ziffer 186),
- die Wachstumshormonsubstitution (SG 1997, Ziffer 244 ff.),
- die Muskelkrankheiten (SG 1997, Ziffer 190) oder
- die Hämophilie (vgl. SG 1997, Ziffer 225 sowie Gutachten 2000/2001 Addendum, Anhang, Kapitel 11.2)²⁰⁸.

802. Ergänzend zu seiner Ausführung zur spezialisierten Versorgung Hämophilie-Kranker im Addendum zum Gutachten 2000/2001²⁰⁹ verdeutlicht der Rat im Folgenden am Beispiel der seltenen neuromuskulären Erkrankungen, wie medizinische Kompetenzen sinnvoll gebündelt und die Versorgung

²⁰⁸ Kompetenzbündelung in diesen Bereichen deckt sich z. T. mit dem, was der Rat 1997 „Supramaximalversorgung“ genannt hat (SG 1997, Ziffer 189 ff., Tabelle 3).

²⁰⁹ Weitere Vorschläge für Kompetenzbündelung finden sich im Gutachten 2000/2001, Band III, z. B. für die Koronarintervention oder für das zentralisierte, qualitätsgesicherte Mammographiescreening in Kooperation mit Brustkrebszentren.

dieser Kranken organisiert werden kann. Exemplarisch wird dargestellt, wie zur Sicherstellung einer angestrebten hohen Versorgungsqualität und -effizienz die Versorgungsstrukturen an den Versorgungsbedarf der jeweiligen Zielgruppe angepasst werden können. Neben der Sicherstellung einer angemessenen „Breitenversorgung“ bei häufigen Krankheitsbildern ist es auch Aufgabe des Gesundheitssystems bzw. der GKV, Menschen mit seltenen Krankheitsbildern qualitativ hochwertig zu versorgen. Nicht zuletzt lassen sich durch Konzentration dieser Versorgung auf geeignete Kompetenzzentren (Modell des *comprehensive care centre*) auch Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen, wenn dadurch unnötige, schädigende oder ineffiziente Leistungen entfallen.

803. Aus Sicht des Rates kann es nicht dem Zufall überlassen bleiben, wer sich wie um seltene Erkrankungen kümmert, auch wenn dies zum Teil mit hohem persönlichem Engagement geschieht. Daneben gilt es, möglichen drohenden ökonomisch motivierten Behandlungsengpässen durch die Sicherstellung einer angemessenen, qualitätsorientierten Vergütung vorzubeugen.

Die Bedingungen, unter denen derzeit die Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen (*orphan diseases*) erfolgt, sind in vielerlei Hinsicht verbesserungsbedürftig (vgl. Gutachten 2000/2001, Addendum):

- Die Leistungserbringer der „normalen“ ambulanten und stationären Versorgung erreichen in der Regel aufgrund der niedrigen Prävalenz und Inzidenz dieser Erkrankungen nicht die notwendigen Mindestzahlen an Patienten, die für Erfahrung und Kompetenz im Umgang mit solchen Patienten, für Weiter- und Fortbildung des Spezialistennachwuchses, für die Wirtschaftlichkeit des Einsatzes und der Vorhaltung einer gegebenenfalls erforderlichen speziellen Einrichtung/Ausrüstung und Infrastruktur notwendig sind. Sowohl unter qualitativen als auch ökonomischen Gesichtspunkten bietet daher eine spezialisierte gegenüber einer „breitgestreuten“ Versorgung Vorteile. Dennoch finden sich bislang allenfalls Ansätze zu einer gezielten Steuerung der Versorgung (z. B. mittels Vorgabe von Mindesteingriffszahlen für die Zulassung von Leistungserbringern).
- Die Versorgung von Patienten mit seltenen Krankheitsbildern erfordert eine enge, zeitnahe, interdisziplinäre Interaktion (z. B. in Konferenzen) zwischen verschiedenen Fachärzten und anderen am Versorgungsgeschehen beteiligten Berufsgruppen. Diese notwendige interdisziplinäre Kooperation stößt jedoch auf zahlreiche Widerstände und ist bislang im bundesdeutschen Versorgungssystem bei weitem unzureichend etabliert.
- Spezialisierte Versorgungskompetenzen und -einrichtungen werden traditionell vor allem von Universitätskliniken und einzelnen Krankenhäusern der Maximalversorgung (z. B. in Form von Spezialambulanzen und -sprechstunden) entwickelt und vorgehalten. Soweit diese Stellen ambulante Versorgung erbringen, wird diese – allerdings i. d. R. nicht kostendeckend – aus Mitteln der vertragsärztlichen Versorgung vergütet. Unterdeckungen gehen zu Lasten der Kliniken und werden intern „querfinanziert“. Es müssen Regelungen gefunden werden, die unabhängig von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Auswirkungen der Einführung von DRG im stationä-

ren Sektor die Finanzierung dieser Spezialeinrichtungen sicherstellen.

804. Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Rat einen strukturierten, evidenzbasierten interdisziplinären Konsensfindungsprozess (analog den Verfahren zur Erstellung evidenzbasierter Leitlinien; Gutachten 2000/2001, Band II, Ziffer 224 ff.), dessen Ziel es ist, Krankheiten bzw. Krankheitsphasen zu bestimmen, die der Kompetenzbündelung bedürfen bzw. bei denen Patienten von einer solchen profitieren. Der erforderliche Kompetenznachweis muss akzeptierten Qualitätskriterien entsprechen, welcher Struktur, Prozess, Ergebnisse und Mindestzahlen berücksichtigt. Er muss extern und unabhängig evaluiert werden, bevor beispielsweise ein *comprehensive care centre* (CCC) anerkannt wird²¹⁰.

805. In der Regel werden die Patienten, die von CCC profitieren, weiter ihren Hausarzt benötigen, da Kompetenzzentren zumeist ungeeignet sind, die Hausarztfunktion für diese Patienten zu übernehmen. Possessivdenken muss zugunsten einer Stärkung der Kooperations- und Konsultationskultur sowie der Teamfähigkeit (Gutachten 2000/2001, Band II, Ziffer 11 ff.) aufgegeben werden. Dementsprechend ist die rechtzeitige und regelmäßige Beratung sowohl des Hausarztes als auch des informierten Patienten als die wesentliche Aufgabe von Kompetenzzentren zu definieren (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 296 ff.).

6.3.2 Nosologie neuromuskulärer Erkrankungen

806. Den Symptomen der neuromuskulären Erkrankungen können zahlreiche internistische, neurologische oder psychiatrische Ursachen zugrunde liegen (Tabelle 48, S. 262). Gelegentlich weist z. B. eine Muskelschwäche sogar im Sinne eines Leitsymptoms auf lebensbedrohliche Krisen hin. Dies gilt beispielsweise für endokrinologische Erkrankungen (thyreotoxische Krise, Hypoglykämie, hyperkalzämische Krise, akute Nebennierenrindeninsuffizienz).

807. Es ist unbekannt, wie oft das Symptom Schwäche zunächst nicht richtig zugeordnet und die zugrunde liegende Krankheit verzögert erkannt wird. Die hier zu vermutende Unter- oder Fehlversorgung könnte nur durch Steigerung der Aufmerksamkeit der Hausärzte gegenüber Muskelsymptomen vermindert werden.

Auch schwerwiegende neuromuskuläre Erkrankungen im engeren Sinne existieren in einer großen Vielfalt von Unterformen. Sie sind insgesamt eher selten und ihre Erkennung ist schwierig. Die Initialsymptome (z. B. Muskelschwäche, Muskelschwund, Muskelschmerzen) sind vieldeutig und bedürfen ebenfalls einer ausführlichen, insbesondere auch internistischen Differentialdiagnose (Pongratz, D. u. Scriba, P. C. 1998). Meist bleiben den Patienten bis zur Diagnosestellung längere Irrwege nicht erspart. Es gibt allerdings keine Daten über die Zeitspanne vom ersten Auftreten der Symptome bis zum Stellen der Verdachtsdiagnose bzw. deren Nachweis; auch weiß man wenig über die Bedeutung der verzögerten Diagnosestellung für den Outcome bei diesen Patienten.

²¹⁰ Als Beispiele seien die Zertifizierung von Einrichtungen für die Stammzelltransplantation (Ausführungsbestimmungen der Konzentrierten Aktion Stammzelltransplantation, vgl. auch SG 1997, Ziffer 255 ff.) und von Schlaflaboren (Penzel, T. et al. 2000, Fischer, J. et al. 1999) genannt.

6.3.3 Versorgungssituation bei neuromuskulären Erkrankungen

808. Die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e. V. (DGM) zur vom Sachverständigenrat im Rahmen des Gutachtens 2000/2001 durchgeführten Befragung zu „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ (vgl. Internetpräsentation der Stellungnahmen der befragten Organisationen, www.svr-gesundheit.de) enthält die vorhandenen epidemiologischen Daten. Die Beschreibung der Versorgungssituation bei neuromuskulären Erkrankungen aus der Perspektive der Betroffenen ist praktisch deckungsgleich mit der Einschätzung der medizinischen Experten bzw. den vorliegenden Daten.

Anders als in der Vergangenheit sind eine Reihe neuromuskulärer Erkrankungen im engeren Sinne in der Hand erfahrener Experten gut behandelbar, weshalb eine schnelle und genaue Diagnose besonders wichtig ist. Im Versorgungsalltag werden Betroffene jedoch häufig unqualifiziert „andiagnos-

tiziert“ und erst mit Verzögerung an kompetente Zentren überwiesen.

Unterversorgung von Patienten mit speziellen neuromuskulären Erkrankungen besteht überwiegend im ambulanten Bereich, da nur wenige Neurologen spezielle Kenntnisse und Erfahrungen mit diesen Erkrankungen haben. Im stationären Sektor werden Defizite in der Verfügbarkeit von neurologischen Betten gesehen. Die konsiliarische Betreuung neurologischer Erkrankungen auf internistischen Stationen ist oft nicht optimal und auf neuromuskuläre Erkrankungen spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen sind selten.

809. Die nachfolgenden Tabellen skizzieren Unter-, Über- und Fehlversorgung bei neuromuskulären Erkrankungen allgemein (Tabelle 49, S. 263) sowie am Beispiel der amyotrophen Lateralsklerose (Tabelle 50, S. 264), der progressiven Muskeldystrophie Typ Duchenne (Tabelle 51, S. 265), der Myasthenia gravis (Tabelle 52, S. 266) und der Polymyositis/Dermatomyositis (Tabelle 53, S. 267).

Tabelle 48

Ursachen einer subjektiv empfundenen Muskelschwäche

Ursachen	Beispiele
Neurologisch	Zentrale Innervationsstörungen. – Erkrankungen des zentralen Motoneurons, – extrapyramidal-motorische Krankheitsbilder, insbesondere Parkinson-Syndrom. Neuromuskuläre Ursachen.
Internistisch	Akute und chronische Infektionen. Anämien. Malignome. Malnutritionen. Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises. Zustand nach Operationen. Fortgeschrittene Organerkrankungen (Lunge, Herz, Leber, Magen, Darm, Niere, endokrine Krankheitsbilder). Elektrolyt- und Stoffwechselstörungen. Intoxikationen.
Psychiatrisch	Endogene Depressionen. Depressive Neurosen.

Quelle: Pongratz, D. E. u. Scriba, P. C. (1998)

Tabelle 49

Über-, Unter- und Fehlversorgung bei neuromuskulären Krankheiten allgemein

	Definition/Kriterien	Beleg
Versorgungsproblem	Zahlreiche verschiedene, insgesamt eher seltene, teils hereditäre, teils erworbene Erkrankungen. Keine ausreichende Primärversorgung im Fachgebiet Neurologie/Neuropädiatrie. Zahlreiche Überlappungen mit anderen Fächern (insbesondere Rheumatologie, Kardiologie, Pneumologie, Orthopädie, Physik, Medizin).	Emery AEH (1991); The Neuromuscular Disease Centre (2001)
Gute Versorgung	Nur an neuromuskulären Zentren mit interdisziplinären Muskelsprechstunden und adäquater Erfahrung im Einsatz diagnostischer Methoden (insbesondere Neurophysiologie, Muskel-/Nervenbiopsie, Bildgebung) gewährleistet.	Pongratz, D. (2000)
Unterversorgung	Primäre Diagnostik beim niedergelassenen Neurologen/Neuropädiater oder in nicht spezialisierten Kliniken. Einleitung und Überwachung der Therapie der gut behandelbaren autoimmunologischen erworbenen Myopathien ohne enge Anbindung an ein neuromuskuläres Zentrum. Psychosoziale Betreuung, Physik, Therapie, Ergotherapie, Hilfsmittelberatung.	
Überversorgung	Androgene Anabolika (keine Evidenz für Kraftzuwachs). Insulin.	Snyder, P. J. et al. (1999)
Fehlversorgung	Alleinige Betreuung durch den Hausarzt. Keine regelmäßige physikalische Therapie. Inadäquate Hilfsmittel.	
Konsequenzen	Verbesserung der Kooperation zwischen den niedergelassenen Ärzten und den neuromuskulären Zentren.	
Potenzial der Versorgungs-optimierung (Beispiele)	Verbesserung der Überweisungsmodalitäten. Adäquate Honorierung amb. Leistungen an den neuromuskulären Zentren. Verbesserung der ambulanten psychosozialen Beratung. Verbesserung der Beratung auf den Gebieten Krankengymnastik und Ergotherapie. Verbesserung der Hilfsmittelberatung. Enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen (DGM). Qualifikation für Leistungserbringer.	

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 50

Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Amyotropher Lateralsklerose (ALS)

	Definition/Kriterien	Beleg
Versorgungsproblem	Überwiegend erworbene, selten hereditäre Erkrankung, Inzidenz 1 : 50 000. Diagnosestellung durch Neurologen, öfters verzögert durch Allgemeinärzte, Orthopäden oder Rheumatologen.	Brown, R. H. jr. (2001); Pongratz, D. (1999)
Gute Versorgung	Nur an neuromuskulären Zentren mit interdisziplinären Muskelsprechstunden und adäquater Erfahrung im Einsatz diagnostischer Methoden (insbesondere Neurophysiologie, Muskel-/Nervenbiopsie, Bildgebung) gewährleistet.	
Unterversorgung	Unzureichende primäre Diagnostik beim niedergelassenen Neurologen/Neuropädiater oder in nicht spezialisierten Kliniken. Einleitung und Überwachung der möglichen symptomatischen Therapie ohne enge Anbindung an ein neuromuskuläres Zentrum. Aufklärung, Psychosoziale Betreuung, Physik, Therapie, Ergotherapie, Hilfsmittelberatung.	Pongratz, D. et al. (2000); Borasio, G. D. et al. (2000); Jenkinson, C. et al. (2000)
Überversorgung	Azathioprin. Interferon. Cyclophosphamid. Plasmapherese. TRH.	Werdelin, L. et al. (1990); Dalakas, M. C. et al. (1986); Brown, R. H. jr. et al. (1986); Kelemen, J. et al. (1983); Caroscio, J. T. et al. (1986)
Fehlversorgung	Alleinige Betreuung durch den Hausarzt. Keine symptomatische medikamentöse Therapie. Keine regelmäßige physikalische Therapie. Inadäquate Hilfsmittel (z. B. Atemhilfe).	
Konsequenzen	Verbesserung der Kooperation zwischen den niedergelassenen Ärzten und neuromuskulären Zentren.	
Potenzial der Versorgungs-optimierung (Beispiele)	Verbesserung der Überweisungsmodalitäten. Adäquate Honorierung ambulanter Leistungen an den neuromuskulären Zentren. Verbesserung der ambulanten psychosozialen Beratung. Verbesserung der Beratung auf den Gebieten Krankengymnastik und Ergotherapie. Verbesserung der Hilfsmittelberatung. Bereitstellung von nichtinvasiver Heimbeatmung und PEG-Anlage. Adäquate terminale Betreuung (z. B. Hospiz). Enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen (DGM). Qualifikation für Leistungserbringer.	

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 51

Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Progressiver Muskeldystrophie Typ Duchenne

	Definition/Kriterien	Beleg
Versorgungsproblem	Nach der Mukoviszidose zweithäufigste monogene Erberkrankung. Ein Erkrankter auf ca. 3000 gesunde Knaben (X-chromosomale Vererbung). Progressiver Verlauf. Deutliche Lebensverkürzung.	Bakker, E. u. Ommen, v. J. B. (1998)
Gute Versorgung	Nur an neuromuskulären Zentren mit interdisziplinären Muskelsprechstunden und adäquater Erfahrung im Einsatz diagnostischer Methoden (insbesondere Neurophysiologie, Muskel-/Nervenbiopsie, Bildgebung) gewährleistet. Orthopädische (Kontrakturen, Skoliose), pulmonolog. (respirat. Insuffizienz) und kardiolog. Betreuung (Kardiomyopathie).	Birch, J. G. (1998) Birnkrant, D. J. (1999); Ishikwa, Y. et al. (1999)
Unterversorgung	Unzureichende primäre Diagnostik beim niedergelassenen Neurologen/Neuropädiater oder in nicht spezialisierten Kliniken. Einleitung und Überwachung der Therapie der gut behandelbaren autoimmunologischen erworbenen Myopathien ohne enge Anbindung an ein neuromuskuläres Zentrum. Psychosoziale Betreuung, Physik, Therapie, Ergotherapie, Hilfsmittelberatung.	
Überversorgung	Androgene Anabolika. Insulin.	Snyder, P. J. et al. (1999)
Fehlversorgung	Alleinige Betreuung durch den Hausarzt. Keine regelmäßige physikalische Therapie. Inadäquate Hilfsmittel.	
Konsequenzen	Verbesserung der Kooperation zwischen den niedergelassenen Ärzten und den neuromuskulären Zentren.	
Potenzial der Versorgungs-optimierung (Beispiele)	Verbesserung der Überweisungsmodalitäten. Adäquate Honorierung ambulanter Leistungen an den neuromuskulären Zentren. Verbesserung der ambulanten psychosozialen Beratung. Verbesserung der Beratung auf den Gebieten Krankengymnastik und Ergotherapie. Verbesserung der Hilfsmittelberatung. Enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen (DGM). Qualifikation für Leistungserbringer.	

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 52

Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Myasthenia gravis

	Definition/Kriterien	Beleg
Versorgungsproblem	Seltene Erkrankung. Jährliche Inzidenz 3–4/1 000 000. Prävalenz ca. 60–1000/1 000 000.	Somnier, F. E. et al. (1991); Phillips, L. H. (1994)
Gute Versorgung	Nur an neuromuskulären Zentren mit interdisziplinären Muskelsprechstunden und adäquater Erfahrung im Einsatz diagnostischer Methoden (insbesondere Neurophysiologie, Muskel-/Nervenbiopsie, Bildgebung) gewährleistet. Chirurgische Therapie (Thymektomie). Nephrolog. Therapie (Plasmapherese). Intensivmedizin (Myasth. Krisen).	Jaretzki, A. et al. (2000); Toyka, K. V. (1986); Drachman, D. B. (1994)
Unterversorgung	Unzureichende primäre Diagnostik beim niedergelassenen Neurologen/Neuropädiater oder in nicht spezialisierten Kliniken. Einleitung und Überwachung der Therapie der gut behandelbaren autoimmunologischen erworbenen Myopathien ohne enge Anbindung an ein neuromuskuläres Zentrum. Psychosoziale Betreuung, Physik, Therapie, Ergotherapie, Hilfsmittelberatung.	
Überversorgung	Überflüssige Wiederholung von Antikörperbestimmungen.	
Fehlversorgung	Alleinige Betreuung durch den Hausarzt. Keine regelmäßige physikalische Therapie. Inadäquate Hilfsmittel.	
Konsequenzen	Verbesserung der Kooperation zwischen den niedergelassenen Ärzten und den neuromuskulären Zentren.	
Potenzial der Versorgungs-optimierung (Beispiele)	Verbesserung der Überweisungsmodalitäten Adäquate Honorierung ambulanter Leistungen an den neuromuskulären Zentren. Verbesserung der ambulanten psychosozialen Beratung. Verbesserung der Beratung auf den Gebieten Krankengymnastik und Ergotherapie. Verbesserung der Hilfsmittelberatung. Enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen (DGM). Qualifikation für Leistungserbringer.	

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 53

Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Polymyositis und Dermatomyositis

	Definition/Kriterien	Beleg
Versorgungsproblem	Seltene, erworbene, immunogene entzündliche Muskelkrankheiten, z. T. als paraneoplastisches Syndrom. Inzidenz 1–9,3/1 000 000.	Engel, A. G. et al. (1994);
Gute Versorgung	Nur an neuromuskulären Zentren mit interdisziplinären Muskelsprechstunden und adäquater Erfahrung im Einsatz diagnostischer Methoden (insbesondere Neurophysiologie, Muskel-/Nervenbiopsie, Bildgebung) gewährleistet. Kooperation mit Internisten (insbes. Rheumatologen, Onkologen). Kooperation mit Dermatologen.	Pongratz, D. u. Dalakas, M. C. (1996)
Unterversorgung	Unzureichende primäre Diagnostik beim niedergelassenen Neurologen/Neuropädiater oder in nicht spezialisierten Kliniken. Einleitung und Überwachung der Therapie der gut behandelbaren autoimmunologischen erworbenen Myopathien ohne enge Anbindung an ein neuromuskuläres Zentrum. Psychosoziale Betreuung, Physik, Therapie, Ergotherapie, Hilfsmittelberatung.	
Überversorgung	Extensive Autoantikörperdiagnostik.	
Fehlversorgung	Alleinige Betreuung durch den Hausarzt. Keine regelmäßige physikalische Therapie. Inadäquate Hilfsmittel.	
Konsequenzen	Verbesserung der Kooperation zwischen den niedergelassenen Ärzten und den neuromuskulären Zentren.	
Potenzial der Versorgungs-optimierung (Beispiele)	Verbesserung der Überweisungsmodalitäten. Adäquate Honorierung ambulanter Leistungen an den neuromuskulären Zentren. Verbesserung der ambulanten psychosozialen Beratung. Verbesserung der Beratung auf den Gebieten Krankengymnastik und Ergotherapie. Verbesserung der Hilfsmittelberatung. Enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen (DGM). Qualifikation für Leistungserbringer.	

Quelle: Eigene Darstellung

6.3.4 Neuromuskuläre Zentren

810. Die definitive Diagnose einer speziellen neuromuskulären Erkrankung, die Festlegung einer Therapie sowie die Verlaufsbeobachtung sind spezifische Aufgaben so genannter neuromuskulärer Zentren (NMZ). Diese wurden in Deutschland zwar in mindestens ausreichender Zahl gegründet, sie werden jedoch nicht immer adäquat herangezogen.

Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e. V. (Stand: 1999) existieren bzw. befinden sich an folgenden Orten in Deutschland neuromuskuläre Zentren:

Tabelle 54

Standorte neuromuskulärer Zentren in Deutschland

Bundesland	Standort
Baden-Württemberg	Mannheim-Heidelberg, Stuttgart, Ulm, Freiburg
Bayern	Würzburg, Nürnberg-Erlangen-Rummelsberg, Augsburg, Regensburg, München
Brandenburg	Potsdam, Brandenburg, Schwedt, Frankfurt/Oder, Cottbus
Hessen	Frankfurt/Main, Darmstadt, Marburg-Gießen
Mecklenburg-Vorpommern	Greifswald
Niedersachsen	Hannover, Göttingen
Nordrhein-Westfalen	Münster, Datteln, Bochum, Duisburg, Oberhausen, Essen, Wuppertal, Düsseldorf, Aachen, Köln, Bonn
Rheinland-Pfalz	Mainz
Saarland	Homburg
Sachsen	Dresden, Leipzig
Sachsen-Anhalt	Magdeburg, Halle
Schleswig-Holstein	Kiel, Lübeck
Stadtstaaten	Bremen, Hamburg, Berlin
Thüringen	Erfurt, Jena

Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der DGM (1999)

811. Abbildung 32 (S. 269) stellt die Struktur eines Muskelzentrums nach Maßgabe von strukturellen Qualitätskriterien dar, wie sie der Sprecherrat der Muskelzentren im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e. V. festgelegt hat (vgl. Tabelle 55).

Tabelle 55

Qualitätskriterien für die Muskelzentren der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e. V.

Zwingende Voraussetzungen für ein Muskelzentrum sind:

- Regelmäßige ambulante Sprechstunden von Neurologen und Neuropädiatern sowie stationäre Betten mit der Möglichkeit der intensivmedizinischen Betreuung einschließlich Beatmung.
- Die Fachbereiche der Neurologie, Neuropädiatrie, Kardiologie und Pulmologie müssen vertreten und eine humangenetische Beratung möglich sein.

Zusätzlich gewünschte Fachbereiche sind:

- Orthopädie, Rheumatologie sowie eine Sozial- und Hilfsmittelberatung und eine beratende Physiotherapie.
- Im Rahmen der diagnostischen Möglichkeiten müssen neurophysiologische Untersuchungen durchführbar sowie bildgebende Verfahren vor Ort möglich sein. Muskelbiopsien sollten vor Ort entnommen und untersucht werden können.
- Biochemische und molekularbiologische Untersuchungsverfahren müssen nicht vor Ort vorgehalten werden und sind auch in Kooperation mit anderen Zentren möglich.

Allgemeine Voraussetzungen für ein Muskelzentrum der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke (DGM):

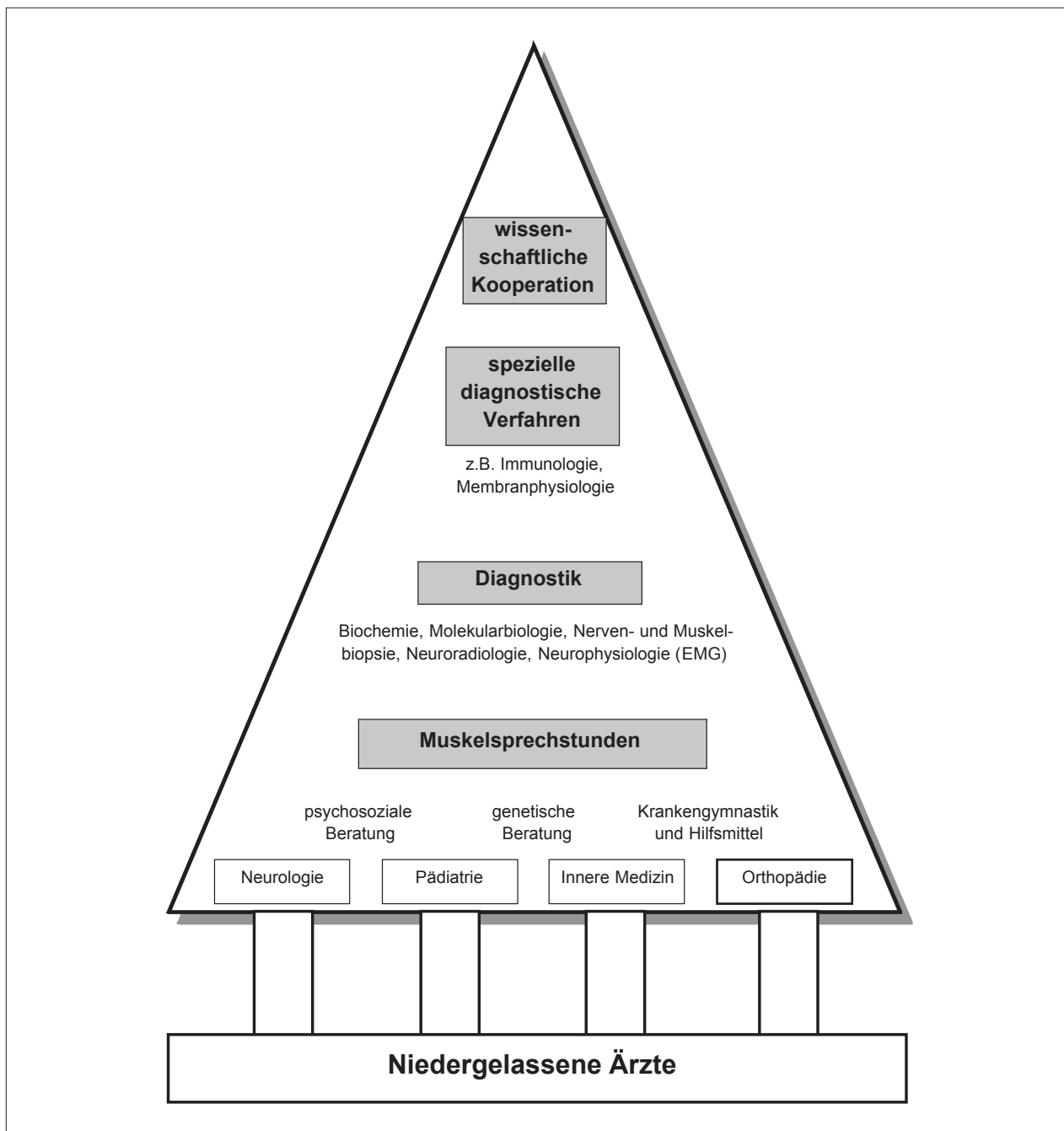
- ist auch eine ausreichende Anzahl von Muskelkranken in der Betreuung sowie dazu ein regelmäßiges Sprechstundenangebot.
- Innerhalb des Muskelzentrums sollen gemeinsame, interdisziplinäre Sitzungen und Fallbesprechungen stattfinden.
- Eine Zusammenarbeit mit der jeweiligen Landesgruppe ist unbedingt notwendig.

Quelle: Bei der Sitzung der Sprecher der Muskelzentren am 27. September 2000 in Baden-Baden beschlossene Kriterien

812. Diese Qualitätskriterien sind offenbar nicht überall erfüllt. Auch scheint der Fortbestand der Muskelzentren nicht überall gesichert. Bisher fehlt vor allem eine unabhängige, objektive Zertifizierung der Deutschen Muskelzentren. Trotz der Plausibilität, die in der Behauptung zu sehen ist, dass teure Spezialisten diese *orphan diseases* besser versorgen, fehlen bisher Studien, die den besseren Outcome bei der Versorgung dieser Kranken in neuromuskulären Zentren objektiv erkennen ließen. Solche Versorgungsforschungsstudien würden den hier dargestellten subjektiven Wünschen zweifellos Nachdruck verleihen. Schließlich empfiehlt der Rat zu prüfen, ob Mindestfallzahlen für die einzelnen neuromuskulären Erkrankungen im Sinne von Qualitätsindikatoren als Voraussetzung für die Anerkennung als NMZ eingeführt werden sollten (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II, Ziffer 355–357).

Abbildung 32

Empfohlene Struktur von neuromuskulären Zentren



Quelle: Eigene Darstellung nach Empfehlungen der DGM (2000)

6.3.5 Leitlinien

813. Tabelle 56 (S. 270) zeigt als Beispiel eine Methodenbewertung, die einer Leitlinie zur Diagnostik der Polymyositis/Dermatomyositis zugrunde zu legen wäre. Es existieren zwar Leitlinien der AWMF zur amyotrophen Lateralsklerose, Muskeldystrophie Duchenne/Becker und zur Myasthenie (<http://www.uni-duesseldorf.de/AMWF>), aber diese

Leitlinien sind im Hinblick auf Methodenbewertung und evidenzbasierte Medizin verbesserungsbedürftig. Verlässliche Daten zur Umsetzung dieser Leitlinien fehlen bisher.

6.3.6 Fazit und Empfehlungen

814. Neuromuskuläre Erkrankungen im engeren Sinne sind vielfältig und selten. Ihre Erkennung und Behandlung erfor-

dert spezifische Erfahrungen. Ihre Seltenheit führt u. a. seitens der Betroffenenorganisation zu der Forderung, neuromuskuläre Zentren (NMZ) zur Bündelung der notwendigen Kompetenz und zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung zu bilden. Diese Zentren müssten insbesondere auch von Neurologen vermehrt in die Versorgung eingeschaltet werden (Schnittstellenproblematik). Es handelt sich um ein Beispiel von erforderlicher Kompetenzbündelung bei *orphan diseases*.

815. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der neuromuskulären Zentren scheinen ebenso wie deren Fortbestand nicht überall gesichert; sie bedürfen einer unabhängigen objektiven Zertifizierung und der Festlegung von Mindestfallzahlen. A prima facie erscheint die Bündelung der Kompetenz in NMZ plausibel. Es bedarf allerdings der Doku-

mentation der Versorgungsverbesserung oder evaluierbarer Modellansätze. Die Finanzierung solcher Kompetenzzentren bedarf vor Abschluss derartiger Modelle dauerhaft tragfähiger struktureller Rahmenbedingungen. Dafür fühlen sich allerdings gegenwärtig weder kassenärztliche Vereinigungen – angesichts der hohen quantitativen Kapazitäten niedergelassener Ärzte und der bestehenden Budgetierung – noch die Universitätsklinika – angesichts der Finanzprobleme ihrer Hochschulambulanzen (SG 1997, Ziffer 184 ff.) – zuständig.

In der Konsequenz erfordert daher aus Sicht des Rates die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen ein verstärktes Engagement aller beteiligten Akteure, einschließlich des Gesetzgebers und der Krankenkassen, im Sinne eines strukturierten, evidenzbasierten interdisziplinären Konsensfindungsprozesses.

Tabelle 56

**Methodenbewertung als Bestandteil von Leitlinien
am Beispiel einer Leitlinie zur Diagnostik
der Polymyositis/Dermatomyositis**

Diagnoseschritt	Methoden	Bewertung
Labor	CK im Serum	In 95 % aller floriden Formen stark erhöht.
	BKS, CRP	Nur in 50–60 % aller immunogenen Myositiden pathologisch (besonders bei akuten Formen).
	myositisspezifische Autoantikörper	Nur in 40–60 % aller Fälle pathologisch; vor allem bei Dermatomyositis/Overlap-Syndromen sowie bei akuter Polymyositis; praktisch nie bei primär chron. Polymyositis und Einschlusskörpermyositis.
EMG	Path. Spontanaktivität in Ruhe plus sog. Myopathiemuster bei Willkürinnervation	Sehr typisch, aber nicht spezifisch. Allenfalls orientierende Untersuchung durch niedergelassene Neurologen zur Diagnosefindung. Ausführliche Untersuchung im Muskelzentrum unmittelbar vor Durchführung der Biopsie (Cave: Artefakte im Stichkanal).
Bildgebende Verfahren	Myosonographie Computertomographie Kernspintomographie	Wenig sensitiv, nur in der Hand des Erfahrenen. Entbehrlich bis auf spezielle Fragen (z. B. Kalk); Strahlenbelastung! Bei akuten Formen Nachweis eines Muskelödems in T2-betonten Sequenzen (häufig, wenn Klinik, CK und EMG richtungsweisend, für Auswahl der Biopsiestelle nicht nötig!) Bei chronischen Formen zur Auswahl der Biopsiestelle immer empfehlenswert; fettunterdrückende Sequenz (STIR)!
Muskelbiopsie	Nur in speziellen Einrichtungen: Histologie Enzymhistologie (Gefrierschnitt) Immunhistologie (Gefrierschnitt) Elektronenmikroskopie (Glutaraldehyd-Einbettung)	Dermatomyositis: Polymyositis vom perifaszikulären Typ (Histologie), Vasculitis (Histologie), C5b9 Komplementablagerungen (Immunhistologie), tubulovesikuläre Einschlüsse (Elektronenmikroskopie), Infiltrate mit vorwiegend B-Lymphozyten + CD4 ⁺ -Lymphozyten (Immunhistologie). Polymyositis: Diffuse Polymyositis (Histologie), vorwiegend CD8 ⁺ -Lymphozyten (Immunhistologie), Invasion von CD8 ⁺ -Lymphozyten in noch nicht nekrotische Muskelfasern (Immunhistologie). Elektronenmikroskopie: Differentialdiagnose vakuolärer Degenerationen (DD Einschlusskörpermyositis).

Quelle: Eigene Darstellung

6.4 Rettungswesen

6.4.1 Das Rettungswesen als gesundheitspolitisches Handlungsfeld

816. Die Weiterentwicklung des Rettungswesens einschließlich der Notfallmedizinischen Versorgung wurde auf der Bundesebene bisher nicht als ein prioritäres gesundheitspolitisches Handlungsfeld angesehen. Ein Grund dafür ist, dass dieser Bereich des Gesundheitssystems verfassungsrechtlich in den Zuständigkeitsbereich der Bundesländer fällt und in Rettungsdienstgesetzen bzw. in Feuerwehrgesetzen der Länder geregelt wurde.

817. Der Sachverständigenrat hat sich in seinem Jahresgutachten 1991 (Ziffer 243 ff.) und erneut in dem Sondergutachten 1995 (Ziffer 426 ff.) mit Fragen der Notfallrettung und des Krankentransports befasst. Dabei wurden Vorschläge zur Steigerung der Effektivität und Effizienz des Rettungswesens vorgelegt, die bisher nicht oder nicht vollständig umgesetzt wurden. Anlass für eine erneute, kritische Auseinandersetzung mit dem Rettungswesen bieten

- ein steigendes Einsatzaufkommen in der Notfallrettung und im Krankentransport,
- die Steigerung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für „Fahrtkosten“, die auch Ausgaben für das Rettungswesen enthalten (§ 60 SGB V),
- Interdependenzen zwischen dem Rettungsdienst, der ambulanten ärztlichen Versorgung und der Krankenhausversorgung,
- die Notwendigkeit der Qualitätssicherung, die prinzipiell für alle Bereiche des Gesundheitssystems gilt,
- die Bedeutung einer qualifizierten präklinischen Versorgung von Notfallpatienten für die nachgelagerte Versorgung,
- die Vermutung von Effizienzreserven im Rettungswesen sowie
- mögliche strukturelle Veränderungen in der Krankenhausversorgung nach der Einführung von Diagnosis Related Groups (DRG) mit Auswirkungen auf die Notfallversorgung.

818. Vor allem die Notwendigkeit einer bei steigendem Einsatzaufkommen unter Qualitäts- wie unter Effizienzaspekten tragfähigen Organisation des Rettungswesens inklusive der Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen spricht dafür, die bestehenden Regelungen für das Rettungswesen regelmäßig zu überprüfen und bei Bedarf weiterzuentwickeln. Bisher wird diese Aufgabe vor allem vom Ausschuss „Rettungswesen“, der dem Arbeitskreis V der Innenministerkonferenz („Feuerwehrangelegenheiten, Rettungswesen, Katastrophenschutz, zivile Verteidigung“) und der Arbeitsgemeinschaft Oberster Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zugeordnet ist, wahrgenommen. Mitglieder des Ausschusses sind die Länder, jeweils vertreten durch ihr Sozial- oder Innenministerium, ständige Gäste sind das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, das Bundesministerium des Inneren und das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen, das Bundesministerium der Verteidigung, der Deutsche Städtetag, der Landkreistag und der Deutsche Städte- und Gemeindebund. Eine möglichst enge Abstimmung zwischen Bund und Ländern unter Einbeziehung der Krankenversicherung ist im Hinblick auf die Inter-

dependenzen zwischen dem Rettungswesen und anderen Leistungsbereichen und insbesondere auch vor dem Hintergrund der Einführung eines neuen Vergütungssystems in der Krankenhausversorgung mit möglichen Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur notwendig.

6.4.2 Leistungen und Ausgabenentwicklung im Rettungswesen

6.4.2.1 Einsatzaufkommen und Infrastruktur des Rettungsdienstes

819. Der Rettungsdienst führte im Zeitraum 2000/2001 nach einer Hochrechnung pro Jahr rund 10,3 Millionen Einsätze²¹¹ durch, wovon 57 % auf die Kategorie Krankentransport entfielen. Die Zahl der Notfalleinsätze lag bei rund 4,4 Millionen und damit bei 43 % des gesamten Einsatzaufkommens. Bei fast der Hälfte (47 %) der Notfalleinsätze war ein Notarzt beteiligt (Schmiedel, R. 2002).

Tabelle 57 weist die Entwicklung des Einsatzaufkommens aufgrund von Notfällen nach Einsatzanlass aus. Die neuen Bundesländer sind ab 1992/1993 berücksichtigt.

Tabelle 57

Entwicklung des Aufkommens an Notfalleinsätzen nach Einsatzanlass in Deutschland^{a)}

Zeitraum	Notfälle (mit und ohne Notarztbeteiligung) in 1 000 Einsätzen					Insgesamt
	Verkehrsunfall	Arbeitsunfall	Sonstiger Unfall	Inter-nist. Not-fall	Sonstiger Not-fall	
1985	272	48	265	820	325	1 730
1986/87	280	53	278	830	339	1 780
1988/89	307	57	281	828	437	1 910
1990/91	304	50	308	1 008	490	2 160
1992/93	398	75	438	1 479	810	3 200
1994/95	398	63	473	1 483	939	3 356
1996/97	312	53	457	1 557	1 088	3 467
1998/99	318	52	537	1 778	1 337	4 022
2000/01	268	57	692	1 853	1 560	4 430

a) Die neuen Bundesländer sind ab 1992/1993 berücksichtigt.

Quelle: Schmiedel, R. (2002)

Das Einsatzaufkommen im Rettungsdienst hat sich im Verlauf der 1990er Jahre für die verschiedenen Einsatzanlässe unterschiedlich entwickelt, ist aber insgesamt deutlich gestiegen. Zu der aus Tabelle 57 ersichtlichen Zunahme des Notfallaufkommens tragen insbesondere internistische Not-

²¹¹ Die Zahl der Einsatzfahrten lag bei 11,9 Millionen und damit höher als die Zahl der Einsätze, da auf einen Einsatz mehrere Fahrten entfallen können bzw. im „Rendezvous“-System mehrere Fahrzeuge eingesetzt werden.

fälle, die zwischen 1992/1993 und 2000/2001 bundesweit um 25 % gestiegen sind, und „sonstige Notfälle“, zu denen u. a. Folgen von Verbrechen, Suizidversuche und die Betreuung hilfloser Personen, aber auch dringende Blut- und Organtransporte gehören, mit einer Steigerung von 93 % seit 1992/1993 bei. Um 58 % gestiegen ist seit 1992/1993 auch die Zahl der „sonstigen Unfälle“, die Haus-, Sport- und Freizeitunfälle umfassen. Die Zahl der Verkehrsunfälle ist rückläufig. Arbeitsunfälle sind als Anlass von Notfallrettungseinsätzen von nachgeordneter Bedeutung.

820. Bei internistischen Notfällen erfolgt in knapp 60 % der Fälle eine notärztliche Versorgung, bei Verkehrsunfällen in 46,3 %, bei sonstigen Notfällen in 44,9 % und bei sonstigen Unfällen in 19,3 % der Einsätze. Die Zahl der rettungsdienstlichen Notfalleinsätze pro 1 000 Einwohner und Jahr variierte im Erfassungszeitraum 2000/2001 zwischen 39,0 in verstäderten Regionen und 46,9 in Agglomerationsräumen. Die Zahl der Notarzteinsätze pro 1 000 Einwohner und Jahr hat sich im Verlauf der letzten Jahre zwischen den verschiedenen Siedlungstypen angeglichen und lag im Zeitraum 2000/2001 im Bundesdurchschnitt bei 21,9 (Schmiedel, R. 2002).

821. Die meisten Notfälle, die durch Notärzte versorgt werden, ereignen sich im häuslichen Umfeld (56 %). Straßen sind in ca. 19 % der Fälle Einsatzort für den Notarzt. Die Verteilung der Notfallorte fällt noch eindeutiger zu Gunsten der Wohnung aus, wird der Herz-Kreislaufstillstand als relativ häufiger (zumeist internistischer) Einsatzanlass betrachtet (vgl. Tabelle 58).

Tabelle 58

Einsatzorte von Notärzten (Angaben in Prozent)

	Alle Einsatz- anlässe ^{a)}	Nur Herz-Kreis- laufstillstand (Deutschland) ^{b)}
Wohnung	56,0	60,4
Alten- oder Pflege- heim	k. A.	4,9
Straße	19,3	13,6
Arbeitsplatz	3,1	2,6
Arztpraxis	7,3	k. A.
sonstige Einsatz- orte oder fehlende Angaben	14,3	18,5

a) Donner-Banzhoff, N. et al. 1999, 1 150 ausgewertete Notarzteinsätze, ländliche Region Mittelhessen.

b) Bahr, J. et al. 2001, 1 825 ausgewertete Notarzteinsätze bei Patienten mit Herz-Kreislaufstillstand, Region Göttingen; vgl. auch die Studie von Pell, J. P. et al. 2002, die 15 189 Einsätze des Scottish Ambulance Service bei Herz-Kreislaufstillstand in ganz Schottland untersuchten.

Quelle: Eigene Darstellung

822. Für den Zeitraum 2003/2004 wird für den Rettungsdienst ein um voraussichtlich 4 % auf ca. 10,7 Millionen Einsätze (Notfälle und Krankentransport) weiter steigendes Aufkommen geschätzt, wobei das Notfallaufkommen ohne Beteiligung eines Notarztes nach dieser Schätzung geringfügig

abnimmt, das Notfallaufkommen unter Beteiligung eines Notarztes und vor allem das Aufkommen an Krankentransporten dagegen zunimmt (Schmiedel, R. 2002).

823. Wesentliche Planungsgrößen der Infrastruktur im Rettungswesen sind Rettungsmittel, Rettungswachen und Leitstellen. Als bodengebundene Rettungsmittel dienen in erster Linie Notarztwagen (NAW), Rettungswagen (RTW) und Notarzteinsetzfahrzeug (NEF). Der NAW unterscheidet sich durch die Anwesenheit eines Notarztes und durch eine erweiterte Ausstattung vom RTW. Bei einem NEF handelt es sich um einen Pkw mit erweiterter Ausstattung, der nicht für den Transport von Notfallpatienten vorgesehen ist. Zu den Rettungsmitteln werden auch Krankentransportwagen (KTW) gezählt, obwohl Notfallpatienten zumeist per Notarzt- oder Rettungswagen transportiert werden. Der Bestand von rd. 7 700 Fahrzeugen im öffentlichen Rettungsdienst setzt sich zu 44 % aus Rettungswagen, zu 35 % aus Krankentransportwagen, zu 15 % aus Notarzteinsetzfahrzeugen und zu 4 % aus Notarztwagen zusammen. Rund die Hälfte der mit einer Besetzung vorgehaltenen Fahrzeug-Jahresstunden entfallen auf Rettungswagen (Bundesanstalt für Straßenwesen 1998, Schmiedel, R. 2002).

824. Im bodengebundenen Notarztdienst haben sich zwei Organisationsformen entwickelt:

- Stationssystem: Ein Notarztwagen (NAW) ist an einem Krankenhaus oder in einer Rettungswache stationiert. Im Alarmfall rückt er mit dem Notarzt von seinem Stationierungsort zum Notfallort aus.
- „Rendezvous“-System: Ein Notarzteinsetzfahrzeug (NEF) transportiert den Notarzt zum Einsatzort. Unabhängig davon fährt ein Rettungswagen (RTW) den Einsatzort an.

Das „Rendezvous“-System erwies sich als die flexiblere, sowohl unter ökonomischen als auch unter notfallmedizinischen Gesichtspunkten günstigere Organisationsform für die bodengebundene Notarztversorgung und hat deshalb an Bedeutung gewonnen. Der bodengebundene Rettungsdienst verfügt bundesweit über mehr als 1 000 Notarztstandorte, von denen sich ca. 87 % des Rendezvous-Systems und ca. 9 % des Stationssystems bedienen. An etwa 4 % der Notarztstandorte werden beide Organisationsformen oder Mischformen verwendet (Bundesanstalt für Straßenwesen 1998, Schmiedel, R. 2002).

825. Die Luftrettung bzw. der Transport durch Rettungshubschrauber (RTH) ergänzt den bodengebundenen Rettungsdienst als weitere Organisationsform im Rettungswesen. Neben RTH werden Intensiv-Transport-Hubschrauber (ITH) und Ambulanzhubschrauber (AHS) für eine Verlegung von Patienten und für Organtransporte eingesetzt. SAR (*Search And Rescue*)-Hubschrauber und bei Großschadensereignissen einsetzbare Großraumrettungshubschrauber der Bundeswehr werden nicht zur Infrastruktur des Rettungsdienstes gerechnet, unterstützen diesen aber bei Bedarf.

826. Einsatzfahrten, bei denen keine rettungsdienstlichen Maßnahmen vor Ort oder Transporte durchgeführt bzw. die abgebrochen werden, gelten als „Fehlfahrten“. Die Zahl der „Fehlfahrten“ lag im Zeitraum 2000/2001 bei mehr als 967 000, die Fehlfahrtquote bei ca. 8 %. Mit 650 000 „Fehlfahrten“ entfiel der überwiegende Teil der Fehleinsätze auf Notfallfahrten (Schmiedel, R. 2002).

827. Im Jahr 2000 wurden mehr als 321 Rettungsleitstellen betrieben, von denen rund 80 % als „integrierte“ Leitstellen angelegt sind, die außer rettungsdienstlichen Aufgaben auch andere Funktionen – vor allem im Brand- und Katastrophenschutz – wahrnehmen, während den übrigen 20 % ausschließlich rettungsdienstliche Aufgaben (Notfallrettung, Notarztendienst, qualifizierter Krankentransport) zugewiesen wurden. Vor allem aufgrund von Strukturveränderungen in den neuen Bundesländern nahm die Zahl der Leitstellen seit 1994 um 77 ab. Die Zahl der Leitstellen wird durch Zuschnitt und Größe der Rettungsdienstbereiche determiniert. Derzeit decken sich Rettungsdienstbereiche häufig noch mit den Gebieten von Kreisen bzw. kreisfreien Städten. Eine theoretische Untergrenze für die Zahl der Rettungsdienstbereiche ergibt sich – bleiben technologische und organisatorische Gesichtspunkte unberücksichtigt – aus der Zuständigkeit der Bundesländer für den Rettungsdienst. Bei maximaler Ausdehnung eines Rettungsdienstbereichs deckt sich dieser mit der Fläche des jeweiligen Bundeslandes, soweit nicht benachbarte Bundesländer bzw. Flächenländer und Stadtstaaten kooperieren und damit noch größere Rettungsdienstbereiche ermöglichen. Die gewachsene Struktur der Rettungsdienstbereiche wurde seinerzeit auch durch funktentechnische Möglichkeiten beeinflusst. Neue Entwicklungen in der Informations- und Kommunikationstechnologie seit den 1970er Jahren erlauben eine großräumigere Planung. Dabei wird die Bediensicherheit und Schnelligkeit weniger durch die Zahl der Leitstellen als durch ihre Kapazität und technische Ausstattung, durch die Zahl und die Standortverteilung der Rettungswachen und Rettungsmittel sowie durch die Fahrzeug- und Einsatzstrategien bestimmt. Im Jahr 2000 umfasste der von einer Leitstelle versorgte Rettungsdienstbereich im Durchschnitt eine Fläche von 1 100 qkm, eine zu versorgende Bevölkerung von 250 000 Einwohnern, vier Notarztstandorte und sieben Rettungswachen. Dabei sind 90 % der insgesamt 1 800 in Deutschland betriebenen Rettungswachen ständig, weitere 8 % nur zeitweise mit einem RTW besetzt. 2 % der Rettungswachen verfügen lediglich über KTW (Schmiedel, R. 2002).

828. Die jährlichen Betriebskosten einer Leitstelle wurden für das Jahr 1994 auf 1 Mio. bis 1,5 Mio. DM geschätzt. Weiterhin wurde geschätzt, dass ca. 10 % der Kosten des Rettungsdienstes auf den Betrieb von Leitstellen entfallen. Unabhängig von der Höhe bzw. Aktualität derartiger Schätzungen zeigen Analysen der Leistungsdaten von Leitstellen und von Einsatzdaten der zugeordneten Rettungsdienststandorte, dass die Zuständigkeitsgebiete von Leitstellen häufig ohne Qualitätseinbußen vergrößert werden könnten. Eine weitere Verringerung der Zahl der Leitstellen ist daher aus Effizienzgründen anzustreben. Unter Anwendung bayerischer Orientierungswerte wurden ca. 135 Leitstellen für das gesamte Bundesgebiet als gegebenenfalls ausreichend diskutiert (Bundesanstalt für Straßenwesen 1998, Behrendt, H. u. Schmiedel, R. 2001b).

829. Einen wesentlichen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes hat die Zahl und Qualifikation seiner Mitarbeiter. Im Jahr 2000 waren rund 31 800 Mitarbeiter hauptamtlich im öffentlichen Rettungsdienst beschäftigt; hinzu kamen knapp 4 200 Zivildienstplätze und ca. 3,7 Millionen ehrenamtlich geleistete Stunden, die einem Personalleistungsäquivalent von ca. 1 880 hauptamtlich beschäftigten Personen entsprechen. Die Proportion im Personaleinsatz

(hauptamtliches Personal : Zivildienstleistende : ehrenamtlich geleistete Arbeitszeit) lag bei 85 : 9 : 6. Pro Rettungsdienstbereich wurden durchschnittlich 118 hauptamtlich beschäftigte Personen und Zivildienstleistende eingesetzt. Im Hinblick auf die Qualifikation des Rettungsdienstpersonals lag das Verhältnis von Rettungsassistenten zu Rettungssanitätern und Rettungshelfern bei 62 : 31 : 7 (Schmiedel, R. 2002).

6.4.2.2 Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für den Rettungsdienst

830. Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für den Rettungsdienst werden unter die Ausgabenposition „Fahrkosten“ (§ 60 SGB V) subsumiert. Die Ausgaben der GKV für „Fahrkosten“ erhöhten sich in dem Zeitraum von 1996 bis 2001 stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen und damit die Finanzierungsmöglichkeiten der GKV bei konstanten Beitragssätzen, -bemessungsgrundlagen und -grenzen (Abbildung 33, S. 274)²¹². Dies gilt auch für andere Leistungsarten. „Fahrkosten“ gehören aber mit einer – wenn auch nur geringen – Steigerung von 1,7 % auf 2,0 % der gesamten Leistungsausgaben der GKV neben Arzneimitteln (Steigerung von 14,4 % auf 17,1 %), Verwaltungskosten (von 5,4 % auf 5,9 %), Anschlussheilbehandlung (von 0,8 % auf 1,1 %) und Krankenhausbehandlung (von 34,2 % auf 34,3 %) zu den wenigen Leistungsarten, deren prozentualer Anteil an den gesamten Leistungsausgaben der GKV in diesem Zeitraum gestiegen ist. Der Anteil der übrigen Leistungsarten wie z. B. ärztliche Behandlung (von 16,6 % auf 16,1 %) ging dagegen zwischen 1996 und 2001 zurück.

831. „Fahrkosten“ enthalten nach § 60 SGB V außer den Ausgaben für den bodengebundenen Rettungsdienst (Notfallrettung und qualifizierter Krankentransport mit RTW, NAW bzw. KTW) auch Ausgaben für Flugrettung sowie für Krankenfahrten, die nicht vom Rettungsdienst, sondern z. B. per Taxi oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln durchgeführt werden. Tabelle 59 (S. 274) weist die Struktur und Entwicklung der von der GKV getragenen „Fahrkosten“ für die Jahre 1993 bis 2001 aus.

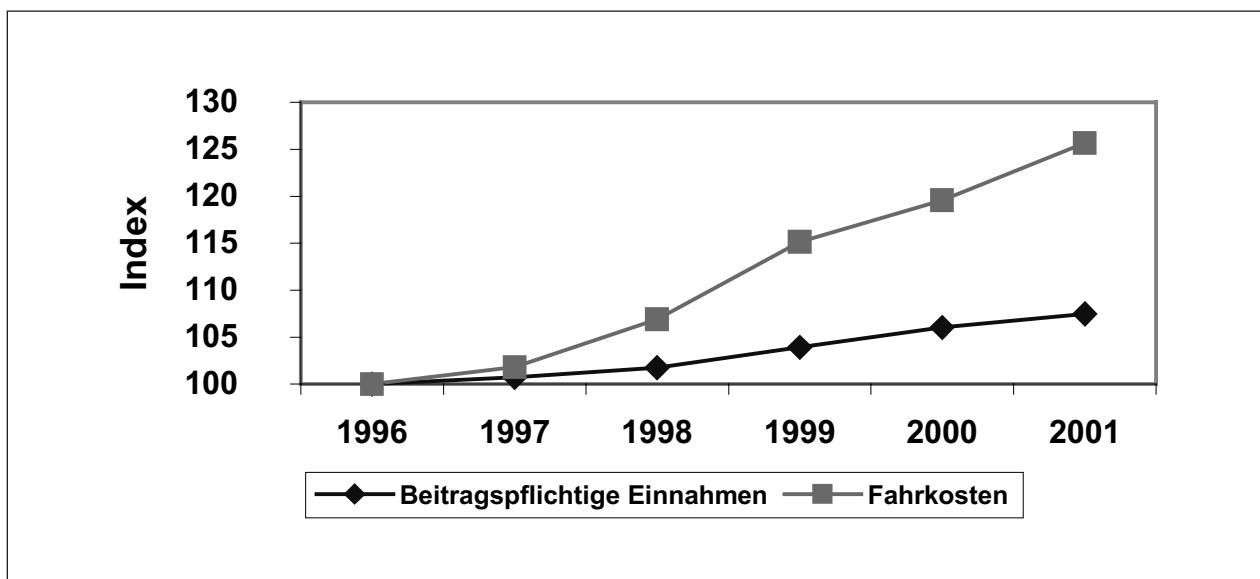
Die gesamten Ausgaben der GKV für „Fahrkosten“ stiegen im Zeitraum 1993 bis 2001 von 1,5 auf rund 2,6 Mrd. Euro und damit um ca. 70 %. Der Einsatz von RTW, die nicht nur für die Notfallrettung, sondern auch für qualifizierte Krankentransporte verwendet werden, begründet mit 755 Mio. Euro im Jahr 2001 den höchsten Einzelposten, gefolgt von Krankenfahrten mit Taxen und Mietwagen mit 628 Mio. Euro. Der Anteil der Kosten für „einfache“ Krankenfahrten mit Taxen und Mietwagen lag im Jahr 2001 bei 24,3 % der gesamten „Fahrkosten“. Die höchsten Steigerungsraten sind im Zeitraum 1993 bis 2001 bei den „sonstigen Fahrkosten“²¹³ (122,9 %), bei dem Einsatz von RTW (120,7 %) und bei Taxen und Mietwagen (115,5 %) festzustellen (vgl. Tabelle 59).

²¹² Für diesen Zeitraum liegen Angaben zur Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen einschließlich der Rentner nach § 267 SGB V vor.

²¹³ Unter „sonstige Fahrkosten“ fallen nach dem Kontenrahmen für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung Fahrkosten bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln und privaten Kfz, Kosten der Bergwacht, Kosten für den Einsatz von Seenot-Rettungskreuzern und alle übrigen unter den vorstehenden Positionen nicht erfassten Fahrkosten.

Abbildung 33

Entwicklung der „Fahrkosten“ und beitragspflichtigen Einnahmen der GKV von 1996 bis 2001



Quelle: BMGS und eigene Berechnung

Tabelle 59

Ausgabenentwicklung bei „Fahrkosten“ in der GKV (Euro)

Jahr	Flugret- tung	KTW	RTW	NAW	Steuern und Mietwagen	Sonstige Fahrkosten	Fahrkosten insgesamt
1993	50 971 863	444 188 415	341 906 540	310 108 371	291 343 200	67 651 639	1 523 439 077
1994	59 674 521	433 716 031	453 732 751	371 106 740	352 324 349	88 370 973	1 778 423 570
1995	68 132 530	456 234 728	491 992 014	397 189 336	421 175 962	121 051 780	1 955 776 350
1996	71 411 392	470 211 427	511 645 430	408 522 583	461 309 366	132 026 120	2 055 126 318
1997	76 478 163	449 159 567	543 931 996	441 284 182	463 669 660	118 192 718	2 092 716 286
1998	77 171 404	456 814 642	601 070 501	456 750 122	484 874 376	120 816 481	2 197 497 526
1999	80 113 147	453 567 343	661 743 154	495 346 479	538 050 590	137 966 936	2 366 787 649
2000	81 343 772	454 228 356	705 412 144	500 360 263	576 514 014	139 942 733	2 457 801 282
2001	86 242 013	453 478 104	754 750 792	509 707 088	627 901 016	150 786 564	2 582 865 577
Steigerung in %	69,2	2,1	120,7	64,4	115,5	122,9	69,5

Quelle: BMGS; eigene Berechnung

832. Rechtsgrundlage für die Finanzierung von Leistungen des Rettungsdienstes durch die gesetzliche Krankenversicherung sind § 60 SGB V, der die Übernahme von „Fahrkosten“ als Leistung von Krankenkassen vorsieht, und § 133 SGB V, der die Beziehungen zu Leistungserbringern in der Versorgung mit Krankentransportleistungen regelt. Nach § 60 Abs. 2 SGB V werden die einen Eigenanteil von 13 Euro übersteigenden „Fahrkosten“ bei Rettungsfahrten zum Kran-

kenhaus übernommen. Dies gilt auch dann, wenn keine stationäre Behandlung erforderlich ist.

833. § 133 SGB V sieht, soweit nicht Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, den Abschluss von Verträgen über die Vergütung rettungsdienstlicher Leistungen zwischen den Kranken-

kassen bzw. ihren Verbänden und geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen vor. Dabei sind das Gebot der Beitragsstabilität (§ 71 Abs. 1 bis 3 SGB V), die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung und Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu berücksichtigen (§ 133 SGB V). Preisvereinbarungen sollen sich an preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten ausrichten. § 133 Abs. 2 SGB V räumt Krankenkassen im Falle der Festlegung von Entgelten für Leistungen des Rettungsdienstes durch landes- und kommunalrechtliche Bestimmungen das Recht ein, ihre Leistungspflicht zur Übernahme von Kosten auf Festbeträge in Höhe des Entgelts für vergleichbare Leistungen zu begrenzen, sofern

- den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden vor der Festsetzung der Entgelte keine Gelegenheit zur Erörterung gegeben wurde,
- bei der Entgeltbemessung Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung berücksichtigt worden sind, die durch eine über die Wahrnehmung der Sicherstellung von Leistungen des Rettungsdienstes hinausgehende öffentliche Aufgabe der Einrichtungen bedingt sind oder
- die Leistungserbringung gemessen an den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsverpflichtungen unwirtschaftlich ist.

Damit besteht zwar prinzipiell die Möglichkeit einer Festbetragsregelung für Gebühren des Rettungsdienstes, doch wird der praktische Wert dieser Vorschrift dadurch begrenzt, dass Krankenkassen die Vermutung von Unwirtschaftlichkeit angesichts der geringen Transparenz über Kostenstrukturen im Rettungswesen nur im Ausnahmefall belegen können. Festbeträge unterhalb der Preise für Leistungen des Rettungsdienstes belasten die Versicherten, da bei Einsätzen des Rettungsdienstes die Patienten und nicht ihre Krankenversicherung Gebührenschildner sind. Krankenkassen werden vermutlich aber aus Gründen der Außendarstellung und Kundenbindung auch von Patienten vorgelegte Gebührenbescheide akzeptieren, die über den Festbeträgen liegen.

834. Die Ausgestaltung des Rettungsdienstes ist eine Aufgabe der Bundesländer. Unterschiede zwischen Bundesländern lassen sich am Beispiel der Länder Niedersachsen und Baden-Württemberg darstellen (Krauth, C. et al. 1999). Träger des Rettungsdienstes sind in Niedersachsen die einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte sowie die Städte Cuxhaven, Göttingen, Hameln und Hildesheim. In Baden-Württemberg übernimmt das Sozialministerium diese Aufgabe und schließt auf der Landesebene Verträge mit den Rettungsdienst durchführenden Organisationen. Der Rettungsdienst wird Städten und Kreisen nur dann, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung anders nicht sichergestellt werden kann, als Pflichtaufgabe übertragen. Die Kostenträger werden an der Erarbeitung von Bedarfsplänen für die Notfallrettung beteiligt; Nutzerentgelte werden in Vertragsverhandlungen vereinbart. In dieser Konstellation verfügen die Kostenträger über größere Einwirkungsmöglichkeiten auf die Infrastruktur und auf die Kosten des Rettungsdienstes als in Ländern, in denen Nutzergebühren in kommunalen Gebührensatzungen vorgegeben werden.

835. Eine Grundlage für Entgeltverhandlungen bzw. für die Festlegung von Gebührensätzen und damit für die Preisbildung ist die Kalkulation von Selbstkosten durch

Leistungsanbieter. Einfluss auf die Höhe von Selbstkosten nehmen die Ergebnisse von Personalbedarfsberechnungen, Personalausfallraten und Sachkosten u. a. für Rettungsmittel, Rettungswachen und Leitstellen. Kosten integrierter Leitstellen sind anteilig zu verrechnen. In die Selbstkostenermittlung fließen auch kalkulatorische Kosten z. B. für ehrenamtlich geleistete Arbeitszeit ein (Schmiedel, R. u. Betzler, E. 1999b, 1999c). Bedeutung für die Höhe der Selbstkosten haben darüber hinaus Interdependenzen zwischen den Betriebs- und den Investitionskosten. Die Länder fördern Anlageinvestitionen im Rettungsdienst, z. B. den Bau und die Instandhaltung von Leitstellen und Rettungswachen sowie Investitionen in die Informations- und Kommunikationstechnologie, in unterschiedlichem Ausmaß. Daher beeinflussen die Länder mit ihrer Förderpraxis sowohl die Qualität der rettungsdienstlichen Infrastruktur als auch die Höhe von Entgelten. Eine unterschiedliche Förderpraxis begrenzt die Vergleichbarkeit von Selbstkosten und Preisen.

6.4.3 Schnittstellen zwischen dem Rettungswesen und anderen Versorgungsbereichen

6.4.3.1 „Rettungskette“ versus „Notfallnetzwerk“

836. Die Abfolge von zeitlich und qualitativ aufeinander aufbauenden Teilprozessen in der Notfallrettung wird traditionell als „Rettungskette“ bezeichnet. Nach diesem Modell besteht das erste Kettenglied aus Erste-Hilfe-Maßnahmen durch Laien. Im Anschluss an die Notfallmeldung erfolgen die präklinische Versorgung des Notfallpatienten durch den Rettungsdienst und bei Bedarf der Transport in ein zur Weiterbehandlung geeignetes Krankenhaus²¹⁴.

837. Der Rettungsdienst umfasst die notärztliche Versorgung, ist aber nicht mit dieser gleichzusetzen. Der Einsatz eines Notarztes ist vor allem bei lebensbedrohlichen Notfallsituationen geboten, um

- lebensrettende Maßnahmen am Einsatzort durchzuführen,
- die Transportfähigkeit herzustellen und/oder
- die Beförderung unter fachgerechter Betreuung mit hierfür besonders ausgestatteten Rettungsmitteln in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung zu gewährleisten (Ausschuss Rettungswesen 2001).

838. In anderen Fällen kann der Einsatz von Rettungsassistenten den Anforderungen genügen, die sich aus einer Gefahrensituation ergeben. In vielen Regionen Deutschlands werden rund 50 % der Einsätze von Rettungswagen mit Notarztbeteiligung durchgeführt (Hennes, P. u. Reinhardt, K. 2001; Schmiedel, R. 2002). Empirischen Daten zufolge sind 30 bis 40 % dieser Notarzteinsätze ex post betrachtet als (zumindest relative) Fehleinsätze zu bezeichnen (Messelken, M. u. Dirks, B. 2001; Messelken, M. et al. 1998; Sefrin, P. 1997; www.nadok.de; vgl. auch Abbildung 35). Eine optimierte Disposition durch die Leitstelle (z. B. durch Verwendung verbindlicher Indikationslisten für Notarztalarmierungen, Kooperation mit dem vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. gemeinsame Disposition im Rahmen einer integrierten

²¹⁴ Zu den Aufgabengebieten des Rettungsdienstes gehören – mit einer regional divergierenden Bedeutung – auch die Berg- und Wasserrettung.

Leitstelle) kann effizienzsteigernd wirken. Zusätzlich könnte mit erweiterten Kompetenzen ausgestattetes, speziell fortgebildetes Rettungsfachpersonal Aufgaben des rettungsdienstlich tätigen Notarztes übernehmen. Greifen solche Maßnahmen, könnten unter Umständen bis zu 50 % der derzeit erfolgenden Notarzt-Einsätze entfallen (Dick, W. F. 2002). Die Hauptaufgabe des Notarztes wäre dann die Patientenversorgung in komplexen Notfallsituationen.

839. Als Leistungsvorgabe sowie als ein Parameter für die Bemessung der Kapazität des Rettungsdienstes und für die Planung der räumlichen Distribution der rettungsdienstlichen Infrastruktur (Rettungswachen, Notarztstandorte) dient die „Hilfsfrist“²¹⁵. Die Hilfsfrist bezieht sich auf das erste am Notfallort eintreffende Rettungsmittel und wird in Rettungsdienstgesetzen, Landesrettungsplänen und Rechtsverordnungen der Länder vorgegeben. Der Begriff der Hilfsfrist wird allerdings unterschiedlich definiert. Je nach Bundesland beginnt sie mit

- dem Eingang der Notfallmeldung in der Rettungsleitstelle,
- dem Ende des Notrufgesprächs bzw. der Beginn der Dispositionszeit²¹⁶,
- der Alarmierung eines Rettungsmittels oder
- dem Ausrücken eines Rettungsmittels.

14 von 16 Bundesländern haben Vorgaben für die Hilfsfrist getroffen, die zwischen 5 und 15 Minuten, in Flächenländern zwischen 10 und 15 Minuten variieren. Zusätzlich wird ein „Sicherheitsniveau“ als Vorgabe für die Häufigkeitsverteilung der realisierten Hilfsfrist festgeschrieben. Dieses liegt je nach Bundesland bei 90 bis 100 % (Ausschuss Rettungswesen 2001). Je kürzer die Hilfsfrist und je höher das Sicherheitsniveau, desto höher sind die Anforderungen an die Planung, Ausstattung und Ablauforganisation des Rettungsdienstes. Vereinzelt werden keine quantifizierten Zielvorgaben festgesetzt. In diesen Fällen wird z. B. eine „schnellstmögliche“ Versorgung oder die Einhaltung einer Hilfsfrist „in der Regel“ gefordert. In fünf Ländern ist darüber hinaus eine Hilfsfrist für den Notarzt vorgegeben. Diese schwankt zwischen 10 und 20 Minuten (Schmiedel, R. 2002).

840. Systematische Analysen der Einsatzdaten werden von Seiten verantwortlicher Aufgabenträger nicht konsequent durchgeführt. Verlässliche Aussagen über die Einhaltung der vorgegebenen Hilfsfrist, auf die sich eine realitätsnahe Planung z. B. der Zahl, der Standorte und Besetzung von Rettungswachen stützen könnte, liegen mitunter nicht vor bzw. werden von Aufgaben- und Kostenträgern nicht eingefordert.

841. Aus medizinischer Sicht ist nicht allein die Hilfsfrist relevant, sondern die gesamte Zeitspanne vom Eintreten des Notfalls bis zum Beginn angemessener notfallmedizinischer Hilfsmaßnahmen („therapiefreies Intervall“ bzw. „Reak-

tionszeit“). Diese wird jedoch nicht statistisch erfasst. Im Rahmen einer Studie (Sefrin, P. u. Distler, K. 2001) wurde zusätzlich zur Hilfsfrist, die mit dem Eintreffen des ersten Rettungsmittels am Notfallort (Straße bzw. sonstiger geografischer Orientierungspunkt) endet, die Zeitspanne protokolliert, die das Rettungsdienstpersonal bis zum Eintreffen bei dem Patienten brauchte („Zugangszeit“). Diese betrug beim Einsatz bodengebundener Rettungsmittel im Mittel 51 Sekunden. Sie variierte jedoch deutlich in Abhängigkeit u. a. vom Notfallort (Straße oder Gebäude) und vom Vorhandensein eines Einweisers. In ca. einem Viertel der Einsätze kam es zu Einsatzverzögerungen, die vor allem durch ungenaue bzw. fehlerhafte Einsatzinformationen, mangelhafte Beschilderungen oder Wartezeiten bis zur Türöffnung bedingt waren. Nur 73,6 % der Gesamtzeit bis zum Eintreffen beim Patient entfielen auf die Alarmierungs- und Fahrzeit. Insofern ist die Aussagekraft der Hilfsfrist als Qualitätskriterium im Rettungsdienst begrenzt.

842. Der als Rettungskette typisierte Ablauf der Notfallversorgung geht nach erfolgter Erstversorgung von einem Weitertransport des Notfallpatienten durch das Rettungsdienstpersonal bzw. durch den Notarzt in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus aus. Dort wird der Patient i. d. R. zumindest kurzzeitig stationär behandelt²¹⁷, häufig selbst dann, wenn eine angemessene Therapie bzw. Diagnostik (theoretisch) auch ambulant erfolgen könnte. Mit dem Transport ins Krankenhaus wird vielfach ein Automatismus in Gang gesetzt, der eine Fehlallokation von Ressourcen begünstigt. Ursachen hierfür liegen einerseits im psychologischen Bereich (Notarzt-Einsatz und „Blaulichttransport“ in ein Krankenhaus als Indiz für die Bedeutsamkeit der Beschwerden), beruhen andererseits aber auch auf der Langlebigkeit tradierter Verfahrensweisen. Weiterhin entspricht es auch einem Eigeninteresse der aufnehmenden Krankenhäuser, Notfallpatienten stationär zu behandeln (Generieren neuer Fälle)²¹⁸. Ferner stehen oft auch keine praktikablen Handlungsalternativen zur Verfügung, weil z. B.

- keine „Notfalleinweisung“ in Pflegeeinrichtungen möglich ist,
- keine ausreichende Versorgung durch ambulante Dienste (vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst, ambulante Pflege, sozialpsychiatrische Dienste) gewährleistet werden kann oder
- Klinikintern keine geeigneten Versorgungsstrukturen vorhanden sind, die z. B. die kurzzeitige Überwachung von Patienten bis zum Ausschluss einer vitalen Bedrohung ermöglichen (fehlende Monitoring-Einrichtungen im Aufnahmebereich).

Zudem bestehen bislang kaum finanzielle Anreize für die Krankenhäuser, geeignete Patienten ambulant, prä-, teil-

²¹⁵ In der Planung der Kapazität und der räumlichen Distribution von Einrichtungen des Rettungsdienstes ist das erwartete Einsatzaufkommen und seine regionale Verteilung, d. h. auch die Möglichkeit eines gleichzeitigen Auftretens mehrerer Notfälle zu berücksichtigen.

²¹⁶ Unter Dispositionszeit wird die Zeitspanne zwischen dem Eingang der Notfallmeldung und der Alarmierung des Rettungsmittels verstanden.

²¹⁷ Nach Daten einer Untersuchung von Messelken, M. et al. (1998) wurden von 1 414 durch Notärzte versorgten Patienten 802 stationär aufgenommen. Von diesen verließen 9,6 % nach einem Tag und 12,8 % nach 2 Tagen wieder die Klinik. Die durchschnittliche Verweildauer betrug $13,2 \pm 6,6$ Tage.

²¹⁸ Als Hinweis auf nicht indizierte Notfallaufnahmen kann u. U. eine geringe Zahl von Verlegungen bzw. Weiterleitungen von der Notfallambulanz oder Aufnahmestation an andere Kliniken gewertet werden.

bzw. kurzzeitstationär²¹⁹ zu versorgen. Darüber hinaus behindern vielerorts krankenhaus- oder abteilungsinterne Regelungen eine schnelle Entscheidungsfindung (z. B. endgültige Entscheidung über den Verbleib eines Patienten im Krankenhaus erst am Folgetag nach der Ober- oder Chefarztvorstellung). In der Debatte über Ursachen von Fehlbelegungen in Krankenhäusern und über den Anstieg stationärer Fallzahlen müssen auch diese Interdependenzen mit der Notfallversorgung berücksichtigt werden (vgl. Abschnitt 6.5).

843. Die linear organisierte Rettungskette hat sich in der Vergangenheit als ein den Erfordernissen angemessenes und erfolgreiches Modell für die Versorgung bei Unfällen oder anderen, akut lebensbedrohlichen Ereignissen wie z. B. einem Herz-Kreislaufstillstand erwiesen. Dieses Konzept bestimmt Aus-, Weiter- und Fortbildung, Kompetenz und Vorgehensweise von Rettungsfachpersonal und Notärzten sowie deren berufliches Selbstverständnis (Luiz, T. et al. 2002). Allerdings kann dieses Modell angesichts sich verändernder Einsatzrealitäten im Rettungswesen und eines sich wandelnden Versorgungsumfeldes in seiner Grundform nicht mehr als zukunftsweisend betrachtet werden.

Vorliegende Daten belegen eine Verschiebung des rettungsdienstlichen Einsatzschwerpunktes hin zu internistischen Notfällen und „sonstigen“ Notfällen, worunter u. a. die Versorgung hilfloser Personen, „psychosoziale Notfälle“, Suizide bzw. Suizidversuche und eilige Blut- und Organtransporte zusammengefasst werden (vgl. Tabelle 57). Psychiatrische bzw. „psychosoziale“ Notfälle verursachen 10 bis 13 % der Notarzteinsätze und stellen damit die dritthäufigste Einsatzindikation dar (Luiz, T. et al. 2002; Schmitt, T. K. et al. 2002; Pajonk, F. G. et al. 2001a; Pajonk, F. G. et al. 2002).

844. Vor allem in Großstädten und Ballungsräumen wird der Rettungsdienst als eine jederzeit, flächendeckend und niederschwellig verfügbare Institution²²⁰ zunehmend mit nicht lebensbedrohlichen Gesundheitsproblemen und Krisensituationen unterschiedlichster Art konfrontiert, die weder zum klassischen Tätigkeitsfeld des Hausarztes bzw. des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes noch des Rettungsdienstes gehören. Diese „psychosozialen“ Notfälle weisen als ein gemeinsames Charakteristikum ein Versagen sozialer Ressourcen in Familie, Lebensumfeld oder Gesellschaft auf, was den Ausbruch bzw. die akute Verschlechterung einer psychischen Erkrankung oder Störung, die eine unmittelbare gesundheitliche Gefahr darstellt, zumindest begünstigt (Luiz, T. et al. 2002; Poloczek, S. et al. 2001; Madler, C. 2002; Madler, C. et al. 2002). Zu den wichtigsten psychosozialen Notfällen zählen:

- Substanzmissbrauch (Alkohol, Drogen, Medikamente),
- Angst und Panikstörungen,
- Suizidgefahr,
- akute Belastungsreaktionen,
- pathologische Trauerreaktionen,

- familiäre Konfliktsituationen und Gewalt,
- antisoziales Verhalten und Delinquenz,
- Folgen von Trennung und Isolation,
- Verelendung.

Eine nosologisch exakte Zuordnung der diagnostizierbaren Symptome zu somatischen oder psychiatrischen Krankheitsbildern erweist sich häufig als schwierig und für die Behandlung wenig zielführend. Soweit unter den Bedingungen des Notfalleinsatzes klärbar, sollte die Diagnose eines psychosozialen Notfalls kausalitäts- und nicht rein symptomorientiert gestellt werden²²¹. Als problematisch erweist sich in der Praxis oft auch die Klärung der weiteren medizinischen und/oder psychosozialen Versorgung bzw. der fachlichen Zuständigkeit (Luiz, T. et al. 2002).

845. Über die Häufigkeit psychosozialer Notfälle liegen noch relativ wenig Daten vor. Dies ist teilweise durch Dokumentationsmängel bedingt, zumal derartige Einsätze im rettungsdienstlichen Selbstverständnis oft als „Fehleinsätze“ wahrgenommen werden. Nach einer retrospektiven Auswertung von Notarztprotokollen des Jahres 1995 in Hamburg war in 9,7 % der Einsätze eine psychiatrische Störung die Hauptursache oder eine wesentliche Einzelursache. Alkoholintoxikationen, Erregungszuständen und Suizidalität kamen besondere Bedeutung zu. Typischer Weise handelte es sich um jüngere Männer (Maximum in der Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen) (Pajonk, F. G. et al. 2001b). Ähnliche Ergebnisse erbrachten Studien in ländlichen Regionen und anderen Städten (Pajonk, F. G. et al. 2001a; Pajonk, F. G. 2002; Luiz, T. et al. 2000; Schmitt, T. K. et al. 2002; Seiger, K. und Brommundt, J. 2002). Obwohl häufig nicht unmittelbar lebensbedrohlich beeinträchtigt, stellen diese Patienten bedingt durch fehlende Kooperationsfähigkeit, Aggressivität und eventuell bestehende Suizidalität ein besonderes Versorgungsproblem dar. Die Zahl der als „psychosozial“-bedingt zu klassifizierenden Rettungsdiensteinsätze korreliert mit sozioökonomischen Merkmalen des Wohnumfeldes der Betroffenen (Anteil an Arbeitslosen, Sozialhilfeempfängern und Ausländern). Anhand empirischer Daten aus dem Stadtgebiet von Kaiserslautern lässt sich nachweisen, dass die Zahl der Notarzteinsätze mit steigendem sozioökonomischem Status abnimmt (Schmitt, T. K. et al. 2002)²²². Dem entspricht eine im Vergleich zu privat oder gesetzlich krankenversicherten Personen deutlich höhere Rate an psychosozialen Notfällen bei Menschen, die über das Sozialamt versichert sind (6,4 % versus 24 %) (Luiz, T. et al. 2002).

846. Obwohl „psychosoziale“ Notfälle (oder: „Sozialnot“) wesentlich den Arbeitsalltag von Rettungsfachpersonal und Notärzten mitbestimmen, sind diese oft unzureichend für

²¹⁹ Kurzzeitstationär i. S. von „Krankenhausaufenthalt < 24 Stunden“.

²²⁰ Der Rettungsdienst weist aufgrund seiner organisatorischen Merkmale eine „zugehende“ bzw. „Bring“-Struktur auf im Gegensatz zu anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems (z. B. Praxen, Beratungsstellen), die sich durch eine „Komm“-Struktur auszeichnen und die u. a. deshalb auch seltener von Angehörigen unterer sozialer Schichten aufgesucht werden.

²²¹ Beispiel: Alarmierung des Notarztes wegen einer Person mit „akuter Atemnot“, bei Eintreffen des Rettungsdienstes bis auf mäßig beschleunigte Atemfrequenz im Sinne einer Hyperventilation unauffällige Vitalparameter. Hintergrund: anamnestisch bereits mehrfach ähnliche Ereignisse, jeweils wie auch im aktuellen Fall im Rahmen familiärer Konfliktsituationen auftretend. Die symptomorientierte Einordnung der Störung als respiratorisch führt nicht zu einer sinnvollen therapeutischen Entscheidung.

²²² In der zitierten Studie wurde auch eine zeitliche Korrelation zwischen einem Rückgang des Anteils an Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern und rückläufigen Einsatzzahlen in einem Wohngebiet belegt.

den professionellen Umgang mit psychosozialen, psychiatrischen und sozialmedizinischen Problemen qualifiziert. Techniken der Gesprächsführung, der Krisenintervention und der Psychopharmakotherapie werden nicht oder nicht adäquat angewendet. Dies ist angesichts der nur sehr begrenzten Wirksamkeit einer symptomorientierten akuten Intervention und dem Erleben eigener Hilflosigkeit nicht verwunderlich, verkennt jedoch den potenziell lebensbedrohlichen Verlauf vor allem wiederholter psychosozialer Notfallsituationen und die Optionen einer rechtzeitig eingeleiteten weitergehenden Betreuung²²³.

847. Für die Zukunft ist nicht nur eine verbesserte Verfügbarkeit von psychosozialen Einrichtungen zu fordern, welche die Notaufnahmen von Krankenhäusern entlasten und als Anlaufstelle für den Rettungsdienst zur weiteren Versorgung von psychosozialen Notfällen dienen können (Madler, C. et al. 2002). Vielmehr sind die vielfach bestehenden psychosozialen Versorgungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Zugänglichkeit, Organisation und Ausstattung (erweiterte Öffnungszeiten, Bereitschaftsdienste etc.) dem regionalen Bedarf anzupassen. Es ist jeweils zu prüfen, inwieweit weitere Institutionen wie der öffentliche Gesundheitsdienst, der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst oder andere öffentliche bzw. freigemeinnützige Einrichtungen diese oft dem Rettungsdienst zufallenden Aufgaben der aufsuchenden Versorgung und Krisenintervention wahrnehmen können. Der adäquate Umgang mit dem Problem der „Sozialnot“ stellt neue Anforderungen an die Qualifikation der Rettungsdienstmitarbeiter und an die Organisation des Rettungsdienstes bzw. der Notfallversorgung. Konzepte zur Aufgabenbestimmung und -abgrenzung, Organisation und Finanzierung, die einem zunehmend differenzierten Anforderungsprofil Rechnung tragen, sind zu entwickeln und an die Anforderungen und Ressourcen in einzelnen Regionen anzupassen.

848. In konzeptioneller Hinsicht legen die dargestellten Entwicklungen eine Orientierung am Modell eines „Notfallnetzwerks“ nahe (vgl. Abbildung 34, S. 279), in dem z. B. ein multidisziplinärer psychosozialer Akutdienst die traditionelle rettungsdienstlich-notärztliche, somatisch-orientierte Akutversorgung und die konventionellen psychosozialen Versorgungsangebote ergänzt (Luiz, T. et al. 2002; vgl. auch Giering, H. 1998). Um gleichzeitig der Einsatzrealität besser gerecht zu werden und der nicht bedarfsgerechten Inanspruchnahme vor allem des Notarztsystems entgegenzuwirken, bedarf es der Optimierung der Einsatzsteuerung und Disposition durch integrierte Leitstellen, die auch die Einsätze des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes koordinieren. Nicht zuletzt müssen die Laienhilfe und die Krankenhäuser, die integraler Bestandteil der Notfallversorgung sind, gestärkt und besser mit den übrigen Bereichen vernetzt werden.

6.4.3.2 Notfallversorgung durch Laien

849. Die rasche und möglichst effektive Hilfeleistung bei Notfällen durch Ersthelfer, die in der Mehrzahl der Fälle Laien sind, stellt nicht nur symbolisch das erste Glied der traditionellen „Rettungskette“ dar, sondern trägt vielfach wesentlich zum Ergebnis der Notfallversorgung bei. Dies

gilt in besonderem Maße (neben schweren Unfallverletzungen) für akute, zeitkritische Erkrankungen mit Beeinträchtigung des Bewusstseins, der Atem- und Herz-Kreislauffunktion. Anhand empirischer Daten lassen sich solche Notfallsituationen wie folgt beschreiben: Betroffen ist häufig ein männlicher Patient im Alter von 50 bis 60 Jahren, der im häuslichen Umfeld einen Herz-Kreislaufstillstand aufgrund eines akuten kardialen Ereignisses erleidet. Hierbei handelt es sich i. d. R. initial um so genanntes Kammerflimmern. Obwohl bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (84 %) Zeugen – meist Angehörige oder Bekannte – zugegen sind, wird nur in rund einem Viertel der Fälle vor Eintreffen des Rettungsdienstes mit Wiederbelebensmaßnahmen begonnen²²⁴. Jede Minute ohne wirksame Reanimationsmaßnahmen reduziert jedoch die Überlebenschancen um ca. 10 %²²⁵. Wird von den anwesenden Laien eine basale Reanimation (Herzdruckmassage, Atemspende) durchgeführt, sind die ergriffenen Maßnahmen zumeist korrekt und erhöhen nachweisbar die Überlebenschancen der betroffenen Personen (Bahr, J. et al. 2001; Donner-Banzhoff, N. et al. 1999; www.bundesaeztekammer.de/30/Notfallmedizin; vgl. auch Berg, R. A. et al. 2001; Bekker, L. B. et al. 1991).

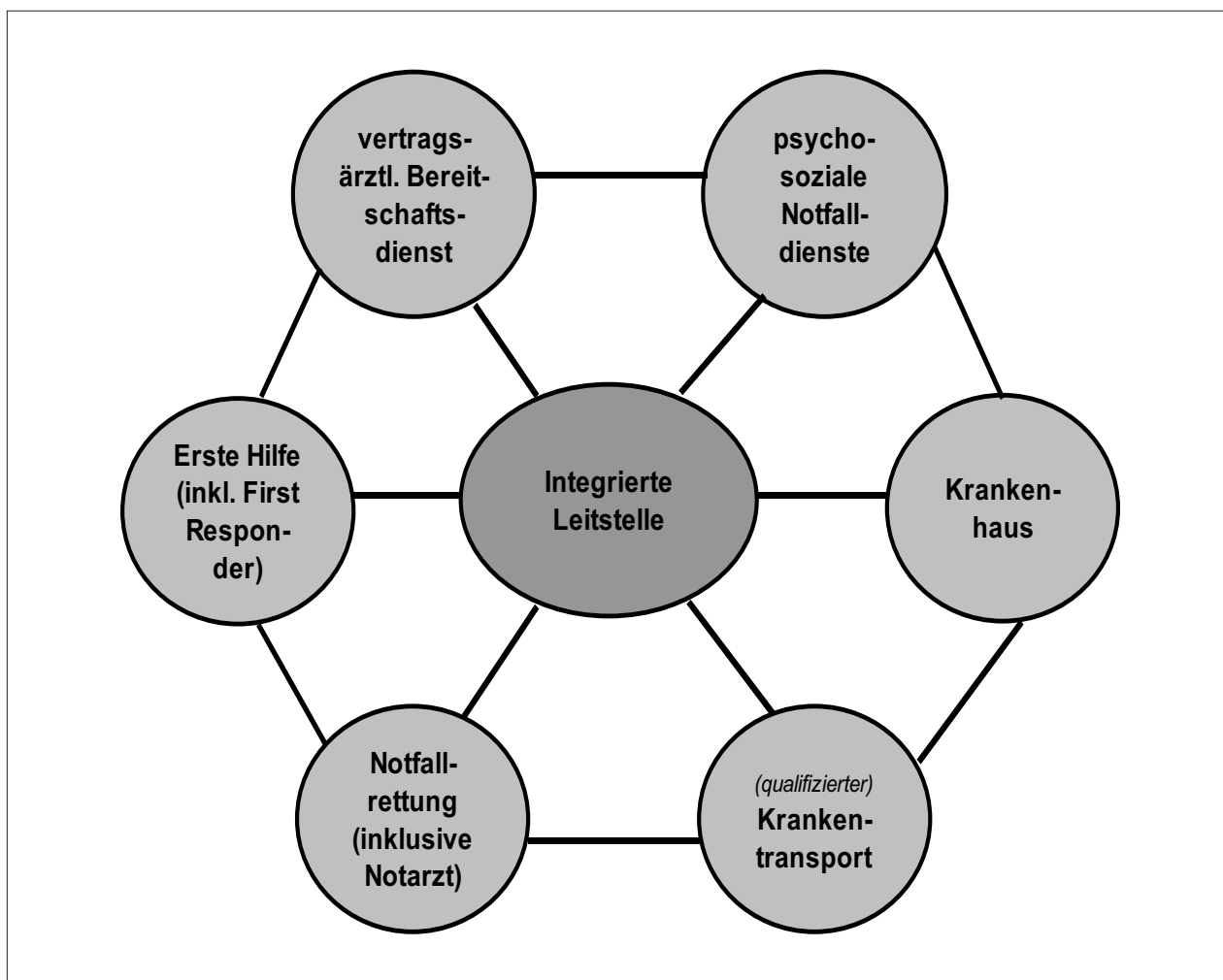
850. Etwa ein Drittel der Bevölkerung verfügt jedoch über keine Ausbildung in Erster Hilfe. Die meisten, die einen Erste Hilfe-Kurs absolviert haben, taten dies im Rahmen des Führerscheinerwerbs, und ca. 50 % derjenigen, die über eine Ausbildung verfügen, fühlen sich unsicher und ratlos (Sefrin, P. 2000). Im Rahmen eines Pilotprojektes wurde gezeigt, dass bereits 12 Monate nach einer Ausbildung in „Herz-Lungen-Wiederbelebung“ lediglich noch 23,5 % der Teilnehmer die vermittelten Richtlinien vollständig korrekt zur Anwendung bringen konnten. Da allerdings häufig nur relativ geringfügig von den Empfehlungen abgewichen wurde, hätten dennoch vermutlich ca. 70 % der Probanden eine Prognoseverbesserung bei den Patienten herbeiführen können (Bahr, J. et al. 2001). Diese kursorischen Ausführungen weisen nachdrücklich darauf hin, wie wichtig es ist, dass alle Bürger über eine Erste-Hilfe-Ausbildung verfügen und dazu motiviert werden, ihre Kenntnisse (unter möglichst realistischen Übungsbedingungen) regelmäßig aufzufrischen und im Bedarfsfall ohne Scheu anzuwenden. Die Vermittlung entsprechender Kenntnisse sollte bereits in der Schule beginnen (vgl. z. B. DIVI 1988). Möglicher Weise können auch telefo-

²²⁴ Laut Sefrin, P. (2000) erhalten bei Unfällen 90 % der Schwerverletzten keine Erste Hilfe.

²²⁵ Die Überlebensraten bei Vorliegen eines Kammerflimmerns als Ursache des Kreislaufstillstands liegen selbst unter günstigen Bedingungen, die die rasche Anwendung der externen Defibrillation (Applikation eines Stromimpulses auf den Brustkorb) durch Fachpersonal ermöglichen, maximal bei 25 bis 30 % (Schneider, T. et al. 1994; Berg, R. A. et al. 2001). Werden alle Formen des Kreislaufstillstands und unselektierte Versorgungsbedingungen betrachtet, liegen die Erfolgsraten vermutlich eher bei maximal 5 %. Die zurzeit viel diskutierte „Laien-Defibrillation“ mit Hilfe öffentlich zugänglicher automatischer Defibrillatoren kann die Überlebenschancen erhöhen. Diese Option ist jedoch kein geeignetes Mittel für die flächendeckende Versorgung. Es erscheint erfolgversprechender, nicht-ärztliches Personal (z. B. des Rettungsdienstes, der Feuerwehr und der Polizei) in der Anwendung entsprechender Geräte zu schulen (Pell, J. P. et al. 2002; Capucci, A. et al. 2002; Arntz, H. R. 1996; Engdahl, J. 2002; Caffrey, S. L. et al. 2002; www.bundesaeztekammer.de/30/Notfallmedizin).

²²³ Dies gilt insbesondere für Opfer häuslicher Gewalt (Luiz, T. et al. 2002; Poloczek, S. u. Schmitt, T. 2002).

Abbildung 34

Notfallversorgung als Netzwerk^{a)}

a) Funktionsbezogene Darstellung ohne Berücksichtigung von organisatorischen Kopplungen und Vergütungsregelungen. Die Verbindungslinien weisen symbolisch auf Interdependenzen zwischen den Versorgungsbereichen hin. In der Praxis wird das Rettungswesen durch zahlreiche weitere Arbeitszusammenhänge geprägt.

Quelle: Eigene Darstellung

nisch durch das Leitstellenpersonal erteilte Instruktionen (z. B. zur Durchführung von Wiederbelebensmaßnahmen) Laien veranlassen, Erste Hilfe zu leisten, und auf diese Weise Outcomes in der Notfallversorgung verbessern (Hallstrom, A. et al. 2000).

851. Basierend auf aktuellen Studienergebnissen und internationalen Leitlinien wurden im Jahr 2002 die deutschen Empfehlungen für die Breitenausbildung in Maßnahmen zur Wiederbelebung im Rahmen der Ersten Hilfe modifiziert. Überholte Anweisungen (z. B. Überprüfen des Karotispulses, Verhältnis von Herzdruckmassage zu Beatmung) wurden praxisgerecht revidiert, was die Umsetzung vereinfacht (www.bundesaerztekammer.de/30/Notfallmedizin; American Heart Association 2000; www.anr.de/anr_online/richtlinien). In der Diskussion ist auch ein Verzicht auf die Beatmung (zumindest in der Anfangsphase einer Reanimation), da hierzu

die Herzdruckmassage wiederholt unterbrochen werden muss, was zu einer Verschlechterung der zerebralen Durchblutung führt. Es liegen verschiedene tierexperimentelle und klinische Studien vor, welche zumindest für ein vergleichbares Outcome bei beiden Vorgehensweisen sprechen (Berg, et al. 2001; Wenzel, V. et al. 1997; Hallstrom, A. et al. 2000). Auch angesichts der in der Bevölkerung weitverbreiteten Abneigung gegen die Atemspende könnte eine entsprechende Änderung der Reanimationsempfehlungen sinnvoll sein. Eventuell würden dann mehr Ersthelfer Wiederbelebensmaßnahmen durchführen.

852. In einigen Regionen Deutschlands (z. B. Bayern, Hessen, Hamburg) sind oder werden so genannte *first responder*-Systeme („Helfer vor Ort“, „örtliche Einrichtungen organisierter erster Hilfe“) etabliert. Diese stellen ein Bindeglied dar zwischen der spontanen Hilfe durch Notfallzeugen und dem

professionellen Rettungsdienst. Ihr Einsatz kann vor allem in Regionen mit langen Anfahrtszeiten des Rettungsdienstes dazu beitragen, die Zeitspanne bis zum Beginn der Notfallversorgung („therapiefreies Intervall“) zu verkürzen. Ersthelfer sind zusätzlich ausgebildete und ausgerüstete, ständig einsatzbereite Mitglieder von Feuerwehren und Hilfsorganisationen. In Deutschland existieren hierzu verschiedene Modelle, die teils mit hauptamtlich tätigen Personen (Berufsfeuerwehren), teils mit ehrenamtlich tätigen Mitgliedern von örtlichen Feuerwehr- oder Rot-Kreuz-Verbänden arbeiten. Die Alarmierung erfolgt zumeist über die (integrierte) Leitstelle und setzt eine funktechnisch angemessene Ausstattung der Einsatzkräfte voraus. Vorgaben für Ausbildung, Ausrüstung, Einsatzindikationen, Dokumentation und Vergütung sind vorhanden, sie variieren jedoch stark. Die regional umgesetzten Konzepte umfassen im einfachsten Fall nur Maßnahmen der Ersten Hilfe (eventuell mit Zusatzausrüstung wie Beatmungshilfen). Sie können jedoch auch die Ausstattung mit halbautomatischen Defibrillatoren und eigenen Fahrzeugen beinhalten (Sefrin, P. 2000; Deutscher Feuerwehrverband 1998; BAND 1998; Stein, M. 2001; Lechleuthner, A. u. Fehn, K. o. J.; www.lfv-bayern.de/first-responder.htm; Bayerisches Rotes Kreuz 1996; www.brk.de).

Wenngleich die Begründung für den Aufbau von *first responder*-Systemen plausibel ist und die bisherigen Erfahrungen überwiegend positiv bewertet werden, liegen bislang keine umfassenden, gegebenenfalls modellvergleichenden Auswertungen vor. Aus Sicht des Rates können organisierte Ersthelfer die Rettungskette sinnvoll ergänzen und zur Verbesserung der Notfallversorgung insbesondere bei zeitkritischen Ereignissen wie Herz-Kreislaufstillstand beitragen. Es bedarf jedoch einer systematischen Evaluation der Ergebnisse und der Kosten-Nutzen-Relation dieser Systeme.

6.4.3.3 Rettungsdienst und vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst

853. Nach der Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (§ 26 MBO-Ä) ist jeder niedergelassene Arzt zur Teilnahme am Notfalldienst und zur Fortbildung für diese Aufgabe verpflichtet. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst nach § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V auch die Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten, aber nicht die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit das Landesrecht bzw. Rahmenvereinbarungen keine explizite Einbeziehung vorsehen. Eine Übersicht über Merkmale der beiden präklinischen Versorgungssysteme Rettungsdienst einschließlich notärztlicher Versorgung und vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst ist Tabelle 60 (S. 281) zu entnehmen.

854. Die gesetzliche Hilfsfrist und Regelungen für das Eintreffen eines Notarztes gelten für den Rettungsdienst, nicht aber für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst. Soweit sich die Zuständigkeitsbereiche der beiden präklinischen Versorgungssysteme überschneiden, ist Nutzern des Gesundheitssystems daher ein Anreiz gesetzt, anstelle des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes den Rettungsdienst in Anspruch zu nehmen.

855. Eine Abgrenzung der Zuständigkeiten der Versorgungssysteme Rettungsdienst einschließlich notärztlicher Versorgung und vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst kann theoretisch z. B. wie folgt vorgenommen werden:

- Notfallpatienten mit lebensbedrohlicher Erkrankung und Verletzung werden vom Notarzt mit „Fachkunde Rettungsdienst“ versorgt und nach der Erstversorgung am Einsatzort in ein Krankenhaus oder in eine andere geeignete Versorgungseinrichtung transportiert.
- Patienten mit nicht lebensbedrohlicher, aber zeitkritischer Erkrankung werden vom vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst versorgt. Der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst entscheidet über die Notwendigkeit der Krankenhauseinweisung. Der Transport in ein Krankenhaus kann per RTW oder KTW durchgeführt werden.
- Patienten, die nicht lebensbedrohlich und nicht zeitkritisch erkrankt sind, werden zunächst im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ambulant behandelt.

856. Eine Voraussetzung für die praktische Funktionsfähigkeit einer derartigen Abgrenzung der Zuständigkeit ist die ständige Verfügbarkeit eines vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes. Von Vertragsärzten mit eigener Praxis kann dies in der Regel während ihrer Sprechstundenzeiten nicht geleistet werden (Sefrin, P. 1997). Damit die Leitstelle kontinuierlich und nicht nur während der sprechstundenfreien Zeit über einen Ansprechpartner verfügt, muss der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst daher separat organisiert werden²²⁶. Zu diesem Zweck ist die Einrichtung von Notfallpraxen in Verbindung mit einem Haus- und Besuchsdienst zu prüfen. Notfallpraxen können auch an Krankenhäusern eingerichtet werden. Bei diesem Vorgehen steht, in Abhängigkeit von der jeweiligen vertraglichen Gestaltung, die medizinisch-technische Infrastruktur des Krankenhauses für die vertragsärztliche Notfallversorgung zur Verfügung. Die Aufgaben von Notfallpraxen am Krankenhaus und von Krankenhausambulanzen sollten aufeinander abgestimmt oder die Notfallpraxis in einen zentralen Aufnahmebereich integriert werden. Entsprechende Modelle befinden sich in der Erprobung bzw. sind etabliert (vgl. z. B. Siess, M. u. Schmittziel, L. 1999; Spielberg, P. 1998). Weiterhin ist die Koordination des Einsatzes von vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst und Rettungsdienst über eine integrierte Leitstelle unter Verwendung einer gemeinsamen Notrufnummer sinnvoll (Hennes, P. 2000). Damit wird Disponenten in der Leitstelle eine Möglichkeit eingeräumt, eine notärztliche Versorgung zu gewährleisten, ohne dazu u. U. unangemessen ressourcenintensive Leistungen des Rettungsdienstes einsetzen zu müssen.

6.4.3.4 Rettungsdienst und Krankenhausversorgung

857. Eine Hauptaufgabe des Rettungsdienstes besteht im Transport von Notfallpatienten in ein geeignetes Krankenhaus. Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Notfallversorgung wird durch die personelle, bauliche und apparative Ausstattung sowie durch die Ablauforganisation von Krankenhäusern wesentlich mitbestimmt. Damit stellen sich die Aufgaben der Organisation von Schnittstellen zwischen Rettungsdienst und Krankenhausversorgung sowie ei-

²²⁶ Auch im Falle einer eventuellen zukünftigen Abkehr von Kollektivverträgen mit niedergelassenen „Kassen“-Ärzten müsste die ambulante ärztliche Versorgung von Notfallpatienten sichergestellt werden. Dies könnte z. B. über kasseneigene Notfalldienste oder über den Abschluss von speziellen Versorgungsverträgen mit Gruppen niedergelassener Ärzte erfolgen.

Tabelle 60

Charakteristika des rettungsdienstlichen Notarztsystems und des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes

	Rettungsdienstliches Notarztsystem	Vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst
Rechtliche Grundlage	Rettungsdienstgesetze der Länder	§ 75 Abs. 1 SGB V
Strukturmerkmal	Vorhaltesystem der Gefahrenabwehr	Vorhaltesystem der Gesundheitsvorsorge
Aufgabenstellung	präklinische Versorgung von Notfallpatienten (d. h. akut vital gefährdeten Menschen)	ambulante Versorgung von Patienten in Akutfällen und in Notsituationen (d. h. nicht akut vital gefährdeten Menschen)
Standorte	Notarztstandorte (Krankenhäuser, Rettungswachen, seltener Arztpraxen bzw. -wohnungen)	Wohnung bzw. Praxis des diensthabenden Arztes, Notdienstzentralen bzw. Notfallpraxen
Disposition	Rettungsleitstelle	Telefonzentralen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes, z. T. durch Rettungsleitstelle
Zeitliche Verfügbarkeit	ganztägig	sprechstundenfreie Zeit
Organisation des Arztzubringers	Rendezvous- oder Stationssystem, seltener Selbstfahrer- oder Pick-up-System	zumeist Selbstfahrersystem
Einsatzdringlichkeit	zeitkritisch	überwiegend zeitunkritisch
Therapeutische Methoden	notfall- bzw. intensivmedizinisch	allgemein- bzw. fachmedizinisch
Fachliche Qualifikation	Ärzte mit notfallmedizinischer Zusatzqualifikation (Fachkunde „Rettungsdienst“ bzw. analoge Qualifikationen)	niedergelassene Haus- und Gebietsärzte (teilweise wird zumindest für vertretungsweise tätige Ärzte eine notfallmedizinische Zusatzqualifikation gefordert)
Strukturelle Ausgestaltung und Organisation	dienstplanmäßige, ständige Vorhaltung von Personal und Rettungsmitteln im Rahmen der Gefahrenabwehr und Gesundheitsvorsorge	Übernahme des Bereitschaftsdienstes der kassenärztlichen Versorgung in der sprechstundenfreien Zeit durch KV-zugelassene Ärzte (oder nach den Regeln des zuständigen KV-Bezirks zugelassene, geeignete Vertreter)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesanstalt für Straßenwesen (1998)

ner Verknüpfung von Rettungsdienst- und Krankenhausplanung.

858. Krankenhäuser können auf mehrfache Weise zur Verbesserung der Qualität in der Notfallversorgung beitragen (Bayeff-Filloff, M. et al. 2001):

- Durch eine von RTW, NAW und KTW ohne Schwierigkeit erreichbare Liegandanfahrt und durch einen einfach anzufliegenden Hubschrauberlandeplatz,
- durch kurze Wege zwischen Liegandanfahrt bzw. Hubschrauberlandeplatz und für die Erst- bzw. Weiterversorgung geeigneten Räumlichkeiten im Krankenhaus,
- durch eine separat angelegte, ausreichend ausgestattete Funktionseinheit, in der (im Bedarfsfall auch gleichzeitig mehrere) Notfallpatienten unabhängig von den Routinen der klinischen Versorgung und damit ohne Störung der Betriebsorganisation versorgt werden,
- durch kontinuierliche Teilnahme an der Notfallversorgung, durch eine regelmäßige Bereitstellung von (Intensiv-)Betten mit entsprechender Meldung an die Leitstelle und durch überdurchschnittliche Patientenzahlen, die den behandelnden Ärzten und anderem Krankenhausper-

sonal Erfahrungswissen in der Notfallversorgung vermitteln,

- durch die Bildung von qualifizierten und jederzeit verfügbaren interdisziplinären Aufnahmeteams,
- durch Investitionen in die Weiter- und Fortbildung des Personals,
- durch die Verwendung von Materialien und Geräten, die mit denen des Rettungsdienstes kompatibel sind,
- durch ein Leistungsprofil, das die Eignung des Krankenhauses für die Behandlung von Notfallpatienten sichert,
- durch eine kompetente und effiziente Organisation, die auch Notfallpatienten zugute kommt und
- durch die Bereitstellung von Notärzten in Kooperation mit niedergelassenen Vertragsärzten.

Insbesondere ist von Seiten der organisatorisch Verantwortlichen sicherzustellen, dass die medizinische Versorgung von Notfallpatienten innerhalb eines Krankenhauses mindestens dieselben Qualitätsstandards erfüllt wie die präklinische Versorgung. Dies setzt neben einer angemessenen Organisation und apparativen Ausstattung vor allem den Einsatz notfallmedizinisch hinreichend qualifizierten Personals voraus: Das

innerklinische Notfallteam sollte dem präklinischen fachlich mindestens ebenbürtig sein (vgl. Dick, W. F. 2002).

859. Die Krankenhausversorgung wird in den nächsten Jahren durch die Auswirkungen der Einführung von DRG geprägt werden. Vor diesem Hintergrund werden sich Krankenhäuser um eine effiziente Ablauforganisation vom Moment der Aufnahme eines Patienten an bemühen. Eine qualitativ unzureichende Besetzung von Notfallambulanzen und Notaufnahmestationen wird dabei nicht zielführend sein. Vielmehr werden vermehrt interdisziplinäre Zentralambulanzen und Aufnahmestationen zur Gewährleistung einer zügigen, hochwertigen und multidisziplinären Versorgung eingerichtet werden. Unnötige stationäre Aufnahmen, Wartezeiten für Patienten, die Verzögerung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, Unklarheit über die fachliche Zuständigkeit von Abteilungen und aus einem Zeitverlust resultierende ungünstigere Behandlungsergebnisse können durch eine effiziente Organisation reduziert werden (vgl. Muehlenberg, K. et al. 2002).

860. Es wird erwartet, dass die Krankenhäuser ihr Leistungsportfolio überprüfen und z. T. neu bestimmen werden (Abschnitt 6.5). Im Zuge einer derartigen Neuausrichtung von Krankenhäusern sind Spezialisierungs- und Konzentrationstendenzen absehbar. Dabei können sich in einigen Regionen auch Rahmenbedingungen des Rettungsdienstes verändern:

- Einzelne Krankenhäuser werden versuchen, nur noch in verminderter Intensität an der Notfallversorgung teilzunehmen oder eine Teilnahme zu vermeiden und auch keine Notärzte bereitzustellen.
- Andere Krankenhäuser z. B. mit einem Schwerpunkt im Bereich Unfallchirurgie/Traumatologie oder mit besonderer Erfahrung in der Behandlung internistischer Notfälle wie akutem Myokardinfarkt oder Schlaganfall werden bereit sein, die Teilnahme an der Notfallversorgung zu verstärken.
- Eine räumliche Konzentration von Schwerpunkten bzw. Kompetenzzentren verlängert die Wege sowohl für Notärzte zum Einsatzort als auch für den Transport von Notfallpatienten zu einem geeigneten Krankenhaus mit möglichen Folgen für Sicherheitsniveau und Komplikationsraten.
- Längere Wege und eine veränderte geographische Verteilung von Notarztstandorten können eine Neuplanung der rettungsdienstlichen Infrastruktur erforderlich werden lassen.

Eine zunehmende Spezialisierung und Zentralisierung in der Krankenhausstruktur kann zu einer Zunahme von Intensiv- und anderen Krankentransporten z. B. im Bereich der Luftrettung führen, wirft aber zugleich die Frage auf, in welchen Fällen Transportleistungen im Rettungswesen durch telemedizinische Leistungen substituiert werden können (Ausschuss Rettungswesen 2000).

861. Als Konsequenz aus den skizzierten Entwicklungstendenzen in der Krankenhausversorgung ergibt sich die Notwendigkeit einer engen Abstimmung der Rettungsdienst- und der Krankenhausplanung auf der Ebene der Bundesländer. Die Notfallversorgung durch den Rettungsdienst und die Weiterbehandlung von Notfallpatienten im Krankenhaus sind Elemente eines logistischen Systems „Notfallrettung“,

das in der Zusammenschau der einzelnen Versorgungsbereiche geplant und administriert werden muss.

6.4.3.5 Koordinationsfunktion der Leitstelle

862. Die Leitstelle dient als Einsatzkoordinationszentrale für alle rettungsdienstlichen Hilfeersuchen eines regionalen Zuständigkeitsbereichs (Ausschuss Rettungswesen 2001). Auf der Grundlage von in der Regel telefonisch übermittelten Informationen wird über den Einsatz von Rettungsmitteln sowie über die Notwendigkeit eines Notarzteinsatzes entschieden. Damit fällt der Leitstelle prinzipiell die Aufgabe der Koordination von Aktivitäten zwischen der Erstversorgung am Notfallort durch Laienhelfer und der Aufnahme in ein geeignetes Krankenhaus zu. Dazu ist es notwendig, dass das Personal der Leitstelle über Ort und Einsatzfähigkeit der verfügbaren Rettungsmittel sowie über die Auslastung geeigneter Krankenhäuser unterrichtet ist. Die Leistungsfähigkeit einer Leitstelle wird wesentlich durch ihre personelle Besetzung beeinflusst (Behrendt, H. u. Schmiedel, R. 2001a).

863. Dem Aufgabenspektrum einer Leitstelle können neben dem Rettungsdienst mit Notfallversorgung und Krankentransport auch der Brandschutz, der Katastrophenschutz, Hilfeleistungen bei Großschadensereignissen bzw. „Massenanfall von Verletzten“, die technische Hilfeleistung in Notfällen und Verlegungstransporte zugeordnet werden, statt diese Aufgaben von anderen Leitstellen wahrnehmen zu lassen. Integrierte Leitstellen bieten einsatztaktische sowie Synergie- und Wirtschaftlichkeitsvorteile. Eine Einbeziehung von weiteren Zuständigkeiten z. B. für die Koordination des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes und für weitere Steuerungsaufgaben ist prinzipiell möglich (Ausschuss Rettungswesen 2001; Ellinger, K. u. Genzwürker, H. 2002). Eine zunehmende Spezialisierung von Krankenhäusern wird nicht zuletzt eine Optimierung der Zuweisungsstrategien von Notfallpatienten inklusive eines schnelleren und transparenteren Informationsflusses erforderlich machen. Daraus resultieren neuartige Anforderungen an die Leitstellen.

864. Die Koordination des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes über die Rettungsleitstelle kann dazu beitragen, Fehleinsätze und damit Fehlversorgung zu vermeiden. Eine integrierte Leitstelle nimmt dem Patienten die Entscheidung darüber ab, welches Versorgungssystem wahrscheinlich situationsadäquat ist. Schätzungen zufolge könnte in ca. 30 bis 40 % der Notarzteinsätze die Patientenversorgung durch den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst erfolgen (Hennes, P. u. Reinhardt, K. 2001; Dick, W. F. 2002, vgl. auch 6.4.3.1).

865. Integrierte Leitstellen haben für den Nutzer des Rettungssystems den Vorteil, dass ihm in einer Notfallsituation nur eine einzige Telefonnummer für Notrufe bekannt sein muss. Die Notrufnummer 112 wird international und auch in allen Bundesländern für die Feuerwehr, zugleich in den meisten Bundesländern zur Alarmierung des Rettungsdienstes verwendet. In Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und im Saarland ist Rettungsleitstellen die Nummer 19222 zugeordnet²²⁷. In Niedersachsen werden

²²⁷ Eine Ausnahme in Bayern ist die integrierte Leitstelle in München mit der Notrufnummer 112.

beide Nummern zur Alarmierung des Rettungsdienstes verwendet. Eine bundesweit bzw. europaweit einheitliche Notrufnummer 112 für den Rettungsdienst wurde bisher nicht verwirklicht, obwohl sie seit langem u. a. von der EU gefordert wird (vgl. Rat der Europäischen Gemeinschaften 1991). Der vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Bereitschaftsdienst ist über regional unterschiedliche Rufnummern zu erreichen und zum Teil zusätzlich in fachspezifische Dienste mit jeweils eigenen Rufnummern gegliedert. Neben Notrufnummern für den Rettungsdienst, für den vertragsärztlichen und für den vertragszahnärztlichen Bereitschaftsdienst werden noch weitere Notrufnummern für unterschiedliche Zwecke wie Apothekennotdienst, Pflegenotruf, Suchtberatung, ärztliche und zahnärztliche Notrufe für Privatpatienten und Such- und Rettungsdienst im Küstenbereich der Nord- und Ostsee verwendet. Eine Verminderung der Zahl an Notrufnummern ist unter dem Aspekt einer verbesserten Nutzerorientierung sinnvoll, setzt aber technisch und personell entsprechend gut ausgestattete Leitstellen voraus.

866. Die bisher überwiegend für die Koordination rettungsdienstlicher Einsätze zuständigen Leitstellen werden sich möglicherweise mehr zu „Callcentern“ mit einem vielfältigeren Aufgabenspektrum entwickeln. Hierzu könnten u. a. die Vermittlung von Informationen über Einrichtungen des Gesundheitswesens, Datenbankabfragen, die Koordination und Integration psychosozialer Notfallhilfen, eine differenziertere Krankenhauszuweisungsstrategie, Anweisungen an Ersthelfer zur Durchführung von Reanimationsmaßnahmen und eine stärkere Einbindung in das rettungsdienstliche Qualitätsmanagement zählen. Dies macht eine Bündelung von Ressourcen, insbesondere die Zusammenlegung kleiner organisatorischer Einheiten, eine Qualifizierung (und ggf. Aufstockung) des eingesetzten Personals, die Ausschöpfung technischer Möglichkeiten (vor allem hinsichtlich der Informations- und Kommunikationstechnik inklusive der digitalen Datenübermittlung und des Zugriffs auf Datenbanken) und eine Vereinheitlichung der Notrufnummer notwendig. Eine derartige Entwicklung muss nicht nur in der Planung, sondern auch in Finanzierungs- bzw. Vergütungsregelungen, in der Qualifizierung des Rettungsfachpersonals und der Notärzte sowie im Qualitätsmanagement berücksichtigt werden (Ellinger, K. u. Genzwürker, H. 2002; Luiz, T. et al. 2002; Hallström, A. et al. 2000).

867. Eine unter qualitativen und ökonomischen Gesichtspunkten optimale (Neu-)Gestaltung der räumlichen Zuschnitte von Zuständigkeitsbereichen integrierter Leitstellen ist als eine vordringliche Aufgabe der zuständigen Landesbehörden anzusehen. Als bedarfsgerecht kann der Dispositionsbereich einer Leitstelle gelten, wenn

- innerhalb des Zuständigkeitsbereiches ein maximales und zwischen benachbarten Dispositionsbereichen ein minimales rettungsdienstliches Verkehrsaufkommen besteht und
- die Leitstelle gemessen an den eingehenden Auskunft- und Hilfeersuchen sowie der daraus resultierenden Bearbeitungszeit angemessen besetzt ist.

Der räumliche Zuschnitt kann auf der Grundlage von Informationen über die regionale Siedlungsstruktur erfolgen, wobei kreis- und länderübergreifende Verkehrs- und Patienten-

flüsse zu berücksichtigen sind (Bundesanstalt für Straßenwesen 1998; Behrendt, H. u. Schmiedel, R. 2001).

6.4.4 Qualität im Rettungswesen

6.4.4.1 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

868. Rechtliche Vorgaben zur Qualitätssicherung im Rettungsdienst sind zumeist knapp gehalten und beziehen sich hauptsächlich auf die Strukturqualität. Im Hinblick auf die gesetzliche Krankenversicherung lässt sich aus dem SGB V die Verpflichtung zur Qualitätssicherung auch im Rettungsdienst ableiten:

- Qualität und Wirksamkeit von Leistungen haben nach § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen.
- Nach § 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V muss die Versorgung von Versicherten in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- § 135a Abs. 1 SGB V verpflichtet die Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen.
- Letztlich erfordert auch das Wirtschaftlichkeitsgebot in § 12 Abs. 1 SGB V Transparenz über die Qualität der zu Lasten der GKV erbrachten Leistungen.

869. Unabhängig von Bestimmungen im SGB V ist der Rettungsdienst als Teil der Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr auf der Ebene der Bundesländer geregelt. Vorschriften zur Qualität im Rettungswesen sind unterschiedlich detailliert und zum Teil kaum vorhanden bzw. vergleichsweise unbestimmt. Allerdings lässt sich aus den Landesgesetzen die Forderung ableiten, dass die Versorgung mit den Leistungen des Rettungsdienstes flächendeckend, zeitnah, dauerhaft, fach- und bedarfsgerecht, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden soll (Hennes, P. u. Reinhardt, K. 2001). Weitere Regelungen zur Qualität im Rettungswesen ergeben sich u. a. aus Vorgaben und aus Empfehlungen von Fachverbänden, Bundes- und Landesärztekammern.

870. Für die Entwicklung eines zukunftsorientierten Qualitätsmanagements bedarf es zunächst einheitlicher Definitionen etwa der Begriffe „Notfallrettung“, „Notfallpatient“ und „Hilfsfrist“ sowie einheitlicher Zielvorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Als übergeordnete Zielvorgaben können – neben der grundsätzlich bestehenden Forderung einer bedarfsgerechten, permanenten, flächendeckenden und wirtschaftlichen Erbringung der rettungsdienstlichen Leistungen – beispielsweise gelten (Bundesanstalt für Straßenwesen 1998; Hennes, P. 2001a):

- Schnellstmögliches Eintreffen von Notarzt und Rettungsfachpersonal beim Patienten,
- zügiger Beginn der notfallmedizinisch gebotenen Rettungs- und Versorgungsmaßnahmen,
- Einsatz und Durchführung der rettungsdienstlichen Maßnahmen nach anerkannten Standards (bzw. falls vorhanden nach evidenzbasierten Leitlinien),
- fachgerecht betreute Beförderung des Patienten in die nächstgelegene geeignete Versorgungseinrichtung,
- Effizienz nicht nur bezogen auf den einzelnen Einsatz, sondern auf das Gesamtsystem des Rettungsdienstes

(Struktur der Rettungsdienstbereiche, Ausstattung mit Rettungswachen und Rettungsmitteln, Abstimmung von bodengebundener Rettung und Luftrettung etc.) und

- bestmögliche patientenbezogene Outcomes (auch: Auswirkungen von Notfallversorgungsprozessen einschließlich der nachgelagerten Versorgung im Krankenhaus auf die Lebensqualität von Notfallpatienten).

871. Während Struktur- und Prozessparameter z. T. vergleichsweise einfach zu erfassen sind bzw. bereits erhoben werden, bereitet die Erfassung von patientenbezogenen Outcomes in der Praxis große Schwierigkeiten. Es müssen alltagstaugliche Verfahren entwickelt und evaluiert werden, um die Ergebnisqualität patientenbezogen abzubilden und in Beziehung zu Struktur- und Prozessmerkmalen der rettungsdienstlichen Versorgung setzen zu können. Die Ergebnisqualität könnte dabei auf drei Ebenen gemessen werden (vgl. Schlechtriemen, T. et al. 2002):

- Primäre Ergebnisqualität: Zustand des Patienten bei Übergabe an eine weiterversorgende Einrichtung.
- Sekundäre Ergebnisqualität: z. B. Verweildauer auf der Intensivstation bzw. im Krankenhaus.
- Tertiäre Ergebnisqualität: z. B. Mortalität, Lebensqualität in definierten Zeitabständen nach dem Notfallereignis.

Von Bedeutung für das Versorgungsergebnis sind über die Leistungen des Rettungsdienstes hinaus die Funktionsfähigkeit der gesamten „Rettungskette“ mit ihren Schnittstellen einschließlich der Schnittstellen Laienhilfe/Rettungsdienst und Rettungsdienst/Krankenhaus sowie die Koordination von Rettungsdienst und vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst, verbunden mit einer einheitlichen Einsatzdisposition über integrierte Leitstellen.

872. Die Einsatzdisposition der Leitstelle kann standardisiert anhand von Indikationslisten erfolgen. Die Erarbeitung, Überprüfung und ggf. Anpassung derartiger Kataloge stellt eine mögliche Aufgabe für einen „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ dar. Kriterien für die Dispositionsqualität einer Leitstelle können u. a. die Auswahl eines geeigneten Rettungsmittels und Bearbeitungszeiten von Notrufen sein. Notwendig für ein Qualitätsmanagement, das überregionale Vergleiche im Sinne eines Benchmarking erlaubt, ist eine einheitliche Dokumentation. Die Dokumentationsbögen der DIVI (z. B. Notarzt- oder Rettungsdienstprotokoll) haben zwar weite Verbreitung gefunden, häufig sind sie jedoch in lokal modifizierter Form in Gebrauch, werden unvollständig ausgefüllt oder nicht ausgewertet.

873. Zum Qualitätsmanagement tragen auch Untersuchungen der präklinischen Versorgung anhand von Tracerdiagnosen bei. Als Tracerdiagnosen bieten sich in der notärztlichen Versorgung häufige Krankheiten an, für deren Versorgung abgestimmte Vorgaben existieren wie z. B. für das akute Koronarsyndrom, den Schlaganfall, das schwere Schädel-Hirn-Trauma und das Polytrauma. Untersuchungen sollten an verschiedenen Standorten nach einheitlichen Vorgaben durchgeführt werden. Bei der Umsetzung solcher Erhebungen sollte man sich die Erfahrungen aus anderen Bereichen – insbesondere der Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 137 SGB V, die von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS, www.bqs-online.de) durchgeführt werden – zu

Nutze machen und die eingesetzten Instrumente aufeinander abstimmen.

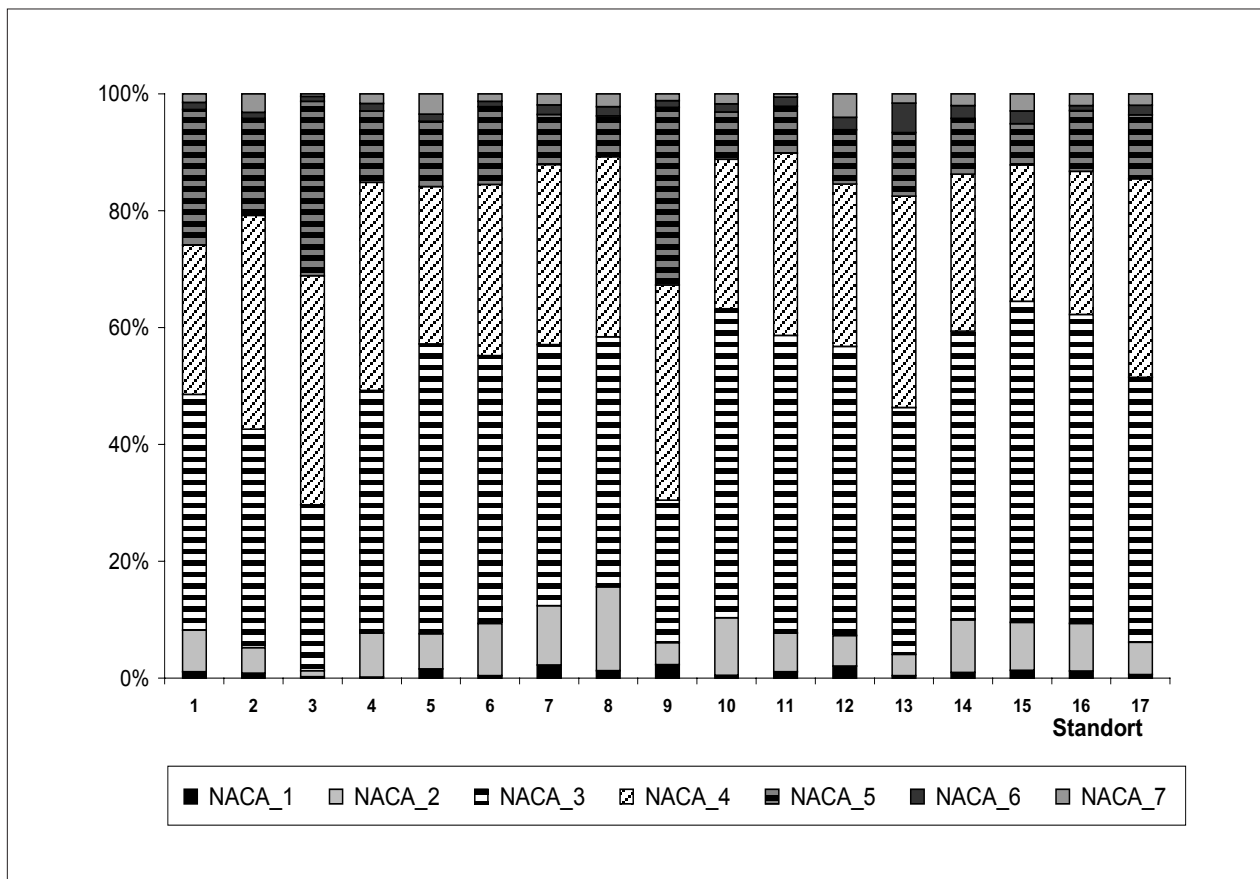
874. Der Aufbau eines umfassenden Qualitätsmanagements im Rettungswesen wird sowohl durch die Vielfalt der beteiligten Leistungserbringerorganisationen als auch durch die häufig anzutreffende Zersplitterung der Trägerverantwortung auf einzelne Kommunen bzw. Kreise erschwert. Zwar beginnen einzelne Rettungsdienstorganisationen mit dem Aufbau interner Qualitätsmanagementsysteme und lassen sich teilweise zertifizieren (z. B. QM-Projekt „Qualität rettet Leben“ des Malteser Hilfsdienstes mit Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001, siehe Runggaldier, K. u. Falk, B. 2000). Diese sind jedoch vornehmlich nach innen auf die Optimierung der Organisation, nicht nach außen auf die Darstellung der (ergebnisbezogenen) Qualität rettungsdienstlicher Leistungen ausgerichtet. Dem Ziel der externen vergleichenden Qualitätssicherung kommen Systeme wie das in Baden-Württemberg mittlerweile landesweit eingeführte Notarztdokumentationssystem (NADOK, www.nadok.de) näher. Es basiert auf dem „minimalen Notarzt Datensatz“ (MIND), der von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) entwickelt wurde. Neben Angaben zur Einhaltung der Hilfsfrist und zur Qualifikation der Notärzte liefert die Auswertung der Daten u. a. Hinweise darauf, ob der Einsatz des Notarztes relativ zur Erkrankungsschwere der Patienten indiziert und ob der Zustand von Patienten bei Übergabe an die Klinik verbessert war²²⁸. Ferner werden die ergriffenen Maßnahmen und die Ergebnisse von Reanimationen erfasst. Ein Benchmarking der verschiedenen Rettungsdienststandorte hinsichtlich dieser Parameter ist möglich (vgl. Abbildung 35, S. 285). Welche Konsequenzen daraus allerdings insbesondere auch von Seiten der Träger gezogen werden, erscheint bis dato unklar.

875. Im Rahmen dieses Gutachtens muss auf eine detaillierte Darstellung und Analyse aller vorhandenen Qualitätsmanagementansätze im deutschen Rettungswesen verzichtet werden. Aktuelle Publikationen ist jedoch zu entnehmen, wo Nachholbedarf hinsichtlich des Qualitätsmanagements im Rettungsdienst gesehen wird (Ahnefeld,

²²⁸ Ob der Einsatz eines Notarztes gerechtfertigt war, lässt sich näherungsweise an der Einsatzklassifikation NACA (National Advisory Committee for Aeronautics = Score zur Beurteilung von Kranken und Verletzten für Lufttransporte) ablesen: Werden die Patienten in die NACA-Klassen 1 (geringfügige Störung) und 2 (aus Sicht des Notarztes ambulante Abklärung notwendig) eingestuft, wäre – ex post betrachtet – der Einsatz des Notarztes nicht notwendig gewesen. NACA 3 (aus Sicht des Notarztes stationäre Abklärung notwendig) wird als bedingte Indikation für den Notarzteinsatz angesehen. Als indiziert wird der Einsatz des Notarztes erst ab der NACA-Stufe 4 (drohende Lebensgefahr) angesehen (vgl. Abbildung 35, siehe auch Messelken, M. et al. 1998; Messelken, M. u. Dirks, B. 2001). Die Auswertungen dieser Daten stützen die Annahme, dass 30 bis 40 % der Notarzteinsätze durch andere Rettungsmittel bzw. durch den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst substituierbar sind. In der Verteilung der NACA-Klassen schlägt sich u. a. auch die Qualität der Dispositionsleistung der zuständigen Leitstelle nieder. Die Abbildung des intermediären Outcomes „Zustand bei Übergabe an Klinik“ erfolgt über den Mainz Emergency Evaluation Score (MEES) (vgl. www.nadok.de/img/mees.jpg). Inwieweit dieses Instrument allerdings tatsächlich geeignet ist, die Qualität der notärztlichen Versorgung zu beurteilen, ist angesichts der vielen interferierenden Faktoren und des unklaren prognostischen Wertes der generierten Aussagen hinsichtlich harter Outcome-Daten unklar.

Abbildung 35

Benchmarking für Rettungsdienststandorte am Beispiel eines Vergleichs der Notarzteinsatzklassifikation^{a)}



a) NACA 1: geringfügige Störung; NACA 2: ambulante Abklärung; NACA 3: stationäre Abklärung; NACA 4: drohende Lebensgefahr; NACA 5: akute Lebensgefahr; NACA 6: Reanimation; NACA 7: Tod (bzw. erfolglose Reanimation); NACA 1 bis 2: Notarzteinsatz nicht notwendig, bei 3 bedingt indiziert, ab 4 indiziert.

Quelle: Messelken, M. (2003, persönliche Mitteilung)

F. W. u. Hennes, P. 2001a; Schlechtriemen, T. 2002; Bundesanstalt für Straßenwesen 2002):

- Bundeseinheitliche Definition wichtiger Parameter der Strukturqualität (z. B. Hilfsfrist),
- zeitnahe einheitliche Erfassung und (regionalisierte) Auswertung dieser Parameter und Verwendung der Ergebnisse für die Rahmenplanung,
- einheitliche Dokumentation und Auswertung der Einsätze,
- Disposition aller medizinischen Hilfeersuchen über integrierte Leitstellen anhand von standardisierten Indikationskatalogen,
- Qualitätssicherung der Dispositionsleistung der Leitstelle,
- Entwicklung und Umsetzung von (evidenzbasierten) Leitlinien,
- Standardisierung der Ausstattung,
- Qualitätssicherung der Aus- und Weiterbildung von Notärzten und Rettungsfachpersonal,
- einheitliche Erhebung und Benchmarking der Versorgungsqualität bei bestimmten „Tracerdiagnosen“ (z. B. akutes Koronarsyndrom, Schlaganfall, schweres Schädel-Hirn-Trauma, Polytrauma),
- Einbeziehung nachgeordneter Strukturen (Krankenhäuser) in das Qualitätsmanagement (insbesondere Optimierung der Patientenübergabe und Weiterversorgung),
- Messung der patientenbezogenen Ergebnisqualität unter Einbeziehung von Klinikdaten (z. B. Entlassungsdiagnose, Verweildauer, Krankenhaussterblichkeit) und Erfassung weiterer Endpunkte (z. B. Langzeitmortalität, Lebensqualität) zumindest im Rahmen von Forschungsprojekten,

- Qualitätssicherung auch der nicht ärztlich begleiteten Rettungsdienst-Einsätze²²⁹,
- Rückmeldung der Erkenntnisse ins System und Realisierung von Optimierungspotenzialen.

Zur Herstellung von Transparenz über die Versorgungsqualität und Effizienz im Rettungswesen bedarf es der Entwicklung länderübergreifend einheitlicher Vorgaben für Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Vergütungs- bzw. Finanzierungsregelungen sollten auf diese Vorgaben Bezug nehmen.

6.4.4.2 Qualifikation von Rettungsfachpersonal und Notärzten

876. Zur Sicherstellung einer angemessenen Qualität der Notfallversorgung gehört auch die Qualifizierung des Rettungsfachpersonals und der Notärzte. Mit dem Rettungsdienstgesetz von 1989 (RettAssG) und der zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (RettAssAPrV) wurde eine zweijährige Ausbildung für Rettungsassistenten vorgegeben²³⁰. Eine Novellierung der derzeit geltenden Ausbildungsvorschriften für Rettungsassistenten wird seit Jahren gefordert. Die Änderungsvorschläge beinhalten eine Verlängerung der Ausbildung auf drei Jahre, womit der Rettungsassistent anderen Gesundheitsfachberufen gleichgestellt würde. Neben einer Aufwertung des Berufes und erleichterten Wechselmöglichkeiten zwischen den verschiedenen Gesundheitsfachberufen soll die Verlängerung der Ausbildung vor allem die medizinische Qualifikation der Ausgebildeten verbessern. Auf der Grundlage einer solchen Ausbildung erscheint es möglich, die Handlungskompetenz der Rettungsassistenten im Notfalleinsatz zu erweitern und Maßnahmen der „Notkompetenz“ in die „Regelkompetenz“ zu überführen (vgl. Ruppert, M. et al. 2002; BAND 2002; www.bundesaeztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/NotfallRet.html).

877. Bislang ist es Rettungsassistenten außer in Notfallsituationen – wenn unmittelbare Lebensgefahr für den Patienten besteht, vor Ort aber (noch) kein Arzt verfügbar ist – nicht gestattet, gewisse notfallmedizinische Maßnahmen (z. B. Legen von venösen Zugängen, Verabreichen von Medikamenten, Intubation, Defibrillation) zu ergreifen. Im Zuge der Delegation kann allerdings ein anwesender Arzt die Durchführung solcher Maßnahmen durch Rettungsassistenten veranlassen. Vor dem Hintergrund, dass bei bestimmten Notfällen wie z. B. Herz-Kreislaufstillstand buchstäblich jede Minute zählt und Rettungsassistenten auch bei zeitgleicher Alarmierung häufig vor dem Notarzt am Notfallort eintreffen, könnte die Notfallversorgung verbessert werden, indem Rettungsassistenten die eigenständige Anwendung solcher Maßnahmen gestattet würde. Die Inhalte der diskutierten zukünftigen „Regelkompetenz“ der Rettungsassistenten (aufgeteilt in „Grundkompetenz“ und „erweiterte Kompetenz“) sind in Tabelle 61 aufgelistet.

²²⁹ Konsequenterweise sollte auch eine Qualitätssicherung der Einsätze des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes erfolgen. Ein erster Schritt könnte eine verbesserte Dokumentation der Indikationen bzw. Diagnosen, der erhobenen Anamnese und Befunde sowie der veranlassenden Maßnahmen sein.

²³⁰ Aufgrund großzügiger Übergangsregelungen erhielten jedoch auch viele frühere Rettungssanitäter die Anerkennung als Rettungsassistenten.

Tabelle 61

Zukünftige Regelkompetenz von Rettungsassistenten

Grundkompetenz	Erweiterte Kompetenz (mit gesonderter Dokumentationspflicht)
Diagnostik der vitalen Funktionen und Basisuntersuchung	Feststellung einer Arbeitsdiagnose bei Notfallpatienten
Lebensrettende Sofortmaßnahmen	EKG-Ableitung mit Basisinterpretation
Immobilisationen, pflegerische und betreuende Maßnahmen	Erweiterte Reanimation mit Defibrillation und Medikation
Patiententransport (Vorbereitung und Durchführung)	Intubation in ausgewählten Situationen
	Legen eines peripheren venösen Zugangs
	Infusion von Elektrolytlösungen
	Applikation ausgewählter Medikamente

Quelle: Eigene Darstellung nach BAND 2002

878. Dem flächendeckend verbindlich einzuführenden „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ (vgl. 6.4.4.3) obläge es, regelmäßig die persönliche Eignung des einzelnen Rettungsassistenten für die Durchführung bestimmter Maßnahmen der erweiterten Kompetenz zu überprüfen und eine entsprechende zeitlich befristete Erlaubnis zu erteilen. Ferner wird in der fachlichen Diskussion die Klärung der (haftungs)rechtlichen Rahmenbedingungen für notwendig erachtet. Zudem ist die Stellung des Rettungsassistenten gegenüber dem Arzt gegebenenfalls neu zu definieren, wenn dreijährig ausgebildete Rettungsassistenten verstärkt eigenständig tätig werden. Hier wären Regelungen analog zum Hebammengesetz denkbar (Ruppert, M. et al. 2002).

879. Wie bereits unter 6.4.3.2 ausgeführt, hängt die Überlebenschance von Personen mit Herzstillstand entscheidend vom Zeitpunkt des Beginns suffizienter Reanimationsmaßnahmen inklusive der Anwendung von Defibrillatoren ab. Aus Sicht des Rates erscheint daher eine Erweiterung der Handlungskompetenz von Rettungsassistenten wünschenswert, sofern diese von adäquaten Qualitätssicherungsmaßnahmen flankiert ist. Im weiteren Sinne zählt hierzu auch, dass bereits ausgebildetes Rettungsdienstpersonal die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten in einer Prüfung nachweisen muss. Die Auswirkungen einer Neugestaltung der Rettungsassistentenausbildung z. B. auf Vorgaben zur Besetzung von Rettungsmitteln bzw. -wachen und auf die Finanzierung der Ausbildungsstätten sind frühzeitig zu berücksichtigen.

880. Angesichts der beschriebenen zu erwartenden Kompetenzerweiterung der Rettungsassistenten, welche ggf. einen Teil der Notarzteinsätze überflüssig machen würde (vgl. Dick, W. F. 2002), Hinweisen auf relative Überversorgung

mit Notarzteinsätzen (vgl. Abbildung 35) und des sich abzeichnenden Mangels an Ärzten vor allem in ländlichen Gebieten ist zu klären, in welchen Notfällen ein Notarzt hinzugezogen werden und über welche Kompetenzen er verfügen sollte.

Wie in Abschnitt 6.4.3.3 ausgeführt, soll der Notarzt Patienten mit lebensdrohlicher Erkrankung bzw. Verletzung versorgen. Ein solcher Zustand ist u. a. dann anzunehmen, wenn der Verdacht auf fehlende oder deutlich beeinträchtigte Vitalfunktionen besteht (patientenbezogene Indikationsstellung) oder wenn bestimmte Notfallsituationen gegeben sind (notfallbezogene Indikationsstellung) (vgl. Tabelle 62).

Tabelle 62

Indikationen für Notarzteinsätze

Patientenbezogene Indikationsstellung	Notfallbezogene Indikationsstellung
keine Reaktion auf Ansprache und Schütteln	schwerer Verkehrsunfall mit Personenschaden
ausgeprägte oder zunehmende Atemnot; Atemstillstand	Brände und/oder Rauchgasentwicklung mit Hinweis auf Personenbeteiligung
ausgeprägte oder zunehmende Kreislaufinsuffizienz; Kreislaufstillstand	Explosionsunfälle, thermische oder chemische Unfälle mit Personenbeteiligung
schwere Verletzung oder Blutung; starke akute Schmerzen	Wasser- und Ertrinkungsunfälle, Eisenbruch
	Maschinenunfall mit Einklemmung
	Verschüttung
	Sturz aus großer Höhe
	Schuss-, Stich- und Hiebverletzungen im Kopf-, Hals- oder Rumpfbereich
	Geiselnahme und sonstige Verbrechen mit unmittelbarer Gefahr für Menschenleben
	drohender Suizid
	unmittelbar einsetzende oder stattgefundene Geburt

Quelle: Eigene Darstellung nach Dick, W. F. (2002), vgl. auch Indikationskataloge der Bundesärztekammer (www.bundesaerztekammer.de) oder der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte (www.agbn.de)

881. Bei strikter Indikationsstellung und Disposition durch eine integrierte Leitstelle, d. h. unter der Voraussetzung einer engen regionalen Abstimmung des rettungsdienstlichen Notarztsystems und des vertragsärztlichen Bereitschaftsdien-

tes, wären Notärzte zukünftig vor allem mit eher komplexen Notfällen befasst²³¹. Als solche komplexen Notfälle mit kritischem Zeitintervall gelten u. a. Schockzustände, Koma unterschiedlicher Genese, Herzinfarkt, Herz-Kreislaufstillstand, Schädel-Hirn-Trauma und Polytrauma. Diese Notfallsituationen stellen nicht nur an die medizinischen Fachkenntnisse, sondern auch an die organisatorischen Fähigkeiten der Notärzte besondere Anforderungen. Zudem bedarf es teilweise detaillierter Kenntnisse über spezielle Gefahrenkonstellationen und geeignete rettungstechnische Vorgehensweisen. Dies ist bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Notärzten zu berücksichtigen.

882. Wie in Abschnitt 6.4.3.1 ausgeführt, sind Notärzte zunehmend mit psychosozialen Notfällen konfrontiert. Die adäquate Versorgung dieser Patientengruppen erfordert ebenfalls spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. Gesprächsführung, Krisenintervention, spezielle Psychopharmakologie). Viele Notärzte fühlen sich jedoch diesbezüglich unzureichend ausgebildet und fordern eine stärkere Berücksichtigung dieser Thematik in der Aus-, Weiter- und Fortbildung (Pajonk, F. G. et al. 1998; Pajonk, F. G. et al. 2001c)²³².

883. Die Qualifikationsanforderungen an die Tätigkeit als Notarzt sind nicht bundeseinheitlich festgelegt. Die Vorgaben für die benötigte Fachkunde bzw. Zusatzbezeichnung variieren zwischen den Landesärztekammern teilweise beträchtlich. Während in einigen Regionen die Qualifikation zum Notarzt bereits im Verlauf der AIP-Zeit erfolgen kann, ist in anderen Kammerbereichen die Vollapprobation Voraussetzung dafür, mit der Weiterbildung zum Notarzt beginnen zu dürfen. Vergleichbare Unterschiede gibt es z. B. hinsichtlich der Anforderungen an die intensivmedizinische Ausbildung der Notärzte. Der inhaltlichen Heterogenität entspricht ein Nebeneinander von verschiedenen Bezeichnungen der Eignungsnachweise: „Fachkundenachweis Rettungsdienst“, „Fachkunde Arzt im Rettungsdienst“, „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“, „Zusatzbezeichnung Rettungsmedizin“ und „Rettungsarzt“²³³ (Hinkelbein, J. et al. 2002). Aus Sicht des Rates sind die Bemühungen um eine bundeseinheitliche Gestaltung der notärztlichen Weiterbildung (z. B. durch flächendeckende Umsetzung der Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Einführung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin, vgl. www.bundesaerztekammer.de) zu verstärken. Zudem sollten nur Ärzte als eigenverantwortlich handelnde Notärzte eingesetzt werden, die auch über die entsprechenden Qualifikationsnachweise verfügen. Dies sicherzustellen liegt in der Verantwortung der Institutionen, die Notärzte stellen (Krankenhäuser), des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst und des regionalen Trägers des Rettungsdienstes.

884. Über welche fachliche Ausgangsqualifikation Notärzte verfügen, variiert deutlich je nach regionaler Organisation des Rettungsdienstes. Die am häufigsten vertretenen Disziplinen sind die Anästhesie, die Innere Medizin und die

²³¹ Wenngleich sich damit die Zahl der Einsätze verringern müsste, kann die Zahl der Notarztstandorte nur soweit reduziert werden, wie dies die Einhaltung vorgegebener Hilfsfristen bzw. vertretbarer Eintreffzeiten nicht tangiert. Auch bei geringerer Inanspruchnahme muss die notärztliche Versorgung rund um die Uhr gewährleistet sein. Wirtschaftlichkeitsreserven lassen sich insofern nur bedingt realisieren.

²³² Ähnliches gilt auch für das Rettungsfachpersonal.

²³³ Früher von der Ärztekammer Westfalen-Lippe vergeben.

Chirurgie. Da die notärztliche Tätigkeit für viele Ärzte eine Durchgangsstation im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung ist, wird sie nicht selten von relativ unerfahrenen Ärzten ausgeübt²³⁴ (vgl. Dick, W. F. 2002; Messelken, M. u. Dirks, B. 2001). Dies steht im Widerspruch zur Forderung von Fachvertretern, dass Notärzte längerfristig in diesem Bereich tätig sein sollten. Andererseits wird vor den Auswirkungen eines ärztlichen Nachwuchsmangels auf die Besetzung von Notarztstellen bzw. -dienstplänen gewarnt (Dick, W. F.; Ruppert, M. et al. 2002). Aus Sicht des Rates sollte in dieser Situation einerseits eine adäquate fachliche Anleitung und Supervision der Notärzte sichergestellt werden. Andererseits sind geeignete Anreize (z. B. Freizeitausgleich, leistungsgerechte Vergütung, Entlastung von anderen Aufgaben) zu setzen, welche die Attraktivität der Notarztztätigkeit dauerhaft sichern.

6.4.4.3 Weiterentwicklung von Führungsstrukturen

885. Die Organisation des Rettungsdienstes ist geprägt vom Wechsel zwischen Bereitschafts- und Einsatzsituationen und dem Zusammenwirken verschiedener Hilfsdienste und Berufsgruppen. Dies spiegelt sich einerseits in situativ unterschiedlichen Führungsstilen (eher kooperativ während der Bereitschaft, eher autoritär während des Einsatzes) wider. Andererseits resultieren daraus parallel entwickelte Führungsstrukturen innerhalb der Hilfsorganisationen (Rettungsdienste, Feuerwehren, Technisches Hilfswerk etc.) und innerhalb der beteiligten Berufsgruppen, deren Aufgabenbereiche zudem in der Regel nach Bereitschafts- und Einsatzsituation (z. B. Großschadensereignis, „Massenanfall von Verletzten“) aufgeteilt sind:

- Bereitschaftssituation: Leiter Rettungsdienst und Ärztlicher Leiter Rettungsdienst,
- Einsatzsituation: Organisatorischer Leiter und Leitender Notarzt²³⁵.

886. Die Führungssituation im Bereich des Rettungsdienstes ist – zumindest während der Einsätze – durch situations- und aufgabenbezogene Besonderheiten gekennzeichnet, die berücksichtigt werden müssen (in Anlehnung an Bundesanstalt für Straßenwesen 1998):

- Dynamik und Zeitdruck,
- hohe Leistungsanforderungen,
- hohe Verantwortung und Ethos,
- hoher Erfolgswang,
- Entscheidungskompetenz auch in Extremsituationen,
- plötzlich auftretender Leistungsbedarf,

²³⁴ Wie in Abschnitt 6.4.3.4 ausgeführt, tritt dieses Phänomen bei der stationären Notfallversorgung noch deutlicher zu Tage. Auch die im Krankenhaus tätigen Ärzte sollten über angemessene, dem Notarzt vergleichbare notfallmedizinische Qualifikationen verfügen.

²³⁵ Diese Funktionen sind allerdings nicht in allen Regionen bzw. in allen an der Notfallversorgung beteiligten Organisationen in gleicher Benennung und Funktionszuordnung implementiert. Zudem existieren noch weitere Positionen wie z. B. der Leiter Notarztstandort oder Leiter Rettungswache. Eine nach Bundesländern differenzierende Darstellung findet sich in Bundesanstalt für Straßenwesen 1998.

- beschränkte Planbarkeit,
- schnelle Einsatzbereitschaft,
- hohes Querschnittswissen und
- große psychosoziale Belastungen.

Im Folgenden werden die wichtigsten Führungspositionen im Rettungswesen anhand der ihnen zugewiesenen Funktionen näher beschrieben. Sie sind jedoch keineswegs in allen Regionen bzw. Rettungsdienstbereichen in der dargestellten Weise etabliert. Auch weichen die ihnen jeweils zugewiesenen Aufgabenbereiche und Kompetenzen teilweise erheblich voneinander ab.

Leiter Rettungsdienst

887. Der Leiter Rettungsdienst wird nicht in den Rettungsdienstgesetzen der Länder vorgeschrieben und nicht von den Trägern des Rettungsdienstes ernannt, sondern (falls diese Funktion überhaupt vorgesehen ist) intern von dem am Rettungsdienst beteiligten Organisationen bestimmt. Damit ist er im Gegensatz zu den im Folgenden dargestellten Leitungsfunktionen i. d. R. nur innerhalb der eigenen Organisation weisungsbefugt²³⁶. Benennung und Beschreibung der Position variieren regional und zwischen den verschiedenen Organisationen deutlich. Das Deutsche Rote Kreuz (1990) beispielsweise definiert diesen Funktionsträger als denjenigen, der die Gesamtverantwortung für den Rettungsdienst inklusive der Rettungsleitstelle, der Verwaltung, der Technik und des Fuhrparks trägt.

888. Die Aufgaben des Leiters Rettungsdienst werden nur selten ausführlich beschrieben. Nach einer Aufstellung der Bundesanstalt für Arbeit (1995) gehören dazu u. a.

- Diensteinteilung der Mitarbeiter inklusive des Erstellens von Dienstplänen für die Rettungswachen,
- Steuern des Dienstablaufes auf Rettungswachen,
- Überwachen und Organisation der Instandhaltung des Fahrzeugparks,
- Überwachen der Ausstattung der Rettungsmittel,
- Bevorratung der benötigten Verbrauchsmaterialien,
- Beraten der Geschäftsführung hinsichtlich erforderlicher Anschaffungen,
- Durchsicht erstellter Transportbelege, gegebenenfalls Klären von Zweifelsfällen,
- Erfassen der Berechtigungsnachweise für den Behindertenfahrdienst und Erstellen der entsprechenden Abrechnungen,
- Projektbetreuung bei Großveranstaltungen,
- Zusammenarbeit mit Ärzten, Polizei, Leitstelle, Feuerwehr, Krankenhäusern, Behörden etc.
- Teilnahme an Rufbereitschaften.

Aus der Auflistung geht hervor, dass sich die Verantwortlichkeit des Leiters Rettungsdienst vor allem auf „Vorhalteleis-

²³⁶ Dies gilt nicht, wenn er in Personalunion auch auf Seiten des (kommunalen) Rettungsdienststrägers administrativ bzw. aufsichtsführend für den Rettungsdienst zuständig ist oder in Einsatzsituationen als organisatorischer Leiter tätig wird.

tungen“ bzw. administrativ-organisatorische Aufgaben, also die Bereitschaftssituation, bezieht (Bundesanstalt für Straßenwesen 1998).

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD)

889. Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst lässt sich als ein im Rettungsdienst tätiger Arzt beschreiben, der die medizinische Aufsicht und Weisungsbefugnis in medizinischen Angelegenheiten über mindestens einen Rettungsdienstbereich hat (DIN 13050; Bundesanstalt für Straßenwesen 1998). Die Bundesärztekammer empfahl im Jahre 1994 im Rettungswesen flächendeckend den „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ (ÄLRD)²³⁷ einzuführen. Der ÄLRD soll auf regionaler oder überregionaler Ebene die medizinische Aufsicht über den Rettungsdienst wahrnehmen und die Effektivität und Effizienz der präklinischen notfallmedizinischen Versorgung

kontrollieren. Zu seinen Aufgaben gehören neben der Aufsicht über das notfallmedizinische Geschehen u. a. die Fortbildung des Personals im Rettungsdienst, das notfallmedizinische Qualitätsmanagement und die Mitarbeit an Forschungs- und Planungsaufgaben (vgl. Tabelle 63). Sowohl Vorgaben des SGB V zur Qualitätssicherung als auch Vorgaben des Betäubungsmittelgesetzes erfordern die verantwortliche Einbindung eines beauftragten Arztes. Gleiches gilt für die Überwachung des nichtärztlichen Personals hinsichtlich der Anwendung von Maßnahmen der so genannten „Notkompetenz“.

²³⁷ Abzugrenzen von der Tätigkeit des ÄLRD ist der „Ärztliche Leiter Notarztstandort“, der die Sach- und Fachaufsicht über einen einzelnen Notarztstandort wahrnimmt. Ihm kommen vor allem Aufgaben im Bereich der Auswahl und Überwachung der Qualifikation der eingesetzten Notärzte zu.

Tabelle 63

Aufgaben, Stellung und Qualifikation des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst nach Empfehlungen der Bundesärztekammer

Aufgaben im Bereich Einsatzplanung und -bewältigung
Festlegung – medizinischer Behandlungsrichtlinien für das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst, – medizinisch-organisatorischer Versorgungsrichtlinien für arztbesetzte Rettungsmittel, – der pharmakologischen und medizinisch-technischen Ausrüstung und Ausstattung im Rettungsdienst, – von Strategien für die Bearbeitung von medizinischen Hilfeersuchen durch die Leitstelle, – von medizin-taktischen Konzepten für die Bewältigung von besonderen Schadenslagen.
Mitwirkung bei – der Erstellung von rettungsdienstlichen Bedarfsanalysen, – der Koordination der Aktivitäten der am Rettungsdienst beteiligten Organisationen, – der Konzeption der Fahrzeugstrategie, – besonderen Schadenslagen.
Aufgaben im Bereich Qualitätssicherung
Festlegung der – Dokumentationsinstrumente für den Rettungsdienst, – Methodenauswahl für die Datenanalyse, – medizinischen Bewertung der Datenanalyse und Berichtfertigung.
Mitwirkung bei der – Planentwicklung für eventuell notwendige Korrekturmaßnahmen, – Identifikation der zu untersuchenden Systemkomponenten, – Beurteilung der Wirksamkeit durchgeführter Korrekturmaßnahmen.
Aufgaben im Bereich Aus- und Fortbildung
– Richtlinienkompetenz für die notfallmedizinischen Aus- und Fortbildungsinhalte für Rettungsfachpersonal (inkl. Leitstellenpersonal), – Erarbeitung von Roh- und Feinzielen für die ärztlichen Unterrichtsthemen der Aus- und Fortbildung für nichtärztliches Personal im Rettungsdienst, – Auswahl und Einweisung von ärztlichen Referenten, – Mitwirkung bei ärztlichen Unterrichtsthemen in der Aus- und Fortbildung von nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal, – Planung und Koordination der klinischen Aus- und Fortbildung von Rettungsfachpersonal, – Mitwirkung bei der Planung und Koordination der ärztlichen notfallmedizinischen Fortbildung.

noch Tabelle 63

Sonstige Aufgaben
<ul style="list-style-type: none"> – Mitwirkung bei der Anwendung von Einsatztauglichkeitskriterien und der Auswahl geeigneter Schutzbekleidung, – Überwachung der Einhaltung von Hygienevorschriften, – Vertretung des Trägers des Rettungsdienstes in medizinischen Fragen in regionalen und überregionalen Gremien, – Initiierung, Durchführung und Mitwirkung bei notfallmedizinischen Forschungsprojekten, – Beratung der zuständigen Behörde in allen medizinischen Angelegenheiten des Rettungsdienstes.
Stellung
<p>Der ÄLRD</p> <ul style="list-style-type: none"> – wird von der für den Rettungsdienst zuständigen Behörde bestellt, – ist in verantwortlicher Stellung eingebunden in eine am Notarztdienst beteiligte Abteilung eines Krankenhauses, – ist in allen medizinischen Belangen der Durchführung des Rettungsdienstes gegenüber den durchführenden Organisationen, dem ärztlichen und nichtärztlichen Personal entscheidungs- und weisungsbefugt. Die den Rettungsdienst durchführenden Organisationen sind ihm gegenüber berichtspflichtig.
Qualifikation
<ul style="list-style-type: none"> – Abgeschlossene Weiterbildung in einem Gebiet mit Bezug zur Notfall- und Intensivmedizin, – Fachkundenachweis „Rettungsdienst“ bzw. eine von der zuständigen Ärztekammer als vergleichbar anerkannte Qualifikation, – langjährige und anhaltende Tätigkeit in der präklinischen und klinischen Notfallmedizin, – Kenntnisse in der Systemanalyse, Konzeptentwicklung und Problemlösung im Rettungsdienst, – Detailkenntnisse der Infrastruktur des Rettungsdienstes und des Gesundheitswesens, – Teilnahme an einer speziellen Fortbildung zum „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer, – kontinuierliche Fortbildung in den Fachfragen des Aufgabengebietes.

Quelle: Eigene Darstellung nach Bundesärztekammer 2002 (Stand der Empfehlung: 9. 12. 1994)
(www.bundesaerztekammer.de/cgi-bin/printVersion.cgi)

Von Seiten ärztlicher Fachvertreter wird der ÄLRD als wesentlich für die Sicherstellung der medizinischen Qualität der rettungsdienstlichen Versorgung angesehen. Er bildet das Pendant zum – bislang deutlich unschärfer definierten – Leiter Rettungsdienst, der sich in der Regel aus dem Rettungsfachpersonal der für den Rettungsdienst verantwortlichen Organisation rekrutiert.

890. Obwohl die bundesweite verbindliche Einführung des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst bereits seit Jahren gefordert wird, ist der ÄLRD noch nicht in allen Rettungsdienstgesetzen der Länder vorgesehen. Die Diskussion über Funktion, Stellung und Finanzierung des ÄLRD ist noch nicht abgeschlossen (Ausschuss Rettungswesen 2001). Insbesondere Differenzen zwischen den beteiligten Akteuren hinsichtlich der Finanzierung, die aus Sicht der GKV nicht allein zu ihren Lasten gehen soll, stehen vielfach der Einführung des ÄLRD entgegen. Aus Sicht des Rates sollten finanzielle Regelungen grundsätzlich berücksichtigen, dass der Rettungsdienst eine öffentliche Aufgabe der Gefahrenabwehr und der Gesundheitsvorsorge ist. Es bedarf bundesweiter Regelungen, die länderübergreifend einheitlich die wesentlichen Aspekte des Aufgabenspektrums sowie der Funktion, Stellung und Qualifikation vorgeben. Angemessene Spielräume für Adaptationen an regionale Besonderheiten (z. B. hinsichtlich des Zuschnitts der räumlichen Zuständigkeitsbereiche, der Form

der organisatorischen Einbindung oder der Vergütung) sollten dabei erhalten bleiben.

Organisatorischer Leiter (OrgL)

891. Die Rettungsdienstgesetze der Länder sehen teilweise die Funktion einer rettungsdienstlichen Führungskraft vor, die im Einsatzfall organisationstechnische Aufgaben zu erfüllen hat. Als Bezeichnung werden u. a. „Organisatorischer Leiter“, „Organisatorischer Leiter Rettungsdienst“, „Technischer Leiter“ und „Einsatzführer Rettungsdienst“ verwendet. Laut DIN 13050 handelt es sich dabei um eine im Rettungsdienst erfahrene Person, die den Leitenden Notarzt beim Einsatz unterstützt und organisationstechnische Führungs- und Koordinationsaufgaben wahrnimmt (Bundesanstalt für Straßenwesen 1998; Ausschuss Rettungswesen 2001). Dies impliziert, dass er nicht bei „normalen“ Einsätzen tätig wird, sondern wenn erhöhter Koordinations- und Organisationsbedarf besteht, wie z. B. bei einem „Massenanfall von Verletzten“ oder im Katastrophenfall. Diese Definition begrenzt den Verantwortungsbereich des Organisatorischen Leiters – entgegen der realen Einsatzsituation – auf den Rettungsdienst, obwohl häufig auch Einheiten des Sanitätsdienstes der Hilfsorganisationen oder des Katastrophenschutzes beteiligt sind.

892. In der Praxis bilden Organisatorischer Leiter und Leitender Notarzt eine Sanitätseinsatzleitung, der die vor Ort tätigen Ärzte, das Personal des Rettungsdienstes, der Sanitätseinheiten und des Betreuungsdienstes des Katastrophenschutzes unterstellt sind. Sie sind prinzipiell gleichberechtigt und stimmen sich mit den Einsatzleitern der übrigen beteiligten Organisationen ab (z. B. Polizei, Feuerwehr, Technisches Hilfswerk, Bundeswehr). Zu den Aufgaben des Organisatorischen Leiters gehört es dabei u. a.

- die Lage aus organisatorischer Sicht zu beurteilen,
- Lagemeldungen abzugeben,
- Verletztensammelstellen, Verbandsplätze, Hubschrauberlandeplätze etc. festzulegen und zu kennzeichnen,
- die Kommunikation sicherzustellen,
- den Patiententransport in Absprache mit der Leitstelle zu koordinieren,
- die Verletzten zu registrieren,
- bei Bedarf weitere Helfer und Hilfsmittel anzufordern.

893. Seine Funktion kann der Organisatorische Leiter nur in enger Kooperation mit dem Leitenden Notarzt ausfüllen. Dieser ist ihm gegenüber nur hinsichtlich medizinischer Aspekte weisungsbefugt. Die vorliegenden Qualifikationsprofile sehen für den Organisatorischen Leiter eine Ausbildung als Rettungsassistent (oder -sanitäter), eine mindestens zweijährige hauptamtliche oder entsprechende ehrenamtliche Tätigkeit im Rettungsdienst, eine Ausbildung mindestens zum Gruppenführer im Sanitätsdienst des Katastrophenschutzes, die Teilnahme an einem Lehrgang „Organisatorischer Leiter“ und die Bestellung durch die für den Rettungsdienst zuständige Behörde vor. Außerhalb der seltenen Einsatzsituation „Großschadensereignis“ (bzw. entsprechenden Übungen) hat der Organisatorische Leiter keine Aufgabe (Bundesanstalt für Straßenwesen 1998).

Leitender Notarzt (LNA)

894. Die Rettungsdienstgesetze der meisten Bundesländer sehen die Position eines Leitenden Notarztes vor. Seine Aufgabe ist es, in besonderen Einsatzsituationen wie Großschadensfällen, Massenanfällen von Verletzten bzw. Katastrophen am Notfallort die medizinischen Maßnahmen zu leiten, zu koordinieren und zu überwachen²³⁸. Normale Einsatzsituationen erfordern keinen Leitenden Notarzt. Die Alarmierung des Leitenden Notarztes erfolgt anhand von Indikationslisten bzw. Einsatzkatalogen. Dabei ist sicherzustellen, dass diese den Versorgungsstrukturen eines Rettungsdienstbereiches entsprechen. Der Träger des Rettungsdienstes ernannt entsprechend qualifizierte Notärzte, die sich – regional unterschiedlich organisiert und vergütet – an einem LNA-Bereitschaftsdienst beteiligen. Als angemessen wird eine Eintreffzeit für den Leitenden Notarzt von ca. 30 Minuten betrachtet. Trotz seiner gesetzlichen Verankerung ist bislang keine flächendeckende Implementierung bedarfsgerechter und funktionstüchtiger LNA-Systeme gelungen (Ausschuss

²³⁸ Diese Funktion übernimmt zunächst der zuerst am Ort des Geschehens eintreffende Notarzt, auch wenn er über keine spezielle Weiterbildung für diese Aufgaben verfügt. Er gibt diese Aufgabe an den LNA ab, sobald dieser vor Ort eintrifft.

Rettungswesen 2001; Bundesanstalt für Straßenwesen 1998).

895. Den (überarbeitungsbedürftigen) Empfehlungen der Bundesärztekammer (1988) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (1988) folgend, muss ein Leitender Notarzt u. a.

- über umfassende notfallmedizinische Kenntnisse verfügen und regelmäßig im Rettungsdienst tätig sein,
- den Fachkundenachweis Rettungsdienst bzw. eine analoge Zusatzbezeichnung besitzen,
- eine spezielle Fortbildung absolviert haben,
- über Detailkenntnisse der regionalen Infrastruktur des Rettungs- und Gesundheitswesens und
- über eine Gebietsanerkennung (Facharzt) mit Bezug zur Intensivmedizin verfügen.

896. Zu den (teilweise delegationsfähigen) Aufgaben des Leitenden Notarztes gehört es, die Lage aus notfallmedizinischer Sicht zu beurteilen und die Beurteilung rückzumelden, Notfallpatienten zu sichten, Behandlungs- und Transportprioritäten festzulegen, die medizinische Versorgung am Notfallort zu organisieren, Verletztensammelstellen einzurichten, gegebenenfalls weitere Hilfskräfte und Material nachzufordern und den Einsatz zu dokumentieren. Dabei soll schnellstmöglich eine individualmedizinische Versorgungsqualität²³⁹ erreicht werden (DIVI 1988; Ausschuss Rettungswesen 2001). Der LNA arbeitet eng mit dem Organisatorischen Leiter zusammen und bildet mit ihm die örtliche Einsatzleitung (s. o.).

897. Die durch Ausbildung, Ausrüstung, Unterhalt und Einsatz von Leitenden Notärzten (bzw. analog von Organisatorischen Leitern) entstehenden Kosten sind Vorhaltekosten des Rettungsdienstes und – sofern keine abweichenden Regelungen bestehen – dementsprechend kalkulatorisch zu berücksichtigen (Ausschuss Rettungswesen 2001). Vielfach üben Leitende Notärzte ihre Aufgaben jedoch als ehrenamtliche Tätigkeit ohne eine ausreichende technische Ausstattung und Aufwandsentschädigung bzw. Vergütung aus. Der Ausschuss Rettungsdienst empfiehlt dagegen, allen Leitenden Notärzten eine persönliche, mit der Aufschrift „LNA“ gekennzeichnete Schutzausrüstung, Funkmeldeempfänger, Handy, BOS²⁴⁰-Funkverbindung, Mobilfunk mit Bevorrechtigung und Dienstaussweise zur Verfügung zu stellen. Die Vergütung für Bereitschaftsdienste und Einsätze könnte z. B. in Anlehnung an den BAT erfolgen (Ausschuss Rettungswesen 2001).

Zukünftige Ausgestaltung der Führungsstrukturen

898. Die derzeitigen Gebietszuschnitte der Rettungsdienstbereiche müssen vielfach als revisionsbedürftig angesehen werden. Eine Reduzierung der Zahl der Rettungsdienstbereiche, Rettungswachen und Leitstellen könnte sich effizienzsteigernd auswirken. Im Zuge der notwendigen Umstrukturi-

²³⁹ Das heißt, der Versorgungsaufwand orientiert sich am individuellen Hilfebedarf, nicht wie bei der klassischen Triage an der Überlebenswahrscheinlichkeit bzw. an der Relation von rettungsdienstlichem Ressourceneinsatz und patientenseitigem Outcome (vgl. Ausschuss Rettungsdienst 2001).

²⁴⁰ Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben.

rierungen sollten auch tradierte Führungsstrukturen überdacht werden. Neben der zu erwartenden Größenzunahme der Zuständigkeitsbereiche machen insbesondere die steigenden Anforderungen an das Qualitätsmanagement im Rettungsdienst, an die Erstellung von Leistungs- bzw. Kostennachweisen und an den Betrieb von integrierten Leitstellen ein professionelles Management notwendig. Die Führungsstrukturen sollten möglichst einheitlich, transparent und effizient ausgestaltet werden. Dies beinhaltet eine Abkehr von der – zumindest für einzelne Aufgabenbereiche – noch häufig anzutreffenden ehrenamtlichen oder nebenberuflichen Tätigkeit.

899. Aus Sicht des Rates erscheint es sinnvoll, die Funktionen des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst und des Leitenden Notarztes sowie die des Leiters Rettungsdienst und des Organisatorischen Leiters ggf. zu jeweils einer medizinischen und einer rettungsdienstlichen Führungsposition zusammenzuführen („Medizinischer“ bzw. „Rettungsdienstlicher Leiter“). Die beiden Leitungspersonen sollten ihre Aufgaben gleichberechtigt und kooperativ ausüben. Da organisatorische Aufgaben in der Bereitschaftssituation im Allgemeinen nicht zeitkritisch sind, sollte es nicht zu Kollisionen mit den nur selten auftretenden zeitkritischen Einsatzsituationen bei Großschadensereignissen kommen. Aus einer solchen Zusammenlegung von Funktionen könnten Synergieeffekte resultieren, die sowohl die Versorgungsqualität als auch die Wirtschaftlichkeit erhöhen (Bundesanstalt für Straßenwesen 1998)²⁴¹.

900. Einer Straffung und Vereinheitlichung der Führungsstrukturen stehen in der Praxis bislang Hindernisse entgegen: Die gesetzlichen Grundlagen sind unterschiedlich, die Bestellung der Führungspositionen erfolgt durch unterschiedliche Organisationen bzw. Träger, es existieren zusätzliche Führungspositionen wie z. B. Leiter Notarztstandort und Leiter Rettungswache, an Kliniken tätige Notärzte sind auch an Weisungen ihrer Chefärzte gebunden und Strukturen innerhalb der Hilfsorganisationen variieren. Zudem fördern unterschiedliche Interessen der beteiligten Berufsgruppen die Intransparenz und auch die Unklarheit über die Verteilung der Zuständigkeiten. Von Seiten der Träger des Rettungsdienstes bedarf es einer Entwicklung von Vorgaben, welche die Etablierung effizienter und transparenter Führungsstrukturen fördern.

6.4.5 Effizienz im Rettungswesen

6.4.5.1 Zielsystem und Effizienz

901. Aussagen zur Effizienz der rettungsdienstlichen Versorgung können nur auf der Grundlage eines Zielsystems für den Rettungsdienst getroffen werden. Die Herleitung eines Zielsystems steht zum Leistungsspektrum des Rettungsdienstes in einer Wechselwirkung: Aus dem Leistungsgeschehen lassen sich zum Zweck einer Systematisierung Ziele ableiten; andererseits dient ein vorgegebenes Zielsystem einer Überprüfung des Ressourceneinsatzes und einer Bewer-

tung der Leistungsfähigkeit. In Rettungsdienstgesetzen der Länder finden sich zum Teil nur allgemein gehaltene Zielbestimmungen. Konkrete Vorgaben zur Hilfsfrist und zum Sicherheitsniveau variieren zwischen den Ländern.

902. Im Leistungsspektrum der Notfallrettung als einer von mehreren Aufgaben des Rettungsdienstes²⁴² kann zwischen der Primärleistung und Sekundärleistungen unterschieden werden. Nach dieser Unterscheidung bezieht sich die Primärleistung der Notfallrettung auf ihre Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Notfallpatienten; Sekundärleistungen sind Kommunikationsleistung der Leitstelle, Vorhalteleistung bzw. Aufrechterhaltung der Einsatzfähigkeit und Einsatzleistung, welche sich wiederum in eine Verkehrsleistung – Einhaltung des vorgegebenen Leistungsniveaus im Hinblick auf Hilfsfrist und Sicherheitsniveau, Transport von Patienten, Ausstattung, Blutkonserven, Transplantaten etc. – und in eine notfallmedizinische Leistung aufgliedern lässt (vgl. Schmiedel, R. u. Betzler, E. 1999a).

903. Im Hinblick auf die Primärleistung der Notfallrettung sind aus einer Perspektive, die auf das gesamte Gesundheitssystem und auf die Funktionen des Rettungsdienstes innerhalb dieses Systems abstellt, weniger die Kosten des Rettungsdienstes oder die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Notfallrettung als vielmehr das Ergebnis des Ressourceneinsatzes für den Rettungsdienst in seinen Auswirkungen auf nachgelagerte Versorgungsstufen und auf die Folgen für den Gesundheitszustand von Notfallpatienten von Bedeutung. In einer gesundheitsökonomischen Evaluation der Notfallrettung aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive müssen neben den direkten Kosten für die Notfallrettung ungeachtet aller methodischen Probleme bei einer Quantifizierung die folgenden Kosten- bzw. Nutzenkategorien berücksichtigt werden:

- Verringerte direkte Kosten bzw. verbesserte (intermediäre) Outcomes auf den nachgelagerten Versorgungsstufen der „Rettungskette“, vor allem in der Krankenhausbehandlung und Rehabilitation,
- verringerte indirekte Kosten (Produktionsverluste durch krankheits- bzw. unfallbedingten Arbeitsausfall) und
- verringerte intangible Kosten (Verlust an Lebensqualität) aufgrund des Notfalls als die vor allem aus der Perspektive der Nutzer wesentliche Kosten- bzw. Nutzenkategorie.

904. Eine bedeutende Leistung des Rettungsdienstes ist ein auch den an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäusern zuschreibbarer Gewinn an Versorgungssicherheit für die potenziellen Nutzer des Rettungsdienstes als einer Einrichtung der Daseinsvorsorge. Nicht allein Notfallpatienten, sondern alle Einwohner eines Rettungsdienstbereiches empfangen aufgrund der ständigen Einsatzbereitschaft des Rettungsdienstes und der dadurch sichergestellten jederzeitigen Verfügbarkeit im Bedarfsfall eine rettungsdienstliche Leistung (Optionsnutzen). Sowohl der Optionsnutzen der

²⁴¹ Zusätzlich bedarf es sicherlich zur Gewährleistung einer rund um die Uhr verfügbaren ärztlichen und rettungsdienstlichen Einsatzleistung bei Großschadensereignissen eines Teams mit speziell qualifizierten Ärzten und Rettungsfachpersonal. Dieses stünde jedoch jeweils unter der Leitung des Medizinischen bzw. des Rettungsdienstlichen Leiters.

²⁴² Als weitere Aufgaben kommen vor allem qualifizierter Krankentransport, Verlegungen und Transporte z. B. von Arzneimitteln, Blutkonserven, Organen und ähnlichen Gütern hinzu, die zur Versorgung von lebensbedrohlich Erkrankten oder Verletzten dienen. Anforderungen, die durch die Bewältigung von Großschadensereignissen entstehen, werden im Folgenden nicht untersucht.

rettungsdienstlichen Versorgung als auch das Gesamtergebnis der Versorgung von Notfallpatienten hängen allerdings nicht allein vom Rettungsdienst, sondern von einer fachgerechten Versorgung auf allen Stufen (Gliedern) der „Rettungskette“ einschließlich der Laienhilfe und der Versorgung im Krankenhaus ab.

905. Angesichts eines faktisch fehlenden Zielsystems und einer unzureichenden Datenbasis für das Rettungswesen sind Aussagen über Wirtschaftlichkeitsreserven in diesem Versorgungsbereich nur eingeschränkt möglich. Im Folgenden gibt der Rat publizierte Ergebnisse einiger Untersuchungen zur Effizienz des Rettungsdienstes kursorisch wieder. Für eine zuverlässige Bewertung einschließlich einer Schätzung möglicher Effizienzreserven reichen die vorliegenden Daten jedoch nicht aus.

Eine Untersuchung zu Wirtschaftlichkeitsreserven im Rettungsdienst kam zu dem Ergebnis, dass „enorme“ Einsparpotenziale bestehen (Dennerlein, R. K. H. u. Schneider, M. 1995, S. 152). Wirtschaftlichkeitsreserven können nach dieser Untersuchung vor allem durch eine Neuorganisation von Rettungsleitstellen und Rettungswachen realisiert werden. Weitere Einsparpotenziale wurden in der Preisgestaltung vor allem im Krankentransport vermutet. Effizienzunterschiede zwischen Bundesländern wurden u. a. auf Unterschiede in der Finanzierung des Rettungsdienstes im Spannungsfeld zwischen kommunaler Gebührensatzung und Vertragslösungen auf der Landesebene bzw. auf die Stellung der Kommunen zurückgeführt (Adam, H. u. Krauth, C. 1999; Krauth, C. et al. 1999). Eine aktuelle Untersuchung kommt erneut zu dem Ergebnis, dass hohe Einsparpotenziale bestehen und dass sich Ineffizienzen auf Regulierungsdefizite in der rettungsdienstlichen Versorgung zurückführen lassen. Danach ist die festgestellte Größenordnung an Wirtschaftlichkeitsreserven von ca. 25 % ein Hinweis auf Fehlsteuerungen im Rettungsdienst (Brinkmann, H. 2002). Ein ungelöstes Problem in Untersuchungen zur Effizienz des Rettungsdienstes besteht aber darin, dass Outcomes und Qualitätsaspekte in der Notfallversorgung noch nicht ausreichend messbar sind, nicht erfasst werden bzw. vorhandene Datenbestände z. T. nicht ausgewertet werden. Aufgrund der unzureichenden Datenlage gehen Qualitätsaspekte deshalb nicht in ausreichendem Maß in Diskussionen über die Effizienz des Rettungsdienstes ein (vgl. Dennerlein, R. K. H. u. Schneider, M. 1995; Krauth, C. et al. 1999; Brinkmann, H. 2002). In der Praxis des Rettungsdienstes haben sich unterschiedliche Organisationsformen herausgebildet, die bisher nicht systematisch und nachvollziehbar im Hinblick auf die Beziehung zwischen Organisations- bzw. Kostenstrukturen und Outcomes evaluiert werden. Zu vermuten ist, dass in Abhängigkeit von der regionalen Situation und Organisation des Rettungsdienstes sowohl Effizienzreserven als auch, im Falle einer geringeren Mittelzuweisung, Gefahren einer Qualitätsminderung und ungünstigerer Outcomes bestehen können.

906. Im Zusammenhang mit möglichen Effizienzreserven wurde die Frage nach Synergien bei einer Zusammenfassung von Notfallversorgung und Krankentransport zu einer organisatorischen Einheit intensiv diskutiert. Ein „Trennmodell“ würde politische Entscheidungen zur Gewährung von Spielräumen für mehr Wettbewerb im Rettungsdienst und für die verstärkte Berücksichtigung privater und in Grenzgebieten auch ausländischer Anbieter von Transportleistungen erleichtern. Gegen eine Trennung von qualifiziertem Kranken-

transport und rettungsdienstlicher Notfallversorgung wurden mehrere Argumente ins Feld geführt (Hennes, P. u. Reinhardt, K. 2001):

- Einsatz von Rettungswagen bei Bedarf auch für den Krankentransport und bessere Auslastung der Rettungsmittel,
- erhöhte Flexibilität und Reaktionsfähigkeit aufgrund einer höheren Zahl an Einsatzfahrzeugen,
- Verwirrung in der Bevölkerung durch zusätzliche Leitstellen sowie
- Verringerung der Funktionsfähigkeit durch „ruinösen“ Wettbewerb.

Die Bedenken, die bisher gegen ein Trennmodell vorgebracht wurden, ergeben noch keine zwingende Argumentation für die organisatorische Zusammenfassung von Notfallrettung und Krankentransport (Hennes, P. 2001b). Ein Urteil des EuGH vom 25. Oktober 2001²⁴³ lässt sich als Hinweis darauf interpretieren, dass die organisatorische Einheit von Krankentransport und Notfallversorgung bis hin zu einer Mischfinanzierung zulässig und ein Trennmodell aus rechtlicher Perspektive nicht erforderlich ist (Hennes, P. u. Reinhardt, K. 2001). Unabhängig vom Ausgang dieser Fachdiskussion ist eine größere Transparenz über Kosten und Ergebnisse in beiden Aufgabenbereichen des Rettungswesens wünschenswert. Dazu würden eine nach den Bereichen Notfallrettung und Krankentransport getrennte Kosten- und Leistungsrechnung und die Bereitstellung von Kalkulationsergebnissen für Aufsichtsbehörden, Krankenversicherung und Fachöffentlichkeit beitragen²⁴⁴.

907. Bei der Beurteilung der Effizienz des Rettungsdienstes stellt sich, abgesehen vom Fehlen eines länderübergreifend einheitlichen Zielsystems und von Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die ein „Benchmarking“ unterstützen könnten, auch das Problem einer begrenzten Aussagekraft von Daten zum Einsatzaufkommen und zu den Ausgaben für den Rettungsdienst in den verfügbaren Statistiken. Die Aussagekraft von Daten zum Einsatz bestimmter Fahrzeugtypen wird u. a. durch eine unzureichende Verknüpfung mit den Einsatzanlässen und durch die Möglichkeit von vermeidbaren Einsätzen etwa aufgrund einer unzureichenden Abstimmung zwischen Rettungsdienst und vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst oder auch z. B. aufgrund eines sich verändernden Anforderungsprofils der rettungsdienstlichen Versorgung durch eine Zunahme „psychosozialer“ Notfälle begrenzt.

908. Die vorliegenden Ergebnisse zu Effizienzreserven im Rettungswesen sollten trotz ihrer eingeschränkten Aussagekraft zum Anlass genommen werden, sowohl die in den Untersuchungen zu Effizienzreserven bereits konstatierte mangelhafte Datenlage und Transparenz in diesem Versor-

²⁴³ Rechtssache C-475/99.

²⁴⁴ Bei einem Ausweis von Ergebnissen würde auch eine wechselseitige Subventionierung zwischen diesen Bereichen sichtbar werden (Quersubventionen). Die Zuordnung von Leistungen und Kosten sollte dabei an der rettungsdienstlichen Leistung, z. B. „Krankentransport“ bzw. „Notfallrettung“, aber nicht an dem Einsatz bestimmter Fahrzeugtypen wie NAW, RTW oder KTW anknüpfen, und differenzierte Analysen auch in der Verknüpfung mit Ansätzen des Qualitätsmanagements unterstützen.

gungsbereich zu verbessern als auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Rettungswesens weiterzuentwickeln. Regulierungsansätze wie die Ausschreibung von Rettungsdienstbereichen auf der Grundlage einer landesweiten Rahmenplanung in Abstimmung mit der Krankenhausplanung sind modellhaft zu erproben und zu evaluieren. Dabei sollten insbesondere Aspekte der Qualitätssicherung in vertragliche Vereinbarungen einbezogen und die Einhaltung von Vertragsinhalten regelmäßig überprüft werden. Derartige Strategien zur Erhöhung der Effizienz bedürfen allerdings einer ausreichenden administrativen Fachkompetenz und eines überdurchschnittlichen Engagements auf Seiten der Träger des Rettungsdienstes. Sofern diese Voraussetzungen auf der Ebene einzelner Landkreise und Kommunen nicht erfüllt sind, sollten die Aufgaben des Vertragsmanagements auf der Ebene von Rettungszweckverbänden, von Regierungsbezirken oder auf der Landesebene wahrgenommen werden.

6.4.5.2 Entwicklung neuer Vergütungsmodelle

909. Wird der Rettungsdienst nicht aus einer ex-post-Perspektive, die auf statistisch erfasste Einsatzleistungen fokussiert, sondern aus einer ex-ante-Perspektive analysiert, die nach der Zielsetzung insbesondere der Notfallrettung fragt, so kommt der Funktion der jederzeitigen Verfügbarkeit im Notfall (Optionsgutcharakter) und damit der Vorhalteleistung entscheidende Bedeutung zu (Brinkmann, H. 2002). Daraus folgt, dass weniger Preise und Entgelte für einzelne Einsatzleistungen als vielmehr perioden- und qualitätsbezogene Kennziffern wie z. B. die Kosten pro Vorhaltestunde bei einem spezifizierten Leistungsniveau (z. B. Hilfsfrist, Sicherheitsniveau, personelle/technische Ausstattung, andere Aspekte der Struktur- sowie der Prozess- und ggf. der Ergebnisqualität) zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit herangezogen werden sollten²⁴⁵.

910. Die ex-ante-Perspektive der rettungsdienstlichen Versorgung legt ein alternatives Vergütungsmodell für rettungsdienstliche Leistungen nahe, bei der nicht allein die einzelne Einsatzleistung, z. B. der Patiententransport mit einem bestimmten Fahrzeugtyp, sondern vor allem die kontinuierliche Verfügbarkeit des komplexen logistischen Systems „Rettungsdienst“ innerhalb vereinbarter Hilfsfristen, auf einem vereinbarten Sicherheitsniveau, zu vereinbarten Qualitätsstandards für eine Population mit ihren soziodemographischen Charakteristika unter Berücksichtigung der topographischen Gegebenheiten und der Verkehrssituation in einem Rettungsdienstbereich im Mittelpunkt von Wirtschaftlichkeitsanalysen und Vertragsverhandlungen steht. Gegenstand von Verträgen etwa zwischen den Verbänden der Krankenversicherung und Trägern des Rettungsdienstes wäre nach dieser Vorstellung die Vorhaltung und Einsatzbereitschaft der rettungsdienstlichen Infrastruktur, ergänzt um

Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität (gegebenenfalls Ergebnisqualität). Die Vergütung könnte für eine definierte Population und für einen vereinbarten Zeitraum prospektiv festgelegt und in Grenzen durch Anpassungsklauseln flexibilisiert werden. Zeitraumbezogene Entgelte würden in diesem Modell neben einsatzbezogene Entgelte treten. Vertragliche Vereinbarungen sollten dabei auch Regeln zur Investitionsfinanzierung (Leitstellentechnologie, Rettungswachen, Fahrzeuge etc.) enthalten.

911. Unabhängig von den zukünftig eingesetzten Vergütungsformen im Rettungswesen ist eine stärkere Einbeziehung der Verbände der Krankenversicherung in die Ausgestaltung des Rettungsdienstes und in vertragliche Vereinbarungen zur Finanzierung rettungsdienstlicher Leistungen allein schon aufgrund der Interdependenzen zwischen dem Rettungswesen und anderen Versorgungsbereichen sinnvoll.

6.4.6 Fazit und Empfehlungen

912. Die Bedeutung des Rettungsdienstes für nachgelagerte Versorgungssektoren im Gesundheitssystem, ein steigendes Einsatzaufkommen, steigende Ausgaben der GKV für „Fahrkosten“ und ein hohes Maß an Intransparenz über Kostenstrukturen und Versorgungsergebnisse sollten zum Anlass genommen werden, das Rettungswesen sowohl in qualitativer Hinsicht als auch unter Effizienzgesichtspunkten weiterzuentwickeln. Diese Aufgabe ist nur in enger Kooperation zwischen den Ländern, dem Bund, den Organisationen der Leistungserbringer und der GKV erfolgreich zu lösen.

913. Ein weiterer Ausgangspunkt für Überlegungen zur Fortentwicklung im Rettungsdienst sind die Auswirkungen der Einführung eines DRG-Systems in der Krankenhausfinanzierung. Eine abnehmende Krankenhausedichte und eine zunehmende Profilbildung von Krankenhäusern durch Spezialisierung im Leistungsspektrum und durch die Einrichtung von Kompetenzzentren wird erwartet. Eine daraus resultierende verminderte Teilnahme einzelner Krankenhäuser an der Versorgung von Notfallpatienten ist nicht auszuschließen und unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsqualität im Einzelfall auch sinnvoll. Mit dieser Entwicklung kann aber eine Verringerung von Notarztstandorten und Betten für Notfallpatienten verbunden sein, die in der Rettungsdienstplanung Berücksichtigung finden muss.

914. Für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Versorgung von Notfallpatienten sollten mehr als bisher Qualitätsmerkmale vor allem im Hinblick auf die personelle und technische Ausstattung sowie auf krankhausinterne logistische Voraussetzungen für Transport, Diagnostik und Behandlung von Notfallpatienten unter Berücksichtigung der Qualifikation von Notfall-Aufnahmeteams definiert werden. Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung, in denen mehrere Disziplinen und Subdisziplinen vertreten sind, sollten auch in Flächenländern als bevorzugte Anlaufstelle des Rettungsdienstes für Notfallpatienten in Krankenhaus- und Rettungsdienstplänen vorgesehen werden.

915. Für die Planung und Gestaltung der rettungsdienstlichen Infrastruktur wird eine stärker bereichsübergreifende Planung unabhängig von den Verwaltungsgrenzen der Stadt- und Landkreise und ggf. auch der Bundesländer empfohlen. Eine Intensivierung der Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von Zweckverbänden erfolgen. Auf diesem Wege könnte die Zahl der Rettungsdienstbereiche, der Rettungs-

²⁴⁵ Ein Problem bei einem Vergleich von Kosten für Einsatzleistungen besteht darin, dass die (Durchschnitts-)Kosten je Einsatz theoretisch selbst bei gleichen Kostenstrukturen, bei gleicher Qualität und bei gleichem (objektivierbarem) Versorgungsbedarf variieren können, wenn die Fixkosten der Vorhaltung kostenrechnerisch (in einer Vollkostenrechnung) einer unterschiedlichen Anzahl von Einsätzen zugeordnet werden. Gründe für unterschiedliche Durchschnittskosten können deshalb auch eine unterschiedliche Aufgabenverteilung zwischen Rettungsdienst und vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst oder eine unterschiedliche Zahl an Fehlfahrten sein.

leitstellen und ggf. auch der Rettungswachen reduziert werden. Darüber hinaus sollte eine landesweite Planung in Erwägung gezogen werden. Länder werden in der Flugrettung bereits als Rettungsdienstbereich und damit als räumliche Bezugsgröße verwendet. Für die landesweite Planung spricht auch die Möglichkeit einer besseren Abstimmung zwischen der Krankenhausplanung, die auf der Landesebene erfolgt, und der Planung der rettungsdienstlichen Infrastruktur. Eine Abstimmung von Krankenhausplanung und Rettungsdienstplanung ist im Zuge der Einführung eines DRG-Systems und zu erwartender Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse sowohl unter Qualitäts- als auch unter Effizienzgesichtspunkten zu empfehlen. Den Verbänden der Krankenversicherung sollten dabei Mitwirkungsrechte eingeräumt werden.

916. Es bedarf einer verbesserten Transparenz im Hinblick auf die den bestehenden Vergütungsregelungen zugrunde liegenden Kalkulationen. Dazu trägt eine über Ländergrenzen hinweg einheitliche Rechnungslegung ebenso bei wie eine separate Kosten- und Leistungsrechnung für Notfallrettung und Krankentransport. Satzungsregelungen sollten durch Vertragslösungen ersetzt werden (SG 1995, Ziffer 427). Dabei sollte ein Mindestmaß an Transparenz über vertragliche Konditionen hergestellt werden. Als Gegenstand von Verträgen zum Rettungsdienst kommt aufgrund des Optionsgutcharakters des Rettungsdienstes neben bzw. anstelle der Höhe von Entgelten für einzelne Leistungen wie Einsatzfahrten vor allem die Versorgung eines Rettungsdienstbereichs zu vereinbarten Qualitätsstandards innerhalb eines definierten Zeitraums in Betracht.

917. Um ein „strategisches Controlling“ der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung auch als Grundlage für die gezielte Weiterentwicklung dieses Versorgungsbereichs zu erleichtern, sollten die Rubrik „Fahrkosten“ im SGB V und die Darstellung des Einsatzaufkommens bzw. der Ausgabenentwicklung in Statistiken der GKV funktionsbezogen differenziert werden. Eine Unterscheidung ist beispielsweise anhand folgender Merkmale denkbar:

- Notfallrettung mit bzw. ohne Beteiligung eines Notarztes unter Angabe des verwendeten „Rettungsmittels“ (z. B. bodengebundener Transport per Rettungs- oder Notarztwagen, Flugrettung per Rettungshubschrauber),
- „qualifizierter“ Krankentransport (d. h. Transport von Patienten mit Beteiligung des Rettungsdienstes) unter Angabe des verwendeten „Rettungsmittels“,
- Verlegungen zwischen stationären Einrichtungen, inklusive sog. Intensivverlegungen, unter Angabe des verwendeten „Rettungsmittels“ und gegebenenfalls der Beteiligung eines Notarztes (diese Gruppe kann auch als Unterkategorie des „qualifizierten“ Krankentransportes erfasst werden),
- „einfacher“ Krankentransport (d. h. Transport von Patienten ohne Beteiligung des Rettungsdienstes) inklusive Patientenfahrten unter Angabe des verwendeten Transportmittels (z. B. Taxi, Mietwagen, privater PKW, öffentliche Verkehrsmittel),
- Materialtransport, differenziert nach Art des beförderten Gutes (z. B. Arzneimittel, Blutkonserven) unter Angabe des verwendeten „Rettungsmittels“,

- sonstige Leistungen, z. B. Seenotrettung, Bergwacht und weitere unter „sonstige Fahrkosten“ erfasste Ausgaben, über die bei Bedarf weiterführende Informationen zur Verfügung stehen.

Für Analysen der Einsatz- und Ausgabenentwicklung sollten zukünftig auch differenziertere Informationen zu den Gesundheitsproblemen, die Einsätze im Rettungswesen begründen, zur Verfügung stehen. Eine regionenbezogene Auswertung von Daten kann Anhaltspunkte für Vertragsverhandlungen zwischen den Verbänden der Krankenversicherung und den Trägern des Rettungsdienstes bzw. den Rettungsdienst durchführenden Organisationen über die Versorgung einzelner Rettungsdienstbereiche erbringen.

918. Für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst sollten Regelungen gefunden werden, welche die ständige Verfügbarkeit vertragsärztlicher Notfallversorgung, d. h. auch während der Sprechstundenzeit, gewährleisten. Dabei sollten ausreichende finanzielle Anreize für diese den Rettungsdienst und die Krankenhausversorgung entlastende Tätigkeit gesetzt werden. Krankenhausträger und Kassenärztliche Vereinigungen sollten an – ihrer räumlichen Lage und Ausstattung nach geeigneten – Krankenhäusern die Einrichtung von Notfallpraxen für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst gezielt fördern. Dabei sollten die Aufgaben der Notfallpraxen auf die der Krankenhausambulanzen abgestimmt bzw. die Notfallpraxen in zentrale Aufnahmebereiche der Krankenhäuser integriert werden.

919. Leitstellen sollten zukünftig als „integrierte Leitstellen“ betrieben werden, welche die Disposition aller eingehenden medizinischen Hilfeersuchen vornehmen. Hierzu bedarf es einer engen organisatorischen Einbindung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes. Es ist davon auszugehen, dass auf diese Weise Synergieeffekte erzielt und unnötige Notarzteinsätze vermieden werden könnten. Die informations- und kommunikationstechnische Ausstattung der Leitstellen und die Qualifikation des eingesetzten Personals müssen auf die neuen Aufgaben abgestimmt werden. Ferner sollten die Leitstellen über die einheitliche Notrufnummer „112“ erreichbar sein. In Vereinbarungen zur Finanzierung der Leitstellen sollten die unterschiedlichen Aufgabenbereiche anteilig berücksichtigt werden. Vorhalteleistungen des Rettungsdienstes fallen auch in den Bereich staatlicher Daseinsvorsorge und werden nicht allein von gesetzlich versicherten Personen in Anspruch genommen. Dies muss bei Regelungen zur Finanzierung beispielsweise integrierter Leitstellen angemessen berücksichtigt werden. Unter anderem sind gegebenenfalls die Budgets der vertragsärztlichen Versorgung um Pauschalen für anteilig entstehende Leitstellenkosten zu bereinigen. Die Aufrechterhaltung oder eine Neuetablierung von parallelen Leitstellenstrukturen für die ambulante ärztliche Notfallversorgung ist nach Ansicht des Rates nicht sinnvoll.

920. Vor dem Hintergrund sich verändernder gesellschaftlicher Strukturen ist die Einsatzrealität im Rettungswesen von einer Zunahme internistischer und psychosozialer Notfälle gekennzeichnet. Der Rettungsdienst als jederzeit flächendeckend und niedrigschwellig verfügbare Institution wird zunehmend mit Krisensituationen unterschiedlichster Art konfrontiert, deren gemeinsames Charakteristikum ein Versagen sozialer Ressourcen in Familie, Lebensumfeld oder Gesellschaft ist. Für ein adäquates Management daraus resultieren-

der psychosozialer Notfälle muss die Konzeption des Rettungsdienstes als linear angeordnete „Rettungskette“ überdacht werden. Nach Ansicht des Rates sollten zukünftig psychosoziale Notfalldienste als Bindeglied zwischen der rettungsdienstlichen Akutversorgung und den existierenden psychosozialen Versorgungsangeboten treten. Im Zusammenhang mit der geforderten Disposition des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes über integrierte Leitstellen, dem Aufbau von *first responder*-Systemen, der Etablierung von Notfallpraxen und -ambulanzen sowie der besseren Abstimmung zwischen der Notfallversorgung im Rettungsdienst und in Krankenhäusern empfiehlt der Rat eine Weiterentwicklung des Rettungswesens, die sich weniger am Modell der „Rettungskette“ und mehr am Konzept eines „Notfallnetzwerkes“ orientiert.

921. Ansätze zur Evaluation und zum Qualitätsmanagement im Rettungsdienst sind weiterzuentwickeln. Dazu ist in einem ersten Schritt Einvernehmen über die Definition wichtiger Parameter wie z. B. der Hilfsfrist herzustellen. Des Weiteren muss eine einheitliche Dokumentation der Leistungsdaten erfolgen, auf deren Basis eine vergleichende Evaluation von Organisationsstrukturen und Prozessen sowie der Ergebnisqualität im Rettungsdienst möglich wird. Eine Weiterentwicklung des externen Qualitätsmanagements im Rettungsdienst kann z. B. auch an Tracer-Diagnosen, der Implementierung von Leitlinien und standardisierten Indikationskatalogen sowie überregionalen Benchmarking-Verfahren anknüpfen. Nachgeordnete Einrichtungen wie Krankenhäuser sollten in das Qualitätsmanagement einbezogen und u. a. Klinikdaten (z. B. Mortalität, Verweildauer) für die Outcome-Erfassung herangezogen werden. Ferner sollten auch die nicht ärztlich begleiteten Rettungsdiensteinsätze evaluiert werden.

922. Zur Verbesserung der Qualifikation des Rettungsfachpersonals und um eine Angleichung an die sonst für Gesundheitsfachberufe übliche Ausbildungsstruktur zu erzielen, sollte die Ausbildung zum Rettungsassistenten auf drei Jahre verlängert werden. Den so ausgebildeten Rettungsassistenten könnten zusätzliche Handlungskompetenzen und eigenständige Tätigkeitsmerkmale zuerkannt werden (Neufestlegung der Regelkompetenz). Das Rettungsassistentengesetz sowie die zugehörige Ausbildungs- und Prüfungsordnungen sollten entsprechend novelliert werden.

923. Qualifikationsanforderungen an Notärzte sollte bundesweit einheitlich formuliert und eine einheitliche Bezeichnung dieser Eignungsnachweise (z. B. Zusatzbezeichnung Notfallmedizin) eingeführt werden. In der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Notärzte sollten verstärkt Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, die zur Versorgung psychosozialer Notfallpatienten notwendig sind (z. B. Gesprächsführung, Kriseninterventionstechniken). Ferner ist generell eine adäquate fachliche Anleitung und Supervision der Notärzte sicherzustellen.

924. Die sich abzeichnenden Entwicklungen im Rettungswesen und die vom Rat empfohlenen Maßnahmen zur Steigerung der Effizienz im Rettungswesen werden u. a. mit einer Vergrößerung einzelner Rettungsdienstbereiche, steigenden Anforderungen an das Qualitätsmanagement und an die Erstellung von Leistungsnachweisen einhergehen. Führungsstrukturen im Rettungswesen sollten daher professionalisiert und transparenter gestaltet werden. In einigen lan-

desrechtlichen Regelungen sind bestimmte Führungspositionen wie z. B. der Ärztliche Leiter Rettungsdienst benannt, dessen flächendeckende Einführung vor allem zur Gewährleistung eines wirkungsvollen Qualitätsmanagements gefordert wird. Daneben existieren jedoch noch verschiedene andere ärztliche und rettungsdienstliche Führungspositionen mit sich teilweise überschneidenden Aufgabenbereichen, die überwiegend getrennt für Bereitschafts- und Einsatzsituationen (z. B. Großschadensereignisse, „Massenanfall von Verletzten“) etabliert sind. Aus Sicht des Rates ist zu prüfen, ob Führungsstrukturen im Rettungswesen durch die Einführung (ausschließlich) eines medizinischen und eines rettungsdienstlichen Leiters einheitlicher, transparenter und effizienter gestaltet werden können.

6.5 Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur – Ausblick

6.5.1 Funktionen des Krankenhauses

925. Das Leistungsangebot und die Standards, die Ausstattung und die Größe von Krankenhäusern zu Beginn des 21. Jahrhunderts sind das Ergebnis einer langen und facettenreichen historischen Entwicklung, deren früheste Anfänge sich bis in das byzantinische Reich im 7. Jahrhundert zurückverfolgen lassen (Healy, J. u. McKee, M. 2002a; Klein-Lange, M. u. Schwartz, F. W. 2002). Konfessionelles Engagement, großherziger Stifter- und sozialpolitischer Gestaltungswille, die Vorstellungen von Leistungsanbietern, vor allem von Ärzten und Pflegekräften, Anforderungen von Patienten, medizinisch-wissenschaftliche und technische Entwicklungen sowie Gesichtspunkte der Planung und Finanzierung nahmen auf die Struktur der Krankenhausversorgung Einfluss. Im 19. Jahrhundert gewann in Deutschland mit dem Auf- und Ausbau der Sozialversicherung der Gedanke des Versorgungsanspruchs von gesetzlich Versicherten an Gewicht.

926. „Wozu braucht man Krankenhäuser?“ Eine Bestandsaufnahme der Krankenhausversorgung und der Möglichkeiten ihrer aufgabenbezogenen Weiterentwicklung kann an Grundfunktionen des Krankenhauses im Rahmen eines Gesundheitssystems ansetzen (Healy, J. u. McKee, M. 2002b). Im Gesundheitssystem in Deutschland nehmen Krankenhäuser folgende, an einzelnen Standorten modular kombinierbare Funktionen wahr:

- Notfallversorgung in organisatorischer Abstimmung mit der rettungsdienstlichen Versorgung im Rahmen der „Rettungskette“ (6.5.2),
- elektive voll- bzw. teilstationäre Versorgung in Entsprechung zu den medizinischen Schwerpunkten und zum Leistungsprofil von Krankenhäusern, ergänzt durch vor- und nachstationäre Versorgung (6.5.3),
- Rehabilitation in Abstimmung mit dem Leistungsangebot von Rehabilitationseinrichtungen oder Überleitung in Rehabilitationseinrichtungen (6.5.4),
- Überleitung in Pflegeeinrichtungen bzw. ambulante pflegerische Versorgung,
- Hospizversorgung zum Ausgleich eines unzureichenden Angebots für terminal Kranke außerhalb von Krankenhäusern (6.5.5),

- ambulante ärztliche Versorgung in Abstimmung mit der von kassenärztlichen Vereinigungen organisierten ambulanten Versorgung durch in einer eigenen Praxis niedergelassene und freiberuflich tätige Ärzte (6.5.6),
- Aus-, Weiter- und Fortbildung vor allem von Ärzten und Pflegepersonal (6.5.7) und
- klinische Forschung, Diffusion medizinischer Erkenntnisse und medizinisch-technischer Entwicklungen sowie zukünftig auch vermehrt Versorgungsforschung (6.5.8).

927. Für die Krankenhausplanung in Bundesländern und Regionen sollte vor allem die räumliche Distribution von Krankenhausleistungen mit dem Ziel, den Zugang der Bevölkerung zu Versorgungsleistungen und zugleich die Qualität und die Effizienz der Krankenhausversorgung zu sichern, entscheidungsrelevant sein. In gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen werden in Anbetracht der hohen wirtschaftlichen Bedeutung der Krankenhausversorgung darüber hinaus auch regional-, struktur- und arbeitsmarktpolitische Aspekte berücksichtigt²⁴⁶.

6.5.2 Notfallversorgung

928. Der Notfallversorgung im Krankenhaus sind zum einen der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst zum anderen im Rahmen der „Rettungskette“, der Rettungsdienst als präklinische Versorgungssysteme vorgeschaltet (vgl. Abschnitt „Rettungswesen“). Notfallambulanzen in Krankenhäusern mit einer ständigen Verfügbarkeit der medizinisch-technischen Infrastruktur wie Intensivstation, Herzkatheterlabor, „Stroke Unit“ und Endoskopie tragen zur Leistungsfähigkeit des Angebots der regionalen Notfallversorgung bei und sichern die Weiterbehandlung von Notfallpatienten. Dabei ist unter den Gesichtspunkten der Qualitätssicherung und Effizienz eine Abstimmung der Aufgaben zwischen Rettungsdienst, vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst und Krankenhäusern unter Berücksichtigung regionaler Kontexte notwendig. Integrationsmodelle, wie z. B. die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten in der Notfalleaufnahme bzw. in einer am Krankenhaus angesiedelten Notfallpraxis, können die Notfallversorgung sinnvoll ergänzen und verbessern. Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse in der Krankenhausversorgung nach der Einführung von DRG, die zu einer verminderten Teilnahme einzelner Krankenhäuser an der Notfallversorgung bzw. zu einer verringerten Zahl von Notarztstandorten führen können, werden sowohl in der Krankenhaus- als auch in der Rettungsplanung zu berücksichtigen sein (Abschnitt 6.4).

6.5.3 Stationäre elektive Versorgung

929. Während die Teilnahme von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung international verschieden geregelt

²⁴⁶ Krankenhäuser sind sowohl an der Zahl als auch am Anforderungsprofil der Arbeitsplätze gemessen bedeutende, in manchen Städten und Landkreisen sogar dominierende Arbeitgeber (SG 1996 Kapitel 6). Arbeitsmarktpolitische sowie aus der regional divergierenden Bedeutung, der Dienstleistungsintensität und ggf. Forschungsnähe ableitbare regional- und strukturpolitische Aspekte der Krankenhausversorgung können zwar für gesundheits- und sozialpolitisch verantwortliche Akteure entscheidungsrelevant werden, beziehen sich aber nur bedingt auf Grundfunktionen des Krankenhauses.

ist, handelt es sich bei der stationär („intra-mural“) angebotenen und elektiven, d. h. nicht als Notfallbehandlung erbrachten und in der Regel zeitlich planbaren Versorgung (Healy, J. u. McKee, M. 2002a u. 2002b)²⁴⁷ – unabhängig von Variationen zwischen Gesundheitssystemen – um eine Kernfunktion der Krankenhausversorgung. Die Herausarbeitung spezifischer Leistungsprofile von Krankenhäusern aufgrund erwarteter Vorteile für die Ergebnisqualität und aufgrund betriebswirtschaftlicher Vorteile wird sich voraussichtlich vielfach auf diese Funktion konzentrieren. Dabei wird die elektive vollstationäre Versorgung mehr als die anderen Funktionen der Krankenhausversorgung durch die Einführung eines DRG-Systems geprägt werden.

930. Von der Einführung des DRG-Systems wird eine Beschleunigung des Prozesses der Anpassung und der Weiterentwicklung von Leistungsprofilen der Krankenhäuser, d. h. eine Tendenz zur Schwerpunktbildung und eine Herausbildung medizinischer Kompetenzzentren, erwartet²⁴⁸. Die bisher übliche Typisierung nach „Grund- und Regel“- „Schwerpunkt“- und „Maximal“-Versorgung wird entweder schrittweise aufzugeben oder auf der Grundlage einer nach der Einführung von DRG verbesserten Datenlage zu dem Schweregrad von Erkrankungen bzw. dem Risiko von Patienten (*case mix*) und zu ihrer Behandlung neu zu bestimmen sein. Eine Differenzierung der Krankenhausversorgung nach Versorgungsstufen kann sich über die Unterscheidung zwischen Sekundär- und Tertiärversorgung hinaus sowohl nach der Breite des Leistungsspektrums (Abdeckung medizinischer Gebiete bzw. Schwerpunkte und Häufigkeitsverteilung von DRG) als auch nach dem Schweregrad bzw. Risiko von Patienten richten, soweit sich dieses im DRG-System abbilden lässt²⁴⁹. Die Zuständigkeit für die Versorgung sollte an die Qualifikation und Erfahrung des Personals, an die technische Ausstattung und an die Konstanz der Versorgung in der jeweiligen Einrichtung sowie an Ergebnisse externer Evaluation anknüpfen. In diesem Zusammenhang werden Mindestleistungsvolumina als eine Hilfsgröße zur Bewertung der Routine und der Kompetenz von Fachabteilungen und von Krankenhausärzten in der Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Interventionen an Bedeutung gewinnen, wenn der Zusammenhang zwischen Leistungsvolumen und Ergebnisqualität auch komplex und bisher nur ansatzweise verstanden ist (Gutachten 2000/2001, Band II, Ziffer 355–357 u. 452; Posnett, J. 2002).

931. Die Zahl der Krankenhausfälle ist im Zeitraum 1993 bis 1999 von 13,8 Millionen auf 16,2 Millionen und damit innerhalb von nur sieben Jahren um 17,1 % gestiegen (Ge-

²⁴⁷ Unter dem Aspekt der Dringlichkeit diagnostischer und therapeutischer Leistungen können der sofort zu versorgende Notfall und die ohne nachteilige Folgen für den Patienten zeitlich aufschiebbare (disponible) Behandlungsleistung jeweils als Endpunkte eines Kontinuums verstanden werden.

²⁴⁸ Gesetzesbegründung zum Fallpauschalengesetz – FPG. Dass Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse, verbunden mit einer Kooperation zwischen Krankenhäusern, zu einer Verringerung von Versorgungskosten führen können, wurde theoretisch mit Hilfe von Methoden des Operations Research gezeigt (Harfner, A. 1999).

²⁴⁹ Die Kriterien können kombiniert werden. Bei einer Zuordnung von Krankenhäusern zu Versorgungsstufen nach dem Schweregrad bzw. Risiko von Patienten stellt sich aber das Problem, dass die Fachabteilungen eines Krankenhauses unterschiedlichen Versorgungsstufen zugerechnet werden könnten.

sundheitsberichterstattung des Bundes). Bei einer im Wesentlichen unveränderten altersklassenbezogenen Krankenhaushäufigkeit (Krankenhausfälle je 10 000 Einwohner) wird die Fallzahl aufgrund der demographischen Entwicklung weiterhin deutlich zunehmen. Im Rahmen eines DRG-Systems mit für alle Krankenhäuser einheitlichen und konstanten Preisen, d. h. bei einem Verzicht auf krankenhausspezifische Preisverhandlungen, Erlösminderung bei höheren als den vereinbarten Fallzahlen oder auf „floatende“ Punktwerte analog zur vertragsärztlichen Versorgung, führt die weitere Zunahme der Fallzahl zu entsprechend steigenden Ausgaben der Krankenversicherung für die Krankenhausversorgung. Sofern die Fallzahlentwicklung mit Mitteln der Gesundheitspolitik beeinflusst werden soll, müssen Handlungsstrategien an der Indikationsstellung zur vollstationären Behandlung ansetzen und/oder alternative, für Krankenhäuser attraktive Vergütungsformen und -niveaus einführen, um Anreize zur Vermeidung von vollstationärer Behandlung zu setzen²⁵⁰. Eine weitere Handlungsalternative besteht in der Verringerung der Behandlungskapazität mit Hilfe der Krankenhausplanung der Länder (vgl. Arnold, M. u. Paf-frath, D. 1998)²⁵¹.

932. Unabhängig von der Entwicklung der Fallzahlen und der Vergütungsstruktur kann eine komplementäre Schwerpunktsetzung von Krankenhäusern innerhalb einer Region zur Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstruktur beitragen²⁵². Dabei werden die Abstimmung des Leistungsspektrums zwischen Krankenhäusern und vertragliche Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in Zukunft auch auf dem DRG-System aufbauen (Lohmann, H. u. Bornemeier, O. 2002). Die hochspezialisierte Versorgung (*tertiary care*) wird in der Regel zentralisiert angeboten (WHO 1996). Soweit ein hohes Maß an Interdisziplinarität in der Versorgung erforderlich ist, sollte eine Kompetenzbündelung in *Comprehensive Care Centers* mit einem stationären und einem ambulanten Angebot und mit externer Evaluation erwogen werden (vgl. Abschnitt 6.3).

6.5.4 Rehabilitationsversorgung

933. Die Frührehabilitation wird insofern eine zunehmende Bedeutung erlangen, als sie einen Bestandteil der Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V), zugleich aber eine Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsleistungen darstellt. In der Kalkulation von Kostengewichten im Rahmen der bevorstehenden Einführung des DRG-Systems

sollte eine angemessene Berücksichtigung von frührehabilitativen Leistungen gewährleistet werden (Abschnitt 5.2.1).

934. Auswirkungen der Einführung von DRG auf die Koordination von Akut- und Rehabilitationsversorgung sind schwierig abzuschätzen. Eine prospektive, fallbezogene Vergütung setzt Krankenhäusern unter dem Aspekt der Behandlungskosten einen Anreiz, die Verweildauer zu verkürzen und Patienten früher zur Anschlussheilbehandlung (AHB) bzw. zur stationär-rehabilitativen Weiterbehandlung in eine Rehabilitationseinrichtung zu entlassen. Aus diesem Grund kann mit der Einführung von DRG eine vermehrte bzw. qualitativ erhöhte Inanspruchnahme von Rehabilitationseinrichtungen verbunden sein, für die finanzielle Regelungen gefunden werden müssen. Umgekehrt besteht aber auch die Möglichkeit, dass Krankenhäuser ihre freiwerdenden räumlichen Kapazitäten (Betten) und ihre personellen Ressourcen für zusätzliche Angebote auf dem Gebiet der Rehabilitation nutzen. Sie können Krankenkassen Komplexpauschalen anbieten, deren Kalkulation die Akut- und die Rehabilitationsversorgung integrierende Behandlungspfade (*clinical pathways*) zugrunde liegen. Dabei ist zu klären, inwieweit Patienten die in spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen verfügbare Fachkompetenz auch während der Versorgung im Akutkrankenhaus angeboten werden kann.

6.5.5 Hospizversorgung

935. Stationäre Hospize werden anteilig durch die Krankenversicherung (§ 39a SGB V), die Pflegeversicherung, Spenden und Eigenleistungen finanziert. Da das Angebot an ambulanten und stationären Hospizleistungen noch relativ gering ist, besteht für die Mehrheit der terminal Kranken, die nicht in ihrem eigenen Haushalt bzw. in ihrer Familie versorgt und begleitet werden können, keine Alternative zur stationären Versorgung im Krankenhaus oder im Pflegeheim. Der Rat forderte bereits eine angemessene Berücksichtigung der Versorgung von Sterbenden ohne eine Verkürzung auf somatische Aspekte in der Kalkulation der DRG (Gutachten 2000/2001, Band III.1, Ziffer 362–368). Sofern dieser Funktion der Krankenhausversorgung in Deutschland in Zukunft ein geringeres Gewicht zukommen soll, muss das Leistungsrecht auf geeignete Weise ergänzt bzw. überarbeitet werden, um eine dem Bedarf entsprechende Hospizversorgung außerhalb von Krankenhäusern sicherzustellen.

6.5.6 Ambulante Versorgung und Integration mit dem Krankenhaus

936. Krankenhäuser nehmen an der ambulanten fachärztlichen Versorgung derzeit vor allem aufgrund einer Institutsermächtigung (§ 95 SGB V) bzw. aufgrund einer persönlichen Ermächtigung von Krankenhausärzten (§ 116 SGB V) teil. Ein Rechtsanspruch auf die Teilnahme an der ambulanten Versorgung nach diesen Bestimmungen besteht nicht; vielmehr entscheidet ein paritätisch aus Vertretern der kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen bestehender Zulassungsausschuss (§ 96 SGB V) über die Teilnahme (Brandes, I. et al. 2002). Krankenhäuser haben darüber hinaus die Möglichkeit, vor- und nachstationäre Behandlungen (§ 115a SGB V) und ambulante Operationen (§ 115b SGB V) anzubieten. Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) sowie sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) ergänzen das am-

²⁵⁰ Die Aufgabe der Primär- und Sekundärprävention von Krankheiten stellt sich auch unabhängig von der aktuellen Fallzahlentwicklung in Krankenhäusern und wird diese aller Voraussicht nach kurzfristig nicht wesentlich beeinflussen können.

²⁵¹ Auswirkungen der Budgetierung ambulanter Leistungen auf die Inanspruchnahme der Krankenhausversorgung sind in diesem Kontext ebenfalls zu berücksichtigen.

²⁵² Spezialisierungsprozesse, die mit einer räumlichen Konzentration in der Erbringung von Gesundheitsleistungen verbunden sind, können zwar Qualitätsvorteile, die Patienten zugute kommen, und betriebswirtschaftliche Vorteile für Krankenhäuser, zugleich aber auch einen erschwerten Zugang zu Gesundheitsleistungen und damit höhere – privat zu tragende – Nutzerkosten (privat getragene Fahrkosten, aufgewandte Zeit, verringerte Einbindung in das familiäre/soziale Umfeld und damit verringerte Betreuungsintensität) bewirken. Dies gilt vor allem für Flächenländer.

bulante Angebot der Krankenhäuser. Hochschulambulanzen erfüllen dabei neben Aufgaben der Krankenversorgung auch solche der Forschung und Lehre (Brandes, I. et al. 2002). Eine weitergehende „Öffnung“ von Krankenhäusern, die eine Ausweitung des ambulanten Versorgungsangebots zumindest für Leistungen mit einem hohen Spezialisierungsgrad ermöglicht, ist in der Diskussion.

937. Die „doppelte Facharztschiene“, verbunden mit einer Aufteilung der Sekundärversorgung²⁵³ (*secondary care*) auf zwei Versorgungssektoren mit inkompatiblen Planungs- und Finanzierungsmechanismen bei Aufrechterhaltung einer relativ unflexiblen Grenzziehung zwischen den Sektoren, ist ein Gegenstand kritischer Analysen und gilt als Erklärungsansatz für Effizienzverluste im Gesundheitssystem. Mit der Einführung und Verbreitung integrierter Versorgungsformen (vgl. Abschnitt 6.1) z. B. als Voraussetzung für Disease-Management-Programme (DMP) ergeben sich Chancen zur Steigerung der Effektivität und Effizienz der Versorgung; zugleich stellen sich aber auch Fragen nach dem institutionellen Umfeld – z. B. Praxis, „Gesundheitszentrum“ oder Krankenhaus –, das bestimmten diagnostischen und therapeutischen Leistungen angemessen ist sowie nach zielkompatiblen („anreizkompatiblen“) Entgeltformen, nach einheitlichen Kalkulationsgerüsten und nach anwendbaren Planungsalgorithmen. In diesem Kontext sollte auch das Informationsmanagement – vor allem im Hinblick auf die nicht nur von der WHO geforderte und im SGB V bereits vorgesehene koordinierende Funktion des Hausarztes, auf die Erhöhung der Nutzerkompetenz (vgl. Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 314 ff., Band II, Ziffer 351 ff.) sowie auf den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie (Telematik) im Gesundheitssystem – systematisch überprüft und verbessert werden.

938. Der Rat empfiehlt, die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten über die belegärztliche Versorgung (§ 121 SGB V) hinaus durch ein „Consultant“-System zu verbessern. Ein medizinisches Teil- bzw. Spezialgebiet, das im Krankenhaus nicht durch einen leitenden Arzt oder durch fachlich kompetente Oberärzte abgedeckt wird, kann durch niedergelassene „Consultants“ wahrgenommen werden. Vor allem Krankenhäusern der „Grund- und Regelversorgung“ böte die vermehrte Teilnahme von niedergelassenen Ärzten an der Krankenhausversorgung Möglichkeiten zur Weiterentwicklung ihres Leistungsprofils.

939. In der hochspezialisierten und räumlich konzentrierten („überregionalen“) Tertiärversorgung (*tertiary care*) werden neben stationären auch ambulante Leistungen z. B. in der Hämatologie/Onkologie erbracht. Eine partielle „Öffnung“ von Krankenhäusern ist vor allem für hochspezialisierte Leistungen und auf Gebieten mit einem schnellem Wissensfortschritt sinnvoll.

6.5.7 Aus-, Weiter- und Fortbildung

940. Neben den Universitäten und akademischen Lehrkrankenhäusern mit ihrem besonderen Auftrag trägt, in Abhängigkeit von ihrer Größe und Ausstattung und ihrem Leis-

tungsspektrum, die Mehrzahl der Krankenhäuser zur Aus- und Weiterbildung im Bereich Medizin und Pflege (Gutachten 2000/2001, Band II, Kapitel 1) sowie zur Ausbildung in Berufen medizinisch-technischer und administrativer Ausrichtung bei. Krankenhäuser erfüllen mit dieser Rolle in der Aus-, Weiter- und Fortbildung eine für die dauerhafte Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems wesentliche Aufgabe mit einem primär investivem Charakter (Investition in „Humankapital“), die in Überlegungen zur Finanzierung nicht immer angemessen berücksichtigt wird (vgl. SB 1994, Abschnitt 5.4, SG 1996, Kapitel 6 und SG 1997, Abschnitt 2.4).

6.5.8 Klinische Forschung und Versorgungsforschung

941. Universitäre Einrichtungen haben zwar für die biomedizinische, klinische und Public Health-Forschung eine besondere Verantwortung, doch leisten auch andere auf medizinische Gebiete und Schwerpunkte spezialisierte Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen Beiträge zur Gesundheitsforschung. Mit der Spezialisierung von Krankenhäusern verbessern sich die Bedingungen für die Durchführung von Forschungsprojekten z. B. aufgrund regelmäßiger Zusammenarbeit mit Produzenten von Medizintechnologie oder durch mehr Möglichkeiten zur Gewinnung von Studienteilnehmern. Darüber hinaus sind Krankenhäuser wesentlich an der Diffusion medizinischer Erkenntnisse und medizinisch-technischer Entwicklungen im Rahmen des „Fortschrittszyklus“ (SG 1997, Ziffer 107 f.) beteiligt. Eine naheliegende Verbindung von Krankenversorgung und Forschung, zu der besonders nicht-universitäre Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen beitragen können, ist die nicht auf die Wirksamkeit von Leistungen unter Idealbedingungen (*efficacy*), sondern auf die Wirksamkeit unter Routinebedingungen (*effectiveness*) zielende Versorgungsforschung (vgl. Gutachten 2000/2001, Band III.1, Abschnitt 5.5).

6.5.9 Konzeptionelle Probleme der Krankenhausplanung

942. Die Grundfunktionen des Krankenhauses (vgl. Abschnitt 6.5.1) können als kombinierbare Module verstanden werden. Organisationsformen, die alle Funktionen unter einem Dach zusammenfassen, sind denkbar, in der Praxis aber nicht in jedem Falle wünschenswert. Angesichts der Komplexität großer Einrichtungen besteht die Gefahr inflexibler und ineffizienter Strukturen, die als Problem von Krankenhäusern mit hoher Bettenzahl bekannt ist und die Anlass zu Untersuchungen zur optimalen Betriebsgröße von Krankenhäusern bot (Posnett, J. 2002). Variable Kombinationen einzelner Funktionsmodule und ihre Zusammenfassung in auf eine Aufgabenstellung zugeschnittenen Organisationseinheiten sind dagegen sinnvoll, sofern sich das auf diesem Wege ergebende Leistungsportfolio in ein regionales Versorgungsangebot einfügt bzw. wenn die Organisationsform eine effiziente Leistungserbringung ermöglicht. Dabei müssen Überlegungen zur Organisation der Versorgung zwei die Krankenhausversorgung zukünftig prägende Entwicklungen berücksichtigen: Das Ziel einer durch Sektorengrenzen nicht behinderten Organisation der Versorgung und die bevorstehende Umstellung der Finanzierung von Betriebskosten der Krankenhäuser auf Fallpauschalen (DRG).

²⁵³ Die Sekundärversorgung zeichnet sich in Abgrenzung zur Primärversorgung durch einen höheren Spezialisierungsgrad aus und umfasst vor allem gebietsärztliche, aber keine hochspezialisierte Versorgung (vgl. WHO 1996).

943. Eine funktionsorientierte Analyse eines Versorgungsektors kann eine Zuordnung von Versorgungsaufgaben und eine effiziente Gestaltung von Schnittstellen unterstützen und damit zu einer sektorübergreifenden Organisation beitragen. Dazu dient in einem ersten Schritt eine systematische Bestandsaufnahme des Leistungsgeschehens sowohl in dem

jeweiligen Versorgungssektor als auch in komplementären Versorgungsbereichen. So sollten sich Überlegungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur nicht nur auf die von Krankenhäusern erbrachten stationären Leistungen beschränken, sondern z. B. auch Daten zu ambulanten Leistungen einbeziehen.

Exkurs: Möglichkeiten einer Systematisierung ambulanter Leistungen

Die ambulante, d. h. die ohne eine kontinuierliche Beobachtung, Überwachung und Betreuung und ohne Unterkunft und Verpflegung zu leistende Krankenversorgung umfasst eine Vielzahl an Versorgungsleistungen, die innerhalb unterschiedlicher Organisationsformen wie z. B. Einzelpraxis, Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis, Poliklinik, Ambulatorium, Krankenhausambulanz bzw. Hochschulambulanz und „Gesundheitszentrum“²⁵⁴ sowie in auf bestimmte Krankheiten spezialisierten Zentren (z. B. Dialysezentren) oder auch in Form aufsuchender Versorgung im Rahmen von Hausbesuchen erbracht werden bzw. erbracht werden können. Eine Systematisierung ambulanter Leistungen kann ansetzen:

- an dem institutionellen Umfeld bzw. am „Versorgungssektor“, in dem ambulante Leistungen – auch sozialrechtlichen Vorgaben folgend – erbracht werden,
- an einer Beteiligung von Gesundheitsberufen (z. B. von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Pflegeberufen, Apothekern, Hebammen und Gesundheitshandwerkern),
- an einer Klassifikation von Gesundheitsproblemen²⁵⁵ sowie
- an Versorgungsstufen und an den einzelnen Versorgungsstufen zugeordneten Aufgaben bzw. Funktionen.

Eine Orientierung an Versorgungsstufen im Gesundheitssystem kann dabei auf der Unterscheidung zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung aufbauen.

Ambulante Leistungen haben vor allem für die Primärversorgung (*primary care*; vgl. WHO 1978, 1996 u. 1998) Bedeutung. Die Primärversorgung zielt auf die Deckung eines Grundbedarfs an gesundheitsbezogenen Versorgungsleistungen und zeichnet sich nach dem Verständnis der WHO durch Gemeindebezug, intersektorale Orientierung, Gleichheit der Gesundheitschancen, des Zugangs zu Gesundheitsleistungen und der Risikoexposition aus²⁵⁶. Sie umfasst, wie auch vom Rat bereits in früheren Gutachten dargestellt, insbesondere Aufgaben der

- Gesundheitsförderung (*health promotion*),
- Gesundheitsbildung (*health education*),
- Krankheitsprävention,
- Kuration,
- (ambulanten) Rehabilitation und
- Förderung der Selbsthilfe von einzelnen Menschen, Familien und Bevölkerungsgruppen (WHO 1985, 1996, 1998).

Weiterhin können unterschiedliche unterstützende Leistungen wie ambulante Pflegeleistungen und palliative Leistungen zur Primärversorgung gerechnet werden. An der Primärversorgung sind außer Hausärzten auch andere Gesundheitsberufe wie Pflegeberufe, Apotheker und Gesundheitshandwerk (Optiker, Orthopädieschuhmacher, Zahntechniker, Hörgeräteakustiker etc.) beteiligt, wobei Hausärzte Koordinationsaufgaben wahrnehmen sollen. Funktionen der hausärztlichen Versorgung im deutschen Gesundheitssystem wurden in § 73 Abs. 1 SGB V rechtlich fixiert. Danach beinhaltet die hausärztliche Versorgung vor allem

- die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfelds,
- die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,

²⁵⁴ Der Begriff des „Gesundheitszentrums“ wird in Ermangelung einer verbindlichen bzw. allgemein anerkannten Definition uneinheitlich gebraucht. Aufgrund einer Sonderregelung in § 311 SGB V wurden in Berlin und den neuen Bundesländern, vor allem in Brandenburg, „Gesundheitszentren“ anstelle früherer Polikliniken und Ambulatorien tätig (vgl. Richter, E. A. 2001).

²⁵⁵ Beispiele für Klassifikationen sind International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC), International Classification of Primary Care (ICPC), Reason for Visit Classification for Ambulatory Care (RVC), International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) und International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

²⁵⁶ Eine Stärkung der Primärversorgung wurde bereits 1978 in der Deklaration von Alma-Ata als zentraler Baustein von Gesundheitsreformen international anerkannt (WHO 1978).

- die Dokumentation, vor allem Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung und
- die Einleitung und Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in Behandlungsmaßnahmen.

An der hausärztlichen Versorgung nehmen Allgemeinärzte, Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die sich für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung entschieden haben, teil. Versorgungsleistungen der übrigen Fachärzte werden zur fachärztlichen Versorgung gerechnet (§ 73 Abs. 1a SGB V).

Die Sekundärversorgung (*secondary care*) zeichnet sich in Abgrenzung zur Primärversorgung durch einen höheren Spezialisierungsgrad aus (WHO 1996). Leistungen der Sekundärversorgung können wie Leistungen der Primärversorgung in Abhängigkeit von der institutionellen Gestaltung eines Gesundheitssystems – d. h. von den verwendeten Organisationsformen und finanzierungsrechtlichen Regeln – sowie vom Zustand von Patienten im Prinzip sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden. Ambulante Leistungen der Sekundärversorgung werden in Deutschland überwiegend von niedergelassenen und freiberuflich tätigen Fachärzten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 73 SGB V) durchgeführt.

Der Zugang von Patienten zur Sekundärversorgung ist in den Gesundheitssystemen verschiedener Länder uneinheitlich geregelt. In Deutschland wird er rechtlich durch das Prinzip der freien Arztwahl (§ 76 SGB V), faktisch auch durch die Ausstattung von gesetzlich Versicherten mit einer Krankenversichertenkarte, die einen weitgehend ungehinderten Zugang zu niedergelassenen Haus- und Fachärzten gestattet, sowie durch die Möglichkeit der „Selbsteinweisung“ zur stationären Versorgung in ein Krankenhaus bestimmt.

Auch ambulante Leistungen der hochspezialisierten Tertiärversorgung (*tertiary care*) werden, z. B. in der Hämatologie/Onkologie, sowohl in Praxen niedergelassener Ärzte als auch im Krankenhaus angeboten. Vor allem in der Tertiärversorgung erscheint eine Teilnahme von Kompetenzzentren bzw. von spezialisierten Ärzten in Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung sinnvoll (vgl. Abschnitt 6.5.6).

Die in den kommenden Jahren parallel zur Einführung eines DRG-Systems zu entwickelnden Ordnungskonzepte müssen Vorstellungen zur Aufgabenstellung sowohl der Krankenhausversorgung als auch der komplementären Versorgungssektoren sowie zur Organisation von Schnittstellen der Krankenhausversorgung mit der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte, mit dem Rettungsdienst und mit Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen enthalten.

944. Auf die zukünftige Gestaltung der Krankenhausversorgung werden die Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung der Länder, Konzepte der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände und die strategische Planung der Träger, d. h. der Eigentümer von Krankenhäusern, Einfluss nehmen. Mit der Einführung von DRG entsteht eine neuartige Datengrundlage für die Krankenhausplanung, die voraussichtlich auf mittlere bis längere Sicht dazu führen wird, dass sowohl die traditionelle und auch international nach wie vor gebräuchliche Bettenplanung als auch bisher erprobte Ansätze einer Leistungsplanung (Rüschmann, H.-H. 2000) durch neue methodische Ansätze abgelöst werden. Ein ordnungspolitischer Rahmen, aus dem sich die zukünftige Aufgabenteilung zwischen Gesundheitsministerien der Länder, Krankenversicherung und Krankenhausträgern in der Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung unter Nutzung der im Zuge der Einführung von DRG verbesserten Datenbasis ableiten lässt, wurde bisher aber nicht entwickelt. Die Abgrenzung und Zuordnung planerischer Entscheidungskompetenzen sollte zügig geklärt werden, um die Planungssicherheit vor allem für Krankenhausträger und für die Krankenversicherung zu erhöhen.

945. Im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung wird die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser neu zu ord-

nen sein, da die Länder ihrer Finanzierungsverpflichtung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) seit 1972 nur unzureichend nachgekommen sind und aus diesem Grund effizienzsteigernde Investitionen oft nicht oder nur mit zeitlicher Verzögerung durchgeführt wurden (Bruckberger, E. 2002). Gegenwärtig variieren sowohl die Fördermittel als auch die Fallkosten zwischen den Ländern beträchtlich. Dabei bestehen Interdependenzen zwischen Investitionen und Betriebskosten. Obwohl die Investitionen nur einen Anteil von 10 bis 15 % an den Ausgaben der Krankenhausversorgung erreichen, entscheiden sie doch maßgeblich über die Wirtschaftlichkeit des Einsatzes der übrigen Mittel. Der Rat wies bereits in einem früheren Gutachten darauf hin, dass Sachinvestitionen eine Schlüsselfunktion für die Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen zukommt (SG 1996, Ziffer 266 ff.).

946. Eine Aufstockung von Investitionsmitteln in Länderhaushalten ist zurzeit nicht zu erwarten. Deshalb werden die Möglichkeiten der Investitionsfinanzierung u. a. von der Kreditvergabe durch Banken, von der Anwendbarkeit anderer Finanzierungsformen wie z. B. der Emission von Aktien sowie von der Verfügbarkeit von Eigenmitteln und bei kommunalen Krankenhäusern auch von der Entwicklung der Haushaltslage in der jeweiligen Kommune abhängen. Soweit private Krankenhausträger über bessere Möglichkeiten einer Kapitalaufnahme verfügen als öffentliche und freigemeinnützige Träger, ist mit einer Erhöhung des Marktanteils privater Eigentümer zu rechnen. Zwischen 1990 und 2000 ist die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser vor dem Hintergrund einer Verringerung der Gesamtzahl an Krankenhäusern von 2 447 im Jahr 1990 auf 2 242 im Jahr 2000 und eines Abbaus von Krankenhausbetten um 18,4 % von 685 976 im Jahr 1990 auf 559 651 Betten im Jahr 2000 bereits um fast

30 % zurückgegangen, die Zahl der privaten Krankenhäuser dagegen um knapp 40 % gestiegen (Rocke, B. 2002)²⁵⁷. Im Kontext der Einführung von DRG sollte auch die Konzeption und Umsetzung eines monistischen Finanzierungssystems auf der Grundlage der DRG erneut erwogen werden (vgl. JG 1992, Ziffer 228 ff.). Eine monistische Finanzierung bedarf aber einer Gegenfinanzierung von Mehrausgaben der Krankenkassen.

947. Weitgehend ungeklärt ist, welchen Einfluss die Träger- bzw. Eigentümerstruktur auf das Leistungsangebot und auf die Qualität der Krankenhausversorgung ausübt (vgl. Sloan, F. A. 2000)²⁵⁸. Nach dem gegenwärtigen Wissensstand ist es nicht unwahrscheinlich, dass der Intensität des Qualitäts- und Preiswettbewerbs eine höhere Bedeutung für die Weiterentwicklung der Versorgung zukommt als der Aufteilung der Krankenhausversorgung auf öffentliche, private und freigeinnützige Träger (vgl. Sloan, F. A. 2000)²⁵⁹.

948. Um zu mehr Qualitätswettbewerb zu ermutigen, bedarf es einer Erhöhung der Nutzerkompetenz (vgl. Abschnitt 3.3), einer Anwendung von Ansätzen eines umfassenden Qualitätsmanagements, z. B. nach dem Modell der „European Foundation for Quality Management“ (EFQM; vgl. Brandt, E. 2001) bzw. von Zertifizierungsverfahren wie dem Verfahren der „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ (KTQ), sowie einer Verbesserung der methodischen Vorgehensweisen und Datengrundlagen für die Messung der Ergebnisqualität in ausgewählten Indikationsbereichen (Schneeweiss, S. 2002). In die ab 2005 in zweijährigem Abstand zu veröffentlichenden Qualitätsberichte können Daten aus externen Qualitätsvergleichen integriert werden (Mohr, V. D. 2002; vgl. Abschnitt 3.3.5). In diesem Kontext stellt sich auch die Aufgabe einer vom Rat seit geraumer Zeit geforderten Intensivierung der Versorgungsforschung, um offene Fragen zur Effektivität und Effizienz von Verfahren und Behandlungsprozessen in der Versorgungspraxis zu klären und um Auswirkungen von Innovationen wie dem DRG-System auf Versorgungsergebnisse vor allem bei chronischen Krankheiten einschätzen zu können (vgl. Gutachten 2000/2001, Band III.1, Ziffer 215–227). Mit der nach der Einführung von DRG in den Krankenhäusern verbesserten Dokumentation werden Grundlagen sowohl für die Versor-

gungsforschung als auch für die regionale Planung geschaffen. Dies gilt vor allem dann, wenn den Sozialministerien der Länder, der Krankenversicherung sowie unabhängigen Forschungsinstituten Daten – unter Beachtung von Datenschutzbestimmungen – in disaggregierter Form zugänglich sind.

949. Angesichts von Spezialisierungs- und Konzentrations-tendenzen und ungeklärter bzw. unzureichender Investitionsfinanzierung wird der strategischen Planung und der Unternehmensführung von Krankenhäusern in den kommenden Jahren eine besondere Bedeutung zukommen. Krankenhausträger werden zu berücksichtigen haben, dass außer der personellen und apparativen Ausstattung, dem baulichen Zustand, der Ablauforganisation und Ansätzen zur Qualitätssicherung vor allem die Unternehmensführung und Unternehmenskultur einen Einfluss auf die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit von Krankenhäusern ausüben (Aiken, L. u. Sloane, D. 2002). Dabei ist die Konzeption des zukünftigen ordnungspolitischen Rahmens für die Zeit ab 2007 eine Voraussetzung für strategische Überlegungen zur Entwicklung von Krankenhäusern. Diese ordnungspolitische Konzeption bedarf einer Abstimmung zwischen Bund und Ländern. Um die Planungssicherheit für die Krankenhausträger und für die Krankenversicherung zu verbessern, sollte diese gesundheitspolitische Aufgabe bald in Angriff genommen werden. Die Herstellung von „Markttransparenz“ durch die Darstellung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen von sektorübergreifenden Versorgungsprozessen ist dagegen eine auf der Leitungsebene von Krankenhäusern zu lösende Aufgabe. Bei einer steigenden Wettbewerbsintensität²⁶⁰ werden aber vor allem die Anforderungen an die Kompetenz und an die unternehmerische Gestaltungsfähigkeit der Träger (Eigentümer) von Krankenhäusern zunehmen.

6.5.10 Fazit und Empfehlungen

950. Funktionsorientierte Analysen von Versorgungssektoren – an dieser Stelle im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung skizziert – tragen zur Gestaltung von Versorgungsprozessen, zur Lösung von Schnittstellenproblemen und zur Erreichung des Ziels einer sektortübergreifenden, „integrierten“ Versorgung bei. Da die Einführung von DRG ab 2003 auch Auswirkungen auf komplementäre Versorgungssektoren zeitigen wird, entsteht ein Bedarf an systematischen Analysen des Leistungsgeschehens und seiner Entwicklung sowohl innerhalb der sozialrechtlich abgegrenzten Sektoren als auch an ihren gemeinsamen Schnittstellen. Der Rat empfiehlt

- funktionsbezogene und regionalisierte Bedarfsanalysen als Voraussetzung für eine Krankenhaus-Rahmenplanung unter Berücksichtigung komplementärer Leistungsbereiche durchzuführen,
- Vereinbarungen des Versorgungsauftrags von Krankenhäusern nach Funktion und Versorgungskapazität auf der Basis der Rahmenplanung abzuschließen und

²⁵⁷ Im Jahr 2000 befanden sich 744 von 2 003 und damit 37 % der Allgemeinkrankenhäuser in öffentlicher, 813 (40 %) in freigemeinnütziger und 446 (22 %) in privat-gewerblicher Trägerschaft. Eine andere Verteilung ergibt sich bei Verwendung der Planungsgröße Krankenhausbett. Rund 54 % der in Allgemeinkrankenhäusern aufgestellten Betten wurden in öffentlicher, ca. 38 % in freigemeinnütziger und nur 7,5 % in privater Trägerschaft vorgehalten. Zur Privatisierung von Krankenhäusern vgl. auch f & w 1/2003.

²⁵⁸ Auswirkungen der Eigentümerstruktur auf die Qualität und Effizienz der Versorgung sollten mit Mitteln der Versorgungsforschung untersucht werden.

²⁵⁹ Diese Einschätzung beruht vor allem auf Ergebnissen aus den USA. Die Intensivierung des Preis- und Qualitätswettbewerbs in den USA in den 1980er und 1990er Jahren führte nicht zu einer wesentlichen Zunahme privater gewinnorientierter Krankenhäuser. Diese Beobachtung stützt nicht die Vermutung, dass gewinnorientierte (*for-profit*) Krankenhäuser effizienter sind als gemeinnützige Krankenhäuser (Sloan, F. A. 2000). Für den deutschen Sprachraum liegen keine entsprechenden Untersuchungen vor. Mit der Gemeinnützigkeit können auch betriebswirtschaftliche Vorteile z. B. wegen einer Steuerbefreiung und wegen des Verzichtes auf Gewinnausschüttung verbunden sein (vgl. Rocke, B. 2002).

²⁶⁰ Vergleiche Arnold et al. (2002). Zu einer steigenden Wettbewerbsintensität in der Krankenhausversorgung wird auch der Wettbewerb zwischen Krankenkassen führen, sobald dieser Wettbewerb aufgrund einer Flexibilisierung des Vertragsrechts auf die Krankenhäuser übergreift (Wille, E. 2000).

- mehr Versorgungsforschung zu betreiben mit dem Ziel, Planungsprozesse zu unterstützen.

951. Im Zuge der Einführung des DRG-Systems verändert sich die Informationsgrundlage der Krankenhausplanung. Ungeklärt ist neben der Schnittstellenproblematik aber die Zuordnung von Planungs- und Entscheidungskompetenzen in der Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung und damit das Verhältnis zwischen Gesundheits- bzw. Sozialministerien der Bundesländer als planenden Behörden, Verbänden der Krankenversicherung als den Vertragspartnern und den „Trägern“, d. h. den Eigentümern der Krankenhäuser. Weiterhin ist, trotz des häufig konstatierten „Investitionsstaus“, die zukünftige Investitionsfinanzierung nicht geregelt. In dieser Situation bedarf es, parallel zur Einführung von DRG ab 2003, einer Konzeption des zukünftigen ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausversorgung. Dieser ordnungspolitische Rahmen sollte Vorstellungen des Gesetzgebers

- zur Aufgabenstellung und zur Koordination der Versorgungssektoren,
- zur Zuordnung von Entscheidungskompetenzen und Verantwortung für die Planung der Krankenhausversorgung zu den Gesundheitsministerien der Bundesländer, den Verbänden der Krankenversicherung und den Trägern, d. h. den Eigentümern von Krankenhäusern, sowie
- zur zukünftigen Investitionsfinanzierung in der Krankenhausversorgung

präzisieren und Planungssicherheit sowohl für Krankenhäuser als auch für die gesetzliche und private Krankenversicherung herstellen. Eine höhere Planungssicherheit wird unternehmerische Entscheidungen – vor allem Investitionsentscheidungen – erleichtern und zu einer effizienten Ressourcenallokation im Gesundheitssystem, die eine qualitativ hochwertige, zugleich aber auch wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erst ermöglicht, beitragen.

6.6 Literatur

ADA (American Diabetes Association) (2000): Clinical Practice Recommendations. *Diabetes Care* Jan, 23 Suppl. 1, S. 1–116.

ADA (American Diabetes Association) (2002a): Clinical Practice Recommendations. *Diabetes Care*, Vol. 25, Suppl. 1, S. 1–147.

ADA (American Diabetes Association) (2002b): Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*; Vol. 25; S. 33–49.

Adam, H. und Krauth, C. (1999): Monopolstrukturen im Rettungsdienst: Das Beispiel Niedersachsen. In: Knappe, E. (Hrsg.): *Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Baden-Baden.

AHIMA (American Health Information Management Association) (1994): Position statement. Issue: quality management and improvement in healthcare reform. *J AHIMA*;65(1):2d suppl 1–2, following S. 84.

Aiken, L. and Sloane, D. (2002): Hospital organization and culture, in: McKee, M. und Healy, J. (Hrsg.), *Hospitals in a changing Europe*, Buckingham und Philadelphia.

Alberti, K. G. and Zimmet, P. Z. (1998): Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part I: Diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med*;15(7), S. 539–553.

Albring, M. und Wille, E. (Hrsg.) (1999): *Szenarien im Gesundheitswesen*, Frankfurt.

Altenhofen, L., Haß, W., Oliveria, J. und Brenner G. (2002): *Modernes Diabetesmanagement in der ambulanten Versorgung*, Köln.

Altman, D., Cutler, D. und Zeckhauser, R. (1998): Adverse selection and adverse retention. *American Economic Review, Papers and Proceedings*, Vol. 88, No. 2, S. 122–126.

Altman, D., Cutler, D. und Zeckhauser, R. (2003): Enrollee mix, treatment intensity, and cost in competing indemnity and HMO plans. *Journal of Health Economics*, Vol. 22, S. 23–45.

AMA (American Medical Association) (2000): A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence. *J Am Med Ass*; Vol. 283, S. 3244–3254.

American Heart Association in collaboration with the International Committee on Resuscitation (ILCOR) (2000): Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation an emergency cardiovascular care. An international consensus on science. *Resuscitation*, Vol. 46, S. 1–448.

Andersen, H. H. und Schwarze J. (2002): Zur Akzeptanz integrierter Versorgungsmodelle. In: Preuß, K.-J., Rübiger, J. und Sommer, J. (Hrsg.), *Managed Care*, Stuttgart, New York, S. 20–36.

AOK-Bundesverband (Hrsg.) (1994): *Der Arzt Ihrer Wahl. Das hausärztliche Versorgungskonzept der AOK*, Bonn.

AOK-Bundesverband (Hrsg.) (1995): *Mein Arzt hat Zeit für mich. Das hausärztliche Versorgungskonzept der AOK*, Bonn.

AOK-Bundesverband (o. J.): *Einführung eines Disease-Managements am Beispiel Diabetes. Partizipation als Weg aus dem Versorgungsdilemma*, Bonn.

Arnold, M. und Paffrath, D. (Hrsg.) (1998): *Krankenhaus-Report 1998. Schwerpunkt: Überkapazitäten im Krankenhaus*, Stuttgart.

Arnold, M., Klauber, K. und Schellschmidt, H. (Hrsg.) (2002): *Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb*, Stuttgart.

Arnold, M., Lauterbach, K. W. und Preuß, K.-J. (Hrsg.) (1997): *Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formeln und Effekte*, Stuttgart, New York.

Arntz, H. R. (1996): Defibrillation durch qualifiziertes nichtärztliches Personal. Voraussetzungen für ein erfolgreiches Reanimationsprogramm. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 93, S. A-813–814.

Ausschuss Rettungswesen: Ministerium des Inneren und für Sport in Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2000): *Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland. Abschlussbericht Konsensusgruppe Luftrettung*, Aachen.

Ausschuss Rettungswesen: Ministerium des Inneren und für Sport in Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2001): *Abschlussberichte der Arbeitsgruppen Strukturfragen, Hilfsfrist, Massenankunft von Verletzten*, Aachen.

Bahr, J., Panzer, W. und Klingler, H. (2001): *Herz-Lungen-Wiederbelebung durch Ersthelfer – Einige Ergebnisse und Folgen aus dem Göttinger Pilotprojekt. Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie*, Vol. 36, S. 573–579.

Bakker, E. and van Ommen, J. B. (1998): Duchenne and Becker Muscular Dystrophy. In: Emery AEH (ed.), *Neuromuscular Disorders: Clinical and Molecular Genetics*. Wiley, Chichester, England, S. 59–86.

BAND (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschland e. V.) (2002): *Positionspapier zur zukünftigen Regelkompetenz des Rettungsassistenten. Notfall & Rettungsmedizin*, Vol. 5, S. 380–382.

Baum G. u. Tuschen, K. H. (2000): *AR-DRG – Die Chance nutzen. Überlegungen zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems. f & w*, Band 5, S. 449–460.

Baumann, M. und Stock, J. (1996): *Managed Care-Impulse für die GKV? Erfahrungswerte mit alternativen Formen der Steuerung in der Gesundheitsversorgung*, Düsseldorf.

Bayeff-Filloff, M., Anding, K. und Lackner, Chr. K. (2001): *Schnittstelle Rettungsdienst und Klinik. Notfall & Rettungsmedizin*, Band 4, S. 515–518.

Beaulieu, N. D. (2002): Quality Information and Consumer Health Plan Choices. *Journal of Health Economics*, Vol. 21, S. 43–63.

Becker, L. B., Osstrander, M. P., Barrrett, J. and Kondos, G. T. (1991): Outcome of CPR in a large metropolitan area – where are the survivors? *Annals of Emergency Medicine*, Vol. 20, S. 355–361.

Behrendt, H. und Schmiedel, R. (2000): *Der Notarzteininsatz. Ein Blick aus der Bundesperspektive auf Strukturen und Leistungen. Notfall & Rettungsmedizin*, S. 88–92.

- Behrendt, H. und Schmiedel, R. (2001a): Die bedarfsgerechte Besetzung von Leitstellen. Ein Modell für die Praxis. *Notfall & Rettungsmedizin*, Band 4, S. 23–31.
- Behrendt, H. und Schmiedel, R. (2001b): Bedarfsgerechte Dispositionsbereiche von integrierten Regionalleitstellen. *Notfall & Rettungsmedizin*, Band 4, S. 495–503.
- Berg, R. A., Sanders, A. B., Kern, K. B., Hilwig, R. W., Heidenreich, J. W., Porter, M. E., and Ewy, G. A. (2001): Adverse hemodynamic effects of interrupting chest compressions for rescue breathin during cardiopulmonary resuscitation for ventricular fibrillation cardiac arrest. *Circulation*, Vol. 104, S. 2465–2470.
- Berger, M., Jörgens, V. und Mühlhauser I. (2001): Das Düsseldorf-Genfer strukturierte Therapie- und Edukations-Programm als Evidenz-basierter Standard für die Behandlung des Typ-1-Diabetes mellitus. *Diabetes und Stoffwechsel*, Band 10, S. 105–110.
- Berk, M. L. and Monheit, A. C. (2001): The Concentration of Health Care Expenditures, Revisited. *Health Affairs*, Vol. 20, 2, S. 9–18.
- Birch, J. G. (1998): Orthopedic management of neuromuscular disorders in children. *Semin Pediatr Neurol*, Vol. 5(2), S. 78–91.
- Birnkrant, D. J., Pope, J. F. and Eiben, R. M. (1999): Management of the respiratory complications of neuromuscular diseases in the pediatric intensive care unit. *J Child Neurol.*, Vol. 14(3), S. 139–43.
- Bohm, S., Häußler, B. und Reschke, P. (2002): Evaluationskonzept für das Praxisnetz Nürnberg Nord. In: Preuß, K.-J., Rübiger, J. und Sommer, J. H. (Hrsg.), *Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle*, Stuttgart, New York, S. 65–79.
- Borasio, G. D., Sloan, R. and Pongratz, D. E. (1998): Breaking the news in amyotrophic lateral sclerosis. *J Neurol Sci*, Vol. 160 (suppl. 1), S. S127–S133.
- Brandes, I., Gerhardus, A., Krauth, C., Lungen, M., Potthoff, P., Schmitz, H., Lauterbach, K. W. und Schwartz, F. W. (2002): Die Bedeutung der Hochschulambulanzen für Versorgung, Forschung und Lehre. *Das Krankenhaus*, Band 94, S. 909–914.
- Brandt, E. (2001): Qualitätsmanagement & Gesundheitsförderung im Krankenhaus. *Handbuch zur EFQM-Einführung*, Neuwied und Kriftel.
- Breuer, M. (1999): Pareto-Verbesserungen in der Sozialversicherung durch Selbstselektion ihrer Mitglieder. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 88. Jg., S. 77–98.
- Brinkmann, H. (2002): Ist Wohlfahrt drin, wo Wohlfahrt draufsteht? Eine ökonomische Analyse des deutschen Marktes für Rettungsdienstleistungen, Wien.
- Brown, R. H. jr, Hauser, S. L., Harrington, H. and Weiner H. L. (1986): Failure of immunosuppression with a ten- to 14-day course of high-dose intravenous cyclophosphamide to alter the progression of amyotrophic lateral sclerosis. *Arch Neurol*, Vol. 43(4), S. 383–384.
- Brown, R. H. jr. (2001): Amyotrophic lateral sclerosis. In: *MedLink Neurology*. 2nd ed., San Diego.
- Brown, S. A. (1990): Studies of educational interventions and outcomes in diabetic adults: a meta-analysis revisited. *Patient Educ Couns*, Vol. 16(3), S. 189–215.
- Bruckenberg, E. (2002): Die Folgen des Fallpauschalengesetzes für die Krankenhausfinanzierung, www.bruckenberg.de.
- Bundesanstalt für Straßenwesen (1998): Analyse organisatorischer Strukturen im Rettungswesen. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen*. Heft M 100.
- Bundesanstalt für Straßenwesen (2002): Optimierung von Rettungsdienstleistungen. *Praktische und ökonomische Konsequenzen*. Heft 140.
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2002): Nationale Versorgungs-Leitlinie Diabetes mellitus Typ 2. *Z. ärztl. Fortbild. Qual. sich.*, 96. Jg., Suppl II.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2002): *Kompetenznetze in der Medizin. Forschung für den Menschen*. Bonn.
- Caffrey, S. L., Willoughby, P. J., Pepe, P. E. and Becker, L. B. (2002): Public use of automated external defibrillators. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 347, S. 1242–1247.
- Capucci, A., Schieri, D., Piepoli, M. F., Bardy, G. H., Iacono, E. and Arvedi, M. (2002): Tripling survival from sudden cardiac arrest via early defibrillation without traditional education in cardiopulmonary resuscitation. *Circulation*, Vol. 106, S. 1065–1070.
- Caroscio, J. T., Cohen, J. A., Zawodniak, J., Takai, V., Shapiro, A., Blaustein, S., Mulvihill, M. N., Loucas, S. P., Gudesblatt, M. and Rube D. (1986): A double-blind, placebo-controlled trial of TRH in amyotrophic lateral sclerosis. *Neurology*, Vol. 36(2), S. 141–145.
- Chaix-Couturier, C., Durand-Zaleski, I., Jolly, D. and Durioux, P. (2000): Effects of Financial Incentives on Medical Practice: Results from a Systematic Review of the Literature and Methodological Issues. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 12, S. 133–142.
- Coopers & Lybrand Europe (1997): *Informationsmanagement: Der Schlüssel zu Managed Care in Europa*, Bern.
- Cutler, D., McClellan, M. and Newhouse, J. (2000): How does managed care do it? *RAND Journal of Economics*, Vol. 31, No. 3, S. 526–548.
- Cutler, D. M. and Reber, S. J. (1998): Paying for Health Insurance: The Trade-Off between Competition and Adverse Selection. *Quarterly Journal of Economics*, May, S. 433–466.
- Dalakas, M. C., Aksamit, A. J., Madden, D. L. and Sever, J. L. (1986): Administration of recombinant human leukocyte alpha 2-interferon in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Arch Neurol*, Vol. 43(9), S. 933–935.
- Danzon, P. (2002): Welfare effects of supplementary insurance: a comment. *Journal of Health Economics*, Vol. 21, S. 923–926.
- Dennerlein, R. K. H. und Schneider, M. (1995): *Wirtschaftlichkeitsreserven im Rettungsdienst. Gutachten für den Bundesminister für Gesundheit*, Augsburg.

- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2000): Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Weiterentwicklung im Gesundheitswesen, 3. Aufl., Düsseldorf.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2002a): Das Krankenhaus als Anbieter von Leistungen in der integrierten Versorgung nach § 140 a–h SGB V. Materialiensammlung, 2. Aufl., Düsseldorf.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2002b): Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, www.dkgev.de.
- Deutscher Ärztetag: (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach geändert durch die Beschlüsse des 103. Deutschen Ärztetages 2000 in Köln.
- Dick, W. F. (2001): Perspektiven der Notfallmedizin für das 21. Jahrhundert. Notfall & Rettungsmedizin, Band 4, S. 477–481.
- DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) (1988): Zur Breitenausbildung der Bevölkerung in Erster Hilfe. www.divi-org.de/pdfs/10empf.pdf.
- Donner-Banzhoff, N., Schuster, C., Hofmann, S. und Baum, E. (1999): Notfallversorgung durch Ersthelfer. Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Vol. 34, S. 140–145.
- Drachman, D. B. (1994): Myasthenia gravis. N Engl J Med, Vol. 330(25), S. 1797–1810.
- EDPG (European Diabetes Policy Group) (1999a): A desktop guide to Type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus. Diabet Med 1999, Vol. 16(3), S. 253–266.
- EDPG (European Diabetes Policy Group) (1999b): A desktop guide to Type 2 diabetes mellitus. Diabet Med 1999, Vol. 16(9), S. 716–730.
- Ellinger, K. und Genzwürker, H. (2002): Die neue Rolle der Rettungsleitstelle: Medical Call Center. Notfall und Rettungsmedizin, Vol. 5, S. 516–518.
- Ellis, R. P. (1998): Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. Journal of Health Economics, Vol. 17, S. 537–555.
- Ellis, R. P. and Aragao, F. (2001): Death Spirals, Switching Costs, and Health Premium Payment Systems, unveröffentl. Manuskript. <http://econ.bu.edu/Ellis/Papers/spiral0507.pdf>.
- Emery, A. E. H. (1991): Population frequencies of inherited neuromuscular diseases – a world survey. Neuromuscular Disorders, Vol. 1, S. 19–29.
- Engdahl, J. (2002): Outcome after cardiac arrest outside hospital. British Medical Journal, Vol. 325, S. 503.
- Engel, A. G., Hohlfeld, R. and Banker, B. Q. (1994): The Polymyositis and Dermatomyositis Syndromes. In: Engel, A. G. and Franzini-Armstrong, C. (eds.), Myology, Vol. 2. Diseases, McGraw-Hill, New York, S. 1335–1383.
- Erdmann, Y. (1995): Managed Care. Veränderungen im Gesundheitswesen der USA in den letzten 30 Jahren, Baden-Baden.
- f & w – führen und wirtschaften im Krankenhaus (2003): Die Zukunft der Kliniken. Preisverfall, Kettenbildung, Privatisierung. Band 20, S. 5–9.
- Felder, S. und Werblow, A. (2002): Schweiz: Selbstbehalte zeigen Wirkung. Die Betriebskrankenkasse, Heft 8, S. 354–358.
- Focke, K. (1998): Vertragsrecht im Krankenhausbereich – Zwischen „dynamischem Stillstand“ und erweiterten Handlungsspielräumen. Die BKK, 86. Jg., Heft 8, S. 389–394.
- Gaynor, M. and Haas-Wilson, D. (1998): Change, Consolidation, and Competition in Health Care Markets, NBER Working Paper 6701, Cambridge, Mass.
- Giering, H. (1998): Notfallseelsorge – Lücke im Gefüge der Rettungsdienste. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 95, S. A-874–876.
- Giuffrida, A., Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I., Sergison, M., Leese, B., Pederson, L. and Sutton, M. (2000): Target Payments in Primary Care: Effects on Professional Practice and Health Care Outcomes (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4.
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I. S., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., Sergison, M. and Pedersen, L. (2000): Capitation, Salary, Fee-for-service and Mixed Systems of Payment: Effects on the Behaviour of Primary Care Physicians (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4, Oxford.
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I. S., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., Sergison, M. and Pedersen, L. (2001): Impact of Payment Method on Behaviour of Primary Care Physicians: A Systematic Review. Journal of Health Services Research and Policy, Vol. 6, Nr. 1, S. 44–55.
- Gozzoli, V., Palmer, A. J., Brandt A., Weiss, C., Pielmeier, W., Landgraf, R., und Renner, R. (2000): Erhöhter klinischer und wirtschaftlicher Nutzen durch PROSIT (Proteinurie Screening und Intervention) bei Typ 2 diabetischen Patienten. Dtsch. Med. Wschr, 125. Jg.; S. 1154–1159
- Haas-Wilson, D. and Gaynor M. (1998): Physician Networks and their Implications for Competition in Health Care Markets. Health Economics, Vol. 7, S. 179–182.
- Hallstrom, A., Cobb, L., Johnson, E., and Copass, M. (2000): Cardiopulmonary resuscitation by chest compression alone or with mouth-to-mouth ventilation. The New England Journal of Medicine, Vol. 342, S. 1546–1553.
- Hansen, B. and Keiding, H. (2002): Alternative health insurance schemes: a welfare comparison. Journal of Health Economics, Vol. 21, S. 739–756.
- Harfner, A. (1999): Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse im deutschen Krankenhauswesen bei einem fallbezogenen Finanzierungssystem. Eine quantitative Analyse mit Hilfe computergestützter Szenarienrechnungen. Forschungsgruppe Medizinökonomie, Arbeitsbericht 99-2, Erlangen-Nürnberg.
- Haslbeck, M., Luft, D., Neundörfer, B., Redaelli, M., Stracke, H., Ziegler, D., Wienbeck, M. und Corvin, S. (2002): Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle der autonomen diabetischen Neuropathien. In: Scherbaum, W. A. und Landgraf, R. (Hrsg.), Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG. Köln.

- Healy, J. und McKee, M. (2002a): The evolution of hospital systems. In: McKee, M. und Healy, J. (eds.), *Hospitals in a changing Europe*, Buckingham und Philadelphia.
- Healy, J. und McKee, M. (2002b): The role and function of hospitals. In: McKee, M. und Healy, J. (eds.), *Hospitals in a changing Europe*, Buckingham und Philadelphia.
- Hennes, P. (2000): Die integrierte Leitstelle: Mittel zur optimierten Kooperation. In: *Handbuch des Rettungswesens*, Kap. A 11.4, Aachen.
- Hennes, P. (2001a): Qualität und Qualitätsmanagement im Rettungsdienst aus der Sicht des Ausschusses Rettungswesen, in: *Handbuch des Rettungswesens*, Kap. A 5.2.2, Aachen.
- Hennes, P. (2001b): Rettungsdienst und europäisches Wettbewerbsrecht, in: *Handbuch des Rettungswesens*, Kapitel A 3.0.6, Aachen.
- Hennes, P. und Reinhardt, K. (2001): Rettungsdienst und Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Gedanken zu einem Primat für Qualität und Qualitätssicherung. In: *Handbuch des Rettungswesens*, Kapitel A 5.2.3, Aachen.
- Hinkelbein, J., Genzwürker, H. und Ellinger, K. (2002): Notfallmedizin – Einheitlichkeit notwendig. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 99, S. A-2095–A-2096.
- Ishikawa, Y., Bach, J. R. and Minami, R. (1999): Cardioprotection for Duchenne's muscular dystrophy. *Am Heart J*, Vol. 137(5), S. 895–902.
- Jacobs, K. (2002): Königsweg Selbstbehalt? *Gesundheit und Gesellschaft*, 5. Jg., Ausgabe 9, S. 14–15.
- Jacobs, K. und Schröder, W. F. (1999): Zur solidarkompatiblen Gestaltung von Strukturverträgen zur integrierten Versorgung, IGES-Papier Nr. 99-06, Berlin.
- Jacobs, K. und Schröder, W. F. (2002): Wettbewerb als Motor der Integration? In: Arnold, M., Klauber, J. und Schell-schmidt, H. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2002*. Stuttgart.
- Jaretzki, A. III, Barohn, R. J., Ernstoff, R. M., Kaminski, H. J., Keeseey, J. C., Penn, A. S., and Sanders, D. B. (2000): Myasthenia gravis: Recommendation for clinical research standards. *Neurology*, Vol. 55, S. 16–23.
- Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., Swash, M. and Peto, V. (2000): The ALS Health Profile Study: quality of life of amyotrophic lateral sclerosis patients and carers in Europe. *J Neurol*, Vol. 247(11), S. 835–840.
- Joint National Committee (1997): The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med*, Vol. 157, S. 2413–2443.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997): Vernetzte Praxen und flexible Vertragsformen. Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung. *KBV Kontext*, Heft Nr. 3, 2. Aufl., Köln.
- Kelemen, J., Hedlund, W., Orlin, J. B., Berkman, E. M. and Munsat, T. L. (1983): Plasmapheresis with immunosuppression in amyotrophic lateral sclerosis. *Arch Neurol*, Vol. 40(12), S. 752–753.
- Kerner, W., Fuchs, C., Redaelli, M., Böhm, B., Köbberling, J., Schwerbaum, A. W. und Tillil, H. (2000): Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus. In: Scherbaum, W. A., Lauterbach, K. W. und Joost, H. G. (Hrsg.), *Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG*. Köln.
- Kifmann, M. (1999): Community Rating and Choice between Traditional Health Insurance and Managed Care. *Health Economics*, Vol. 8, S. 563–578.
- Kifmann, M. (2002a): Das Verhältnis von Grund- und Zusatzversicherung in Deutschland, Österreich und der Schweiz – ein wohlfahrtstheoretischer Vergleich, unveröffentlichtes Manuskript.
- Kifmann, M. (2002b): Community rating in health insurance and different benefit packages. *Journal of Health Economics*, Vol. 21, S. 719–737.
- Klein-Lange, M. und Schwartz, F. W. (2002): Stationäre Krankenversorgung. In: Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. und Walter, U. (Hrsg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. Aufl., München u. a. (im Druck).
- Klingenberger, D. (2002): Health Maintenance Organizations in der Schweiz – Darstellung und Kritik. *IDZ-Information*, Nr. 1/2002.
- Knappe, E. (Hrsg.) (1997): Reformstrategie „Managed Care“, Baden-Baden.
- Krauth, C., Rieger, J. und Schwartz, F. W. (1999): Ökonomische Analyse der Rettungsdienste: Kosten, Effizienz und Systembedingungen. In: *Deutsche Gesellschaft für Public Health (Hrsg.): Public-Health-Forschung in Deutschland*, Bern.
- Krauth, C., Schwartz, F. W., Perleth, M., Busse, R. und v. d. Schulenburg, J. M., (1998): Zur Umsetzung ergebnisorientierter Vergütungselemente in der ambulanten Versorgung. *Arbeit und Sozialpolitik*, 53. Jg., S. 10–22.
- Lauterbach, K. W. und Wille, E. (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e. V. (AEV), des AOK-Bundesverbandes und des IKK-Bundesverbandes, Endbericht, Köln und Mannheim, Februar 2001.
- Lauterbach, K. W., Stock, S., Redaelli, M., Kühn, M. und Lungen M. (2001): Disease-Management in Deutschland. Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation, Köln.
- Lehmann, H. und Zweifel, P. (2002): Innovation and Risk Selection in Deregulated Social Health Insurance, unveröffentlichtes Manuskript.
- Lohmann, H. und Bornemeier, O. (2002): DRG als Chance für ein wettbewerbsorientiertes Gesundheitssystem. *Gesundh ökon Qual manag*, Band 7, S. 304–309.
- Luiz, T., Huber, B., Schieth, B. und Madler, C. (2000): Einsatzrealität eines städtischen Notarztendienstes. *Medizinisches Spektrum und lokale Einsatzverteilung*. *Anästhesiologie und Intensivmedizin*, Vol. 41, S. 765–773.
- Luiz, T., Schmitt, T. K. und Madler, C. (2002): Der Notarzt als Manager sozialer Krisen. *Notfall- und Rettungsmedizin*, Vol. 5, S. 505–511.
- Madler, C. (2002): Notarzt und Sozialnot. *Notall & Rettungsmedizin*, Band 5, S. 491.

- Madler, C., Luiz, T. und Poloczek, S. (2002): Notarzt und Sozialnot – Zur Bedeutung des sozialen Kontextes für die Notfallmedizin, in: Handbuch des Rettungswesens, Kapitel A 1.8.3, Aachen.
- Marsteller, J., Bovbjerg, R., Nichols, L. and Versilli, D. (1997): The resurgence of selective contracting restrictions. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 22, No. 5, S. 1133–1189.
- Messelken, M. und Dirks, B. (2001): Zentrale Auswertung von Notarzteinsätzen im Rahmen externer Qualitätssicherung. Ein Pilotprojekt der agswm (Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte) in Baden-Württemberg. *Notfall- und Rettungsmedizin*, Vol. 4, S. 408–415.
- Messelken, M., Martin, J. und Milewski, P. (1998): Ergebnisqualität in der Notfallmedizin. Versuch einer Standortbestimmung. *Notfall- und Rettungsmedizin*, Vol. 1, S. 143–149.
- Miller, R. H. and Luft, H. S. (1997): Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care? *Health Affairs*, No. 5, Vol. 16, S. 7–25.
- Miller, R. H. and Luft, H. S. (2002): HMO Plan Performance Update. An Analysis of the Literature, 1997–2001. *Health Affairs*, No. 4, Vol. 21, S. 63–86.
- Mohr, V. D. (2002): Versorgungsqualität im DRG-System – die Rolle des externen Qualitätsvergleichs. *Gesundh ökon Qual manag*, Band 7, S. 310–315.
- Morrisey, M. (2001): Competition in Hospital and Health Insurance Markets: A Review and Research Agenda. *Health Services Research*, Vol. 36, 1, S. 191–221.
- Muehlenberg, K., Wiedmann, K. H. und Rey, G. (2002): Interdisziplinäre Aufnahmestation – Effektives Instrument zur Behandlungssteuerung. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 96, S. A-3452–3454.
- National Academy Press (2001): *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D. C.
- NCQA (National Committee for Quality Assurance) (2002): NCQA Report shows quality improvement, but more best practice care needed. *Qual Lett* Heath Lead, Vol. 14(10), S. 12–13.
- Neuffer, A. B. (1997): Managed Care. Umsetzbarkeit des Konzeptes im deutschen Gesundheitssystem, Bayreuth.
- Newhouse, J. P. (1994): Patients at Risk: Health Reform and Risk Adjustment. *Health Affairs*, Vol. 13, S. 132–146.
- Newhouse, J. P. (1996): Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production versus Selection. *Journal of Economic Literature*, Vol. 34, S. 1236–1263.
- Newhouse, J. P. and The Health Insurance Experiment Group (1993): *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Cambridge (Mass.), London.
- Newhouse, J. P., Buntin, M. B. and Chapman, J. D. (1997): Risk Adjustment and Medicare: Taking a Closer Look. *Health Affairs*, Vol. 16, S. 26–43.
- Newhouse, J. P., Buntin, M. B. and Chapman, J. D. (1999): Risk Adjustment and Medicare.
- Ohsfeldt, R., Morrisey, M., Nelson, L. and Johnson, V. (1998): The Spread of State Any Willing Provider Laws. *Health Services Research*, Vol. 33(5), S. 1537–1562.
- Orlowski, U. (1997): Strukturverträge – Perspektiven und Grenzen. *Die BKK*, 85. Jg., S. 240–247.
- Orlowski, U. (2000): Integrationsversorgung. *Die BKK*, 88. Jg., S. 191–199.
- Pajonk, F. G., Biberthaler, P., Cordes, O., und Moecke, H. P. (1998): Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Notärzten. *Anaesthesist*, Vol. 47, S. 588–594.
- Pajonk, F. G., Bartels, H. H., Biberthaler, P., Bregnezer, T. und Moecke, H. (2001a): Der psychiatrische Notfall im Rettungsdienst. Häufigkeit, Versorgung und Beurteilung durch Notärzte und Rettungsdienstpersonal. *Der Nervenarzt*, Vol. 72, S. 685–592.
- Pajonk, F. G., Grünberg, K. A. S., Paschen, H.-R. und Moecke, H. (2001b): Psychiatrische Notfälle im Notarztendienst einer deutschen Großstadt. *Fortschr Neurol Psychiat*, Band 69, S. 170–174.
- Pajonk, F. G., Riemenschneider, O. und Moecke, H. (2001c): Evaluation eines Fortbildungsprogramms „Psychiatrie für Notfallmediziner“. *Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie*, Vol. 36, S. 105–109.
- Pajonk, F. G., Bartels, H. H., Grünberg, K. A. S. und Moecke, H. (2002): Psychiatrische Notfälle. Häufigkeit und Versorgung im Vergleich einer großstädtischen mit einer ländlichen Region. *Notfall- und Rettungsmedizin*, Vol. 5, S. 110–115.
- Pell, J. P., Sirel, J. M., Marsden, A. K., Ford, I., Walker, N. L., and Cobbe, S. M. (2002): Potential impact of public access defibrillators on survival after out of hospital cardiopulmonary arrest: retrospective cohort study. *British Medical Journal*, Vol. 325, S. 515–519.
- Phillips, L. H. II (1994): The epidemiology of myasthenia gravis. *Neurol Clin*, Vol. 12(2), S. 263–71.
- Poloczek, S. und Schmitt, T. K. (2002): Häusliche Gewalt – Eine Herausforderung für die Notfallmedizin. *Notfall- und Rettungsmedizin*, Vol. 5, S. 498–504.
- Pongratz, D. (1999): The diagnostic process in ALS. *J Neurol Sci*, Vol. 165, Suppl 1, S. 10–13.
- Pongratz, D. (2000): Entzündliche Muskelerkrankungen aus neurologischer Sicht. In: Pongratz, D. (Hrsg.), *Jahrbuch der neuromuskulären Erkrankungen 1999*, München, S. 141–152.
- Pongratz, D. und Dalakas, M. C. (1996): Inflammatory Myopathies, in: Brandt, T. et al. (Hrsg), *Neurological Disorders, Course and Treatment*. San Diego, S. 965–970.
- Pongratz, D. und Scriba, P. C. (1998): Muskelschwäche, in: Classen, M. (Hrsg), *Differentialdiagnose*, München, S. 455–466.
- Pongratz, D., Neundorfer, B. and Fischer W. (2000): German open label trial of riluzole 50 mg b.i.d. in treatment of amyotrophic lateral sclerosis (ALS). *J Neurol Sci*, Vol. 180 (1–2), S. 82–85.
- Portuschek, G. (1998): Medizinische Qualitätsgemeinschaft Dresden-Nord. *Brennpunkt Gesundheitswesen*, Ausgabe 2/98, S. 9–14.

- Posnett, J. (2002): Are bigger hospitals better? In: McKee, M. und Healy, J. (eds.): *Hospitals in a changing Europe*, Buckingham und Philadelphia.
- Praxisnetz Berliner Ärzte und Betriebskrankenkassen/Techniker Krankenkasse (1997): Vertrag zwischen dem BKK Landesverband Ost und der Techniker Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 63 Abs. 1 SGB V, Berlin, Oktober 1997.
- Rat der Europäischen Gemeinschaften (1991): Entscheidung des Rates vom 29. Juli 1991 zur Einführung einer einheitlichen europäischen Notrufnummer (91/936/EWG). Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften, L217/31, 6-8-91.
- Regnard, J. F., Magdeleinat, P., Dromer, C., Dulmet, E., de Montpreville, V., Levi, J. F. and Levasseur, P. (1996): Prognostic factors and long-term results after thymoma resection: a series of 307 patients. Vol. 112(2), S. 376–384.
- Remler, D. K. and Atherly, A. J. (2002): Health Status and Heterogeneity of Cost-Sharing Responsiveness: How Do Sick People Respond to Cost-Sharing? erscheint in *Health Economics*.
- Richter, E. A. (2001): Gesundheitszentren. Vom Auslaufmodell zur Alternative. *Deutsches Ärzteblatt*, Band 98, Heft 43, S. A2784–2788.
- Richter-Reichhelm, M. (2000): Erste Erfahrungen mit kombinierten Budgets. In: Wille, E. und Albring, M. (Hrsg.), *Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen*, Frankfurt, S. 219–223.
- Robinson, J. C. (1999): Blended Payment Methods in Physician Organizations under Managed Care. *JAMA*, Vol. 282, No. 13, S. 1258–1263.
- Robinson, J. C. (2001): Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives. *Milbank Quarterly*, Vol. 79, No. 2, <http://www.milbank.org/quarterly/7902feat.html>.
- Robinson, R. (2000): Managed Care in the United States: A Dilemma for Evidence-Based Policy? *Health Economics*, Vol. 9, S. 1–7.
- Robra, B.-P. und Wille, E. (2002): Evaluationskonzept für das Praxisnetz Berlin. In: Preuß, K.-J., Rübiger, J. und Sommer, J. H. (Hrsg.), *Managed Care*, Stuttgart, New York, S. 108–115.
- Rocke, B. (2002): Die Zukunft der öffentlichen Krankenhäuser. *Das Krankenhaus*, Band 94, S. 779–784.
- Roth, A. (2002): Erfolgsrechnung und -bewertung vernetzter Praxen in Schleswig-Holstein. In: Preuß, K.-J., Rübiger, J. und Sommer, J. H. (Hrsg.), *Managed Care*, Stuttgart, New York, S. 80–99.
- Ruggaldier, K. und Falk, B. (2000): „Qualität rettet Leben“ – Bundesweite Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems in einer Rettungsorganisation. *Handbuch des Rettungswesens*, A 5.2.1.
- Ruppert, M., Reeb, R., Ufer, M. R., Stratmann, D. und Altemeyer, K. H. (2002): Personal im Rettungsdienst – brauchen wir neue Konzepte? Bericht über die 7. Leinsweiler Gespräche am 05. und 06. Juli 2002. *Notfall & Rettungsmedizin*, Vol. 5, S. 375–379.
- Rüschmann, H.-H., Schmolling, K., Krauss, C. und Roth, A. (2000): *Krankenhausplanung für Wettbewerbssysteme*, Berlin Heidelberg New York.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1992): Jahresgutachten 1992. Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): Sachstandsbericht 1994. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Sondergutachten 1995, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996): Sondergutachten 1996. Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band I, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997): Sondergutachten 1997. Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band II, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bände I bis III, Baden-Baden.
- Schmiedel, R. (2002): Leistungen des Rettungsdienstes 2000/01. Zusammenstellung von Infrastrukturdaten zum Rettungsdienst 2000 und Analyse des Leistungsniveaus im Rettungsdienst für die Jahre 2000 und 2001. Von Reinhard Schmiedel unter Mitarbeit von Holger Behrendt. Bericht zum Forschungsprojekt 87 008/2000 der Bundesanstalt für Straßenwesen, Bergisch-Gladbach.
- Schmiedel, R. und Betzler, E. (1999a): Ökonomische Rahmenbedingungen im Rettungsdienst. Teil I – Zum Begriff der Wirtschaftlichkeit im Rettungsdienst. In: *Notfall & Rettungsmedizin*, Band 2, S. 35–38.
- Schmiedel, R. und Betzler, E. (1999b): Ökonomische Rahmenbedingungen im Rettungsdienst. Teil II – Kostenstruktur im Rettungsdienst. In: *Notfall & Rettungsmedizin*, Band 2, S. 101–104.
- Schmiedel, R. und Betzler, E. (1999c): Ökonomische Rahmenbedingungen im Rettungsdienst. Teil III – Finanzierungsstruktur im Rettungsdienst. In: *Notfall & Rettungsmedizin*, Band 2, S. 171–174.
- Schmitt, T. K., Luiz, T., Ploczek, S., Huber, T., Kumpch, M. und Madler, C. (2002): Sozialepidemiologie einer neuen Einsatzkategorie. Notfälle mit primär psychischen und sozialen Problemstellungen. *Notfall- und Rettungsmedizin*, Vol. 5, S. 102–109.
- Schneeweiss, S. (2002): Ergebnismessung im Krankenhaus: Das Qualitätsmodell Krankenhaus (QMK). *GGW*, 2. Band, Heft 4, S. 7–15.
- Schneider, T., Mauer, D., Diehl, P., Dick, W., Brehmer, F., Juchems, R., Kettler, D., Kleine-Zandler, R., Klingler, H., Rossi, R., Roth, H. J., Schüttler, J., Stratmann, D., Strohmenger, H. U., and Zander, J. (1994): Early defibrillation by emergency physicians or emergency medical technicians? A

- controlled, prospective multi-center study. *Resuscitation*, Vol. 27, S. 197–206.
- Schölkopf, M. (2001): Die Planung von Krankenhauskapazitäten: Aktuelle Entwicklungen und europäischer Vergleich. *Sozialer Fortschritt*, Heft 9.
- Schönbach, K.-H. (2000): Erste Erfahrungen mit kombinierten Budgets, in: Wille, E. und Albring, M. (Hrsg.), *Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen*, Frankfurt et al., S. 225–234.
- Schultz, K.-P. (1998): Krankenkassen als Adressaten des Kartellrechts. *Neue Zeitschrift für Sozialrecht*, H. b, S. 269–274.
- Schut, F. T. and Hassink, W. H. (2002): Managed competition and consumer price sensitivity in social health insurance, *Journal of Health Economics*, Vol. 21, S. 1009–1029.
- Schwartz, F. W. und Klein-Lange, M. (2002): Ambulante Krankenversorgung. In: Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. und Walter, U. (Hrsg.), *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. Aufl., München u. a. (im Druck).
- Sefrin, P. (1997): Notfallmedizin auf dem Prüfstand. Überlegungen zu alternativen Versorgungssystemen. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 94, S. A-3404–3406.
- Sefrin, P. und Distler, K. (2001): Stellenwert der Zugangszeit in der Rettungskette. *Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie*, Vol. 36, S. 742–748.
- Seiger, K. und Brommundt, J. (2002): Krisenintervention im Rettungsdienst – eine Herausforderung an den Notarzt? Ein Bericht aus der Stadt Aachen. *Notfall- und Rettungsmedizin*, Vol. 5, S. 116–118.
- Siess, M. und Schmittziel, L. (1999): Münchner Projekt weckt Zuversicht – Bereitschaftspraxis im Klinikum rechts der Isar. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 96, S. A-606.
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (1996): *Prevention of Visual Impairment- A National Clinical Guideline*. Pilot Edition August, Edinburgh.
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (1997): *Management of Diabetic Cardiovascular Disease- A National Clinical Guideline*. Pilot Edition August, Edinburgh.
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (2001): *Management of Diabetes – A National Clinical Guideline*. Edinburgh.
- Sloan, F. A. (2000): Not-for-Profit Ownership and Hospital Behaviour. in: Culyer, A. J. and Newhouse, J. P. (Eds.), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, Vol. 1B, S. 1142–1174.
- Snyder, P. J., Peachey, H., Hannoush, P., Berlin, J. A., Loh, L., Lenrow, D. A., Holmes, J. H., Dlewati, A., Santanna, J., Rosen, C. J. and Strom, B. L. (1999): Effect of testosterone treatment on body composition and muscle strength in men over 65 years of age. *J Clin Endocrinol Metab*, Vol. 84(8), S. 2647–2653.
- Somnier, F. E., Keiding, N. and Paulson, O. B. (1991): Epidemiology of myasthenia gravis in Denmark. A longitudinal and comprehensive population survey. *Arch Neurol*, Vol. 48(7), S. 733–739.
- Spendolini, J. M. (1992): *The Benchmarking Book*, New York.
- Spielberg, P. (1998): Wiesbadener Modell setzt auf enge Kooperation – Ärztlicher Notfalldienst. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 95, S. a-1080.
- Spycher, S. (2002): *Risikoausgleich in der Krankenversicherung*, Bern, Stuttgart, Wien.
- Steffens, B. (2000): Cost-effective management of type 2 diabetes: providing quality care in a cost-constrained environment. *Am J Manag Care*, Vol. 6(13 Suppl), S. S. 697–703; discussion S. 704–709.
- Steiner, A. and Robinson, R. (1998): Managed Care: US research evidence and its lessons for the NHS. *Journal of Health Services Research and Policy*, Vol. 3, S. 173–184.
- Steinmeyer, H.-D. (2000): *Wettbewerbsrecht im Gesundheitswesen*, Berlin.
- Strombom, B., Buchmueller, T. and Feldstein, P. (2002): Switching costs, price sensitivity and health plan choice. *Journal of Health Economics*, Vol. 21, S. 89–116.
- The Neuromuscular Disease Center, Washington University (2001): <http://www.neuro.wustl.edu/neuromuscular>
- Toyka, K. V. (1986): Acetylcholine receptor antibodies in the diagnosis of myasthenia gravis. Study of 406 confirmed cases. *Dtsch med Wschr*, 111. Jg., S. 1435–1437.
- Ufer, M. R. (1998): Aufgaben und Ziele der Leitstelle aus ordnungspolitischer Sicht. In: *Handbuch des Rettungswesens*, Kapitel B I. 3.2.2, Aachen.
- Van de Ven, W. P. and Ellis, R. P. (2000): Risk Adjustment in Competitive Health Care Markets. In: Culyer, A. J. and Newhouse, J. P. (Eds.), *Handbook of Health Economics*, Vol. 1 A, S. 755–845.
- Vita, M. (2001): Regulatory restrictions on selective contracting: an empirical analysis of „any-willing-provider“ regulations. *Journal of Health Economics*, Vol. 20, S. 955–966.
- Volkswagen Betriebskrankenkasse und Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (o. J.): *Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Folgeschäden des Diabetes mellitus*. Abschlußbericht, Köln.
- Weikert, M. und Wellbrock, A. (1998): *Diabetes Management in Leverkusen*, Manuskript eines Referates auf der EUROFORUM Konferenz „Die Krankenkassen als Kunden und Partner der Pharma-Industrie“ am 26./27. 02. 1998 in Bonn.
- Weingarten, S. C., Henning, J. M., Badamgaray, E., Knight, K., Hasselblad, V., Anacleto, G. Jr. and Ofman, J. J. (2002): Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ*, Vol. 325, S. 925.
- Wenzel, V., Lindner, K. H. und Pregel, A. W. (1997): *Beatmung während der kardiopulmonalen Reanimation*. Literaturstudie und Analyse von Beatmungsstrategien. *Notfall*, Vol. 0, S. 20–28.
- Werblow, A. und Felder, S. (2002): *Der Einfluß von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz*, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Magdeburg.
- Werdelin, L., Boysen, G., Jensen, T. S. and Mogensen, P. (1990): Immunosuppressive treatment of patients with amy-

otrophic lateral sclerosis. *Acta Neurol Scand*, Vol. 82(2), S. 132–134.

WHO (World Health Organization) (1978): Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. www.who.int/hpr/backgroundhp/almaata.htm.

WHO (World Health Organization) (1985): Multinational Study of Vascular Disease in Diabetics. Prevalence of small vessel and large vessel disease in diabetic patients from 14 centres. The World Health Organisation Multinational Study of Vascular Disease in Diabetics. Diabetes Drafting Group. *Diabetologia*, Vol. 28, Suppl., S. 615–640.

WHO (World Health Organization) (1996): Terminology for the WHO Conference on European Health Care Reforms. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.

WHO (World Health Organization) (1998): Ein Rahmen für die fachliche und administrative Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung auf allgemeinmedizinischer Grundlage in Europa. Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, EUR/GFA-Ziel 28, Kopenhagen.

WHO (World Health Organization) (1999): Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Geneva. www.euro.who.int.

Wille, E. (1999): Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung. In: Wille, E. (Hrsg.), *Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Baden-Baden, S. 95–156.

Wille, E. (2000): Gesundheitspolitische Visionen und Konsequenzen für das Krankenhausmanagement. In: Eichhorn, P., Seelos, H.-J. und v. d. Schulenburg, J.-M. Graf (Hrsg.), *Krankenhausmanagement*, München und Jena.

Winkelhake, O., Miegel, K. und Thormeier, K. (2002): Die personelle Verteilung von Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1998 und 1999. *Sozialer Fortschritt*, S. 58–61.

www.bundesaerztekammer.de/30/Notfallmedizin.

www.nadok.de.

Zwanziger, J. (2002): Physician Fees and Managed Care Plans. *Inquiry* 39, Summer, S. 184-193.

Anhang**Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates
für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
(seit dem 1. Januar 2000)**

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

Fünftes Kapitel

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

§ 142

Unterstützung der Konzertierten Aktion;
Sachverständigenrat

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt die für die Beratungen der Konzertierten Aktion erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert sie.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beruft einen Sachverständigenrat, der die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt. Der Sachverständigenrat hat zudem die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen; er hat dabei im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen. Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 15. April, erstmals im Jahr 2001, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor und nimmt in angemessener Frist zu dem Gutachten Stellung.

Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre

Universität Mannheim
(Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba
Medizinische Klinik Innenstadt
Ludwig-Maximilians-Universität München
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer
Abt. Allgemeinmedizin
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei
Fachbereich Humanmedizin
Institut für Medizinische Soziologie
Universitätsklinikum Benjamin Franklin
Freie Universität Berlin

Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl W. Lauterbach
Institut für Gesundheitsökonomie
und Klinische Epidemiologie
Universität zu Köln

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock
Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover

