

RPG

Band 23 | Heft 1 | 2017

1 | 2017

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

■ **Was gehört auf die gesundheitspolitische Agenda**
„Jede Ergänzung des RSA (sollte) sicher vor Manipulationen sein“: Zum Kodierwettbewerb der Krankenkassen

■ **Zur Diskussion gestellt**
Medizinisch-technischer Fortschritt als Ergebnis des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV

■ **Pflege und E-Health**
Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, insbesondere in der Pflege – der Weg zu einer neuformulierten Arbeitsteilung

Selbstmanagement von informeller Pflege durch e-Health

Digitale Lösungen zwischen Zukunftsmusik und Versorgungssicherstellung im ländlichen Raum: Erfahrungsbericht aus dem Medical Valley

HERAUSGEBER

V. Ulrich
G. Marckmann,
J. Taupitz
E. Wille
S. Moser
J. Stoschek (Schriftleiter)

MITHERAUSGEBER

S. Böhm
B. Brennecke
A. Elmer
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
K. Maag
G. Noelle
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
K. Schulz-Asche
A. Tecklenburg
J. Zerth

Autoren des Heftes

J. Baas
U. Fachinger
T. Genett
N. Loskamp
M. Mähs
V. Möws
S. Nobis
D. Schaffer
S. Schmidt
F. Schulze Ehring
J. Stoschek
J. Zerth

PLANIMED

GRPG

GESELLSCHAFT FÜR RECHT UND POLITIK
IM GESUNDHEITSWESEN E. V.

Editorial

Beim unserem Symposium Mitte Februar in Berlin „Was gehört auf die gesundheitspolitische Agenda der neuen Bundesregierung?“ zog sich die Aufforderung der Akteure, die Digitalisierung im Gesundheitswesen möge jetzt endlich entschlossen in Angriff genommen werden, wie ein roter Faden durch alle Beiträge. Andernfalls drohe die Gefahr, dass Deutschland endgültig den Anschluss an die Entwicklung verpasst.

Auch die GRPG hat sich schon des Öfteren mit der Thematik beschäftigt und im vergangenen Jahr eine Arbeitsgruppe „Digitale Gesundheit“ ins Leben gerufen. In diesem Heft beschreiben unsere Autoren die Herausforderungen, die sich speziell in der Pflege im Zusammenhang mit der Digitalisierung stellen.

Dass sich die nächste Bundesregierung mit einer Reform des Risikostrukturausgleichs befassen muss, wird von verschiedensten Seiten immer wieder gefordert. Einen konkreten Vorschlag hat jetzt die Techniker Krankenkasse vorgelegt, den Sie in diesem Heft nachlesen können.

Und auch der Systemwettbewerb zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung wird wohl weiterhin die gesundheitspolitischen Akteure beschäftigen. In diesem Heft stellt der PKV-Verband seine Position zur Diskussion. Gegenäußerungen sind ausdrücklich erwünscht.

Jürgen Stoschek
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Was gehört auf die gesundheitspolitische Agenda

„Jede Ergänzung des RSA (sollte) sicher vor Manipulationen sein“: Zum Kodierwettbewerb der Krankenkassen

Jens Baas, Volker Möws 3

Zur Diskussion gestellt

Medizinisch-technischer Fortschritt als Ergebnis des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV

Norbert Loskamp, Timm Genett, Daniel Schaffer, Frank Schulze Ehring 10

Pflege und E-Health

Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, insbesondere in der Pflege – der Weg zu einer neuformulierten Arbeitsteilung

J. Zerth 27

Selbstmanagement von informeller Pflege durch e-Health

U. Fachinger, M. Mähs, St. Nobis 32

Digitale Lösungen zwischen Zukunftsmusik und Versorgungssicherstellung im ländlichen Raum: Erfahrungsbericht aus dem Medical Valley

St. Schmidt 36

Mitteilungen der Gesellschaft

24. Mitgliederversammlung der GRPG und wissenschaftliches Symposium

Jürgen Stoschek 39

Nachruf

Andreas Reinhold, Gründungsmitglied der GRPG, bis 2003 Beisitzer Juristen im Präsidium der GRPG und danach Kassenprüfer, ist am 21. Januar 2017 gestorben. Reinhold wurde 1942 in Berlin geboren und war von 1978 bis 2007 Richter am Sozialgericht Köln. Nach dem Jura-Studium in Bonn hatte er von 1971 bis 1974 sein Referendariat im Bezirk des OLG Köln absolviert und dann die zweite juristische Staatsprüfung abgelegt. Zunächst als Richter auf Probe am Sozialgericht Düsseldorf wurde Andreas Reinhold 1978 zum Richter am Sozialgericht unter Verleihung der Eigenschaft eines Richters auf Lebenszeit ernannt und in eine Planstelle beim Sozialgericht Köln eingewiesen. Dort verbrachte er seine gesamte richterliche Laufbahn.

Die GRPG wird Andreas Reinhold ein ehrendes Andenken bewahren.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich
Lehrstuhl VWL und Gesundheitsökonomie
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30, 95447 Bayreuth

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Universität München
Lessingstraße 2, 80336 München

Prof. Dr. iur. Jochen Taupitz
Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht, Internationales Privatrecht und Rechtsvergleichung
Universität Mannheim
Schloss Mittelbau West
68131 Mannheim

Prof. Dr. Eberhard Wille
Mitglied des Sachverständigenrates
Universität Mannheim, L7, 3–5,
68131 Mannheim

Dipl.-Ingenieurin Susanne Moser
Kederbacherstraße 42
81377 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Mitherausgeber

S. Böhm
B. Brennecke
A. Elmer
R. von Esebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
K. Maag
G. Noelle
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
K. Schulz-Asche
A. Tecklenburg
J. Zerth

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2016 (4 Hefte) Euro 170,– zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag

PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation mbH
Holmblick 10
24857 Fahrdrorf
Telefon 04621 39 29 951
Telefax 04621 39 29 949
E-Mail: info@planimed-online.de

Bankverbindung: Volksbank Ulm-Biberach
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 • Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreisliste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout und Produktion: creative vision, 44534 Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2017 PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation mbH

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Jens Baas, Volker Möws

„Jede Ergänzung des RSA (sollte) sicher vor Manipulationen sein“: Zum Kodierwettbewerb der Krankenkassen

1. Die Einführung des Morbi-RSA in Deutschland

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) legte mit seinem Jahresgutachten 1988 den theoretischen Grundstein für einen Risikostrukturausgleich (RSA) im System der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. SVR 1988, S. 75 ff.). Mit einem RSA sollten nun Chancengleichheit hergestellt, gerechte Wettbewerbsbedingungen geschaffen, Risikoselektion vermieden, sowie auch Anreize zur Wirtschaftlichkeit gesetzt werden (vgl. Breyer et al. 2001, S. 2). Hierfür schlug der SVR als Ausgleichskriterien die beitragspflichtigen Einnahmen, die Anzahl von Mitversicherten und Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur als Grundlage für einen „ökonomisch rationale[n] Ordnungsrahmen“ vor (SVR 1988, S. 76). Die Politik orientierte sich mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992, das den RSA in das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung durch Aufnahme in §§ 266 ff. SGB V einführte, an dem SVR-Gutachten und betonte analog zum SVR die Notwendigkeit der Rationalität des neuen Ausgleiches; er berücksichtige daher nur objektive Risikofaktoren, „auf die die einzelne Krankenkasse keinen Einfluss“ hat (DBT 1992, S. 69).

Fast sechs Jahre nach Einführung des RSA beauftragte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Gutachter Jacobs und Reschke vom IGES Institut sowie Cassel (Universität Duisburg) und Wasem (Universität Greifswald) mit einer Untersuchung über die Wirkung des RSA.

Als grundlegende Veränderung im RSA schlugen die Gutachter vor, ab 2007 direkte Morbiditätskriterien zu berücksichtigen, um die Versorgungsqualität bei älteren und chronisch kranken Menschen zu verbessern. Dabei war ihnen bewusst, dass im Gegensatz zu dem bis dahin bestehenden Verfahren Möglichkeiten entstehen, Zahlungsströme zu beeinflussen. Sie sahen deshalb die Notwendigkeit, dass die Daten „eine möglichst geringe Manipulationsanfälligkeit“ haben. „Ausgestaltungen des RSA, bei denen die notwendigen Datengrundlagen vergleichsweise einfach manipuliert werden könnten, ohne dass dies nachprüfbar wäre, sollten nach Auffassung der Gutachter nicht implementiert werden“ (Reschke et al. 2001, S. 68). Auch Lauterbach und Wille verwiesen 2001 in einem Gutachten auf die Manipulationsgefahr bei Einführung eines umfassenden Systems von Morbiditätsindikatoren. Ein solcher „Reformvorschlag schafft [...] kaum Anreize, bei [...] schlechten Risiken die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Da das

System jeden Übergang eines Patienten in eine höhere Risikogruppe ausgleicht, besitzen die Krankenkassen auch kein ökonomisches Interesse daran, diesen Übergang mit aufwendigen Maßnahmen bzw. investiven Programmen entgegenzuwirken [...]. Überdies steht bei diesem Reformvorschlag generell ein Upgrading zu befürchten, denn im Unterschied zu den Diagnosis Related Groups liegt eine solche Manipulation im Rahmen eines solchen Reformvorschlages auch im Interesse von Krankenkassen“ (Lauterbach & Wille 2001, S. 237). Insgesamt hoben Lauterbach und Wille hervor, dass „jede Ergänzung des Risikostrukturausgleiches sicher vor Manipulationen sein sollte“ (Lauterbach & Wille 2001, S. 21).

2001 bestärkte die Bundesregierung das Ziel, mittelfristig eine direkte Morbiditätsorientierung in den RSA einzuführen. Zugleich war die Politik durch die Gutachterpositionen für die hierdurch entstehenden Spielräume der Kassen zur Beeinflussung der Ausgleichszahlungen sensibilisiert: „Eine Manipulationsgefahr durch sogenanntes Upcoding müsse durch geeignete Kontrollmaßnahmen verhindert werden. Upcoding meint ein mögliches gemeinsames Interesse von Krankenkassen und Leistungserbringern, Patienten in höhere Krankheitsgruppen und damit möglichst ausgaben-trächtig einzustufen“ (DBT 2001a, S. 8).

Mit dieser Vorgabe gab der Gesetzgeber eine wissenschaftliche Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) in Auftrag (Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung 2002) (vgl. DBT 2001b, S. 6).

In ihrem Endbericht aus dem Jahre 2004 zog die Gutachtergruppe IGES Institut, Lauterbach (Universität Köln) und Wasem (Universität Duisburg/Essen) sechs Klassifikationsmodelle in die nähere Betrachtung. Die Auswahl der Modelle orientierte sich an den im § 268 SGB V vorgegebenen Kriterien „Verminderung der Anreize zur Risikoselektion“, „Förderung der Anreize zu Qualität und Wirtschaftlichkeit“ sowie „Praktikabilität und Kontrollierbarkeit des Verfahrens“ (Reschke et al. 2004, S. 90 f.). Letzteres beinhaltete Anforderungen an die Datenqualität und Manipulationsresistenz (vgl. Reschke et al. 2004, S. 94 f.). Ferner wiesen die Gutachter auf „zusätzliche Risiken“ des „Upcoding“ hin (Reschke et al. 2004, S. 41).

Im Ergebnis ihrer Analyse empfahlen die Gutachter ein prospektiv anzuwendendes Kombinationsmodell, das Krankenhaus- und Arzneimitteldiagnosen berücksichtigte. Begründet wurde die Modellauswahl mit einer hohen Schätzgenauigkeit, der Wahrung von Wirtschaftlichkeitsanreizen auf Grund der prospektiven Anwendung des Kombinationsmodells sowie der Verwendung von in der GKV bereits existierenden Daten (vgl. Reschke et al. 2004, S. 205 ff.).

Die Einführung direkter Morbiditätskriterien in den RSA durch Berücksichtigung einer beschränkten Anzahl von 50–80 Krankheiten erfolgte im Jahr 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Unter der Regie der großen Koalition wurde gleichzeitig der Gesund-

heitsfonds als Schaltstelle des neuen Morbi-RSA geschaffen. Die Umstellung der Finanzströme startete zum 1. Januar 2009. Das Bundesversicherungsamt (BVA) erhielt den gesetzlichen Auftrag, im eigenen Ermessen ein geeignetes Versichertenklassifikationsmodell unter Berücksichtigung verschiedener Vorgaben auszuwählen sowie eine Systematik für die Krankheitsauswahl festzulegen. In der Gesetzesbegründung zum GKV-WSG griff der Gesetzgeber auf die in den Jahren zuvor geführte Diskussion zu den Beeinflussungsmöglichkeiten eines Morbi-RSA zurück und hob insbesondere die notwendige „Manipulationsresistenz des Modells“ hervor (DBT 2006, S. 204).

Durch die Beschränkung auf 50–80 Krankheiten entschied sich das BVA, im Klassifikationsmodell nicht vorrangig auf Arzneimitteldiagnosen abzustellen. Als Grund hierfür wurde die Gefahr einer Mehrdeutigkeit der Arzneimittelverordnungen bei der Unterscheidung zwischen berücksichtigungsfähigen und nicht berücksichtigungsfähigen Krankheiten angeführt. Um diesem Effekt entgegenzuwirken, entschloss sich das BVA in seiner ersten Entscheidung zu einem Kombinationsmodell aus Diagnosen und Arzneimittelverordnungen (HCC-Modell).

Der Kritik an der geringen Qualität der ambulanten Diagnosedaten begegnete das BVA mit der Erklärung, dass die Ergebnisse aus dem IGES-Gutachten 2004 „noch aus einer Zeit stammen, als ambulante Diagnosedaten noch nicht routinemäßig an die Krankenkassen gemeldet wurden und sich auch keine Vergütungsrelevanz der ärztlichen Versorgung abzeichnete“ (Binder 2015, S. 206). Zudem waren seinerzeit für den ambulanten Bereich Kodierrichtlinien geplant. Diese wurden jedoch 2011 im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes zurückgenommen. In der Folge konnten die Kodierrichtlinien als ein flankierendes Instrument zur Ver-

meidung der Diagnosebeeinflussung keine Anwendung finden.

Das IGES Institut hat 2012 die Kodierqualität ambulanter Diagnosen bei fünf Krankheitsbildern, die über eine quantitative Relevanz im Versorgungsgeschehen verfügen (u.a. Depressionen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen), untersucht. Bei allen Erkrankungsbildern stellten die Gutachter eine „Gleichzeitigkeit sowohl von Über- als auch Unterkodierung“ (IGES Institut 2012, S. 174) fest und sahen das Niveau der dokumentierten vertragsärztlichen Diagnosen als auch ihre Veränderung durch „echte Prävalenzentwicklung“, Rightcoding und Upcoding, kritisch (IGES Institut 2012, S. 176).

Die zweite Entscheidung des BVA, nämlich die Festlegung der im Morbi-RSA zu berücksichtigenden Krankheiten, öffnete das Ausgleichssystem für Möglichkeiten der Krankenkassen, die Höhe ihrer Zuweisungen zu beeinflussen.

In seinem 2007 veröffentlichten wissenschaftlichen Gutachten für die Krankheitsauswahl präsentierte der zur Unterstützung des BVA einberufene Wissenschaftliche Beirat eine Übersicht der zu berücksichtigenden Krankheiten und das dazugehörige Auswahlverfahren. Mit einem von den Gutachtern entwickelten Kriterienkatalog zur Bestimmung des Morbiditätsfilters sollten entsprechend der gesetzlichen Vorgabe nach § 268 Abs. 1 Nr. 5 SGB V „insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf“ ausgewählt werden.

Zur Abbildung der Kostenintensität entschied sich der Beirat für die Prävalenzgewichtung mit der Logarithmusfunktion (vgl. Busse et al. 2007, S. 25). Im Ergebnis wurden eher teure und seltene Krankheiten höher gewichtet und nur eine begrenzte Anzahl von weit verbreiteten Krankheiten in der Krankheitsaus-

wahl berücksichtigt. Die Vorgehensweise sollte „Anreize zur Risikoselektion“ in Bezug auf klinisch leichtere Formen der Erkrankung vermeiden (Busse et al. 2007, S. 39 f.). Ansonsten richteten sich die Anstrengungen der Krankenkassen nicht mehr auf die Verbesserung der Versorgungssituation (Busse et al. 2007, S. 64).

Das BVA sprach sich letztlich gegen den Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats aus und bestimmte die Wurzelfunktion als Gewichtungsmass. Leichtere Erkrankungen wurden hierdurch bei der Krankheitsauswahl aufgewertet. Begründet wurde diese Entscheidung unter anderem damit, dass alle DMP-Krankheiten im Morbi-RSA abgebildet sein sollten. Dies hatte zur Folge, dass das BVA bei der Auswahl der (bis zu) 80 Morbi-RSA-relevanten Krankheiten nun mehr leichtere, kodieranfällige Krankheiten berücksichtigte. Die maximal zulässige Zahl von 80 leitet sich aus der Ausnutzung des rechtlichen Spielraums ab (vgl. Binder 2015, S. 273). Der erste Wissenschaftliche Beirat trat daraufhin geschlossen zurück. Insgesamt hat das BVA mit der Ausgestaltung des Morbi-RSAs ein weitestgehend manipulationsresistentes Klassifikationsmodell durch ein Modell mit einem hohen Ermessensspielraum bei der Morbiditätsdokumentation ersetzt. Die Krankheitsauswahl mit vielen leichten Krankheiten mit großem Kodierspielraum wirkt auf die Manipulationsanfälligkeit des RSA-Systems. Der in Politik und Wissenschaft im Vorfeld der Morbi-RSA-Einführung in Deutschland vorhandene Konsens, dass jede Ergänzung des Ausgleichssystems sicher vor Manipulationen sein sollte, wurde durch die Methodik der Krankheitsauswahl verlassen. Diese Herangehensweise legte eine umfangreiche Motivbasis bei den Krankenkassen, die Kodierung interessenorientiert zu beeinflussen.

2. Der Kodierwettbewerb

Die mit dem Morbi-RSA verbundene politische Intention, dass Krankenkassen in ihrem Wettbewerb „finanzielle Vorteile aufgrund eines erfolgreichen Vertrags-, Versorgungs- und Leistungsmanagements sowie einer effizienten Verwaltung [...] generieren“ (Wasem et al. 2014, S. 540), wurde mit den nun beschlossenen Rahmenbedingungen konterkariert. Der für die Effizienzsteigerung der Versorgung wichtige, aber auch beschwerliche Weg, durch ein gezieltes Versorgungsmanagement „aus den durchschnittlichen Fondszuweisungen und den eigenen tatsächlichen Ausgaben quasi eine Marge für sich zu erwirtschaften“, hat nicht die Priorität im Krankenkassenwettbewerb erhalten. „Das Zuweisungsmanagement“ ist nun „wichtiger als das Patientenmanagement für den Erfolg einer Kasse“ (Neubauer 2014, S. 549). In den Fokus des Kassenwettbewerbs rückte das Anliegen, die Qualität der Morbiditätsdokumentation zu beeinflussen.

Investitionen der Kassen in die Sicherung von Zuweisungen sind hinsichtlich der Beitragssatzwirkung wesentlich attraktiver als das Bemühen um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit über das in der Regel aufwändigere Vertragsgeschäft mit den Leistungserbringern.

Der Wettbewerbserfolg der Kasse wird seit 2009 maßgeblich durch systematische, kassenspezifische Unterschiede in der Dokumentation der Morbidität ihrer Versicherten determiniert. Im Kern geht es für die einzelne Krankenkasse darum, dass für ihre Versicherten relativ mehr RSA-relevante Diagnosen dokumentiert werden, als für die Versicherten anderer Krankenkassen. In der Folge erhält sie dadurch bei gleichbleibenden Leistungsausgaben höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als ihre Wettbewerber, was wiederum ihre finanzi-

elle Position im Wettbewerb erheblich verbessert. Die Krankenkassen haben deutlich mehr Anreize, die Kodierung zu beeinflussen als sich für eine hochwertige und wirtschaftliche Versorgung ihrer Versicherten einzusetzen. Eine qualifiziertere und systematischere Rightcoding-Strategie einer Krankenkasse bzw. Kassenart gegenüber Mitbewerbern führt ebenso zu Wettbewerbsverzerrungen wie der Auswuchs „Upcoding“, wenn für „einen Patienten eine Diagnose oder ein Schweregrad bzw. eine Komplikation der Erkrankung kodiert wird, für die er keine entsprechende Behandlung bekommt“ (IGES Institut 2012, S. 17). In beiden Fällen nehmen sich die Kassen gegenseitig Anteile am Gesundheitsfonds weg, dessen Gesamtvolumen gedeckelt ist.

Welche Instrumente nutzen Krankenkassen, um die Kodierung zu beeinflussen? Hier sind vornehmlich die Beratung bzw. die Kampagne in der Arztpraxis und Selektivverträge mit Kodierkomponenten zu nennen.

Eine erste umfassende Darstellung zu den Beratungen in der Arztpraxis liegt aktuell von Schramm (2016) vor. Kernelement sind demnach sogenannte Beratungskampagnen. Grundlage einer Beratungskampagne ist laut Schramm die Problematik der Kontinuität der Diagnosedokumentation, der spezifischen Kodierung und die Zusatzkennzeichen zur Qualifizierung der Diagnose. Diese drei Messkonstrukte dominieren maßgeblich die Diagnosequalität. Allein bei zwei Diagnosen (Depressive Episode und Chronische Ischämische Herzkrankheiten) können bei einer regionalen Kasse bei „der Annahme, dass die betroffenen Versicherten nicht zusätzlich eine spezifische Diagnose erhalten haben und die spezifische hätten erhalten müssen“, „Fehlsteuerung(en)“ bzw. „Verwerfungen“ von „bis zu 72,4 Mio. EUR“ bzw. „110,63 Mio. EUR“ auftreten (Schramm 2016, S. 68).

„Die Kommunikation der Kampagnen stützt sich ausschließlich auf eine beratende“ Intervention „mit dem Ziel, die Diagnosedokumentation zu verbessern“ (Schramm 2016, S. 153). Seit 2008 werden Beratungskampagnen bei Arztpraxen zu den Anforderungen an die Kodierqualität durchgeführt (vgl. Schramm 2016, S. 37). Bei der Betrachtung von auffälligen Kodierhistorien von chronischen Krankheiten wurde eine positive Entwicklung der Kodierqualität seit dem Beginn der Beratungen festgestellt. Insbesondere Volkskrankheiten wie beispielsweise Hypertonie, Osteoporose und Demenz erzielten „Verbesserungen in der Kodierqualität im zweistelligen Prozentbereich“ (Schramm 2016, S. 63). Damit sind die Beratungskampagnen „ein zentraler Erfolgsfaktor“ für die Beeinflussung der Morbiditätsdokumentation (Schramm 2016, S. 153). Sie „implizieren aber für einen nachhaltigen Effekt stetige Wiederholungen“ (Schramm 2016, S. 169).

Diese erste Analyse zeigt zum einen, dass sich die derzeit 113 Krankenkassen in Deutschland unter den gegebenen politischen Rahmenbedingungen veranlasst sehen könnten, diese Beratungen durchzuführen. Ansonsten verändert sich die Qualität der RSA-relevanten Morbiditätsdokumentation systematisch ungleichmäßig zwischen den Kassen mit den entsprechenden Auswirkungen auf die RSA-Zuweisungen. Zum anderen ist dies ein sich ständig wiederholender Prozess. Die Beratungen belasten die Arztpraxen zeitlich somit erheblich, wenn sie nachhaltige Effekte erzielen wollen.

Als zweites Instrument finden Selektivverträge Anwendung, die den Krankenkassen die Möglichkeit geben, „die Intentionen der Diagnosedokumentation zu verankern“ (Schramm 2016, S. 165). Die Vertragskonstruktionen begründen sich auf die §§ 63, 140a ff., ehem. 73a sowie 73b-c SGB V. Individuelle Verträge

werden zwischen Krankenkassen und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) oder direkt mit den Leistungserbringern geschlossen. Dabei beinhalten die einzelnen Selektivverträge verschiedene Kriterien und Versorgungsinhalte, die u.a. auch bindende Kodieralgorithmen beinhalten. In Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V werden beispielsweise auf Grundlage von „Anforderungen zur Verbesserung der Qualität in der hausärztlichen Versorgung“ auch selektivvertragliche Vereinbarungen über „Kodierrichtlinien“ geschlossen (Schramm 2016, S. 168). Diese Selektivverträge weisen die Gemeinsamkeit auf, dass sie einen direkten finanziellen Anreiz für die Ärzte setzen, dem „richtigen“ Kodieren besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Eine Analyse zur Kodierqualität von Schramm zeigt in diesem Zusammenhang, dass monetäre Anreize gegenüber der intrinsischen Motivation stärker wirken und auf dieser Basis eher ein verändertes Kodierverhalten erreicht werden kann (vgl. Schramm 2016, S. 164).

Die Gutachtergruppe IGES Institut, Glaeske (Universität Bremen) und Greiner (Universität Bielefeld) weisen in ihrem Gutachten 2015 auf die Wirkungen des Kodierwettbewerbs durch Selektivverträge hin. Diese Verträge, die eine zusätzliche Vergütung für die Behandlung von multimorbiden Patienten beinhalten, setzen „aus ökonomischer Sicht“ einen stärkeren „Anreiz zur Diagnosekodierung als in der Regelversorgung“ (IGES Institut et al. 2015, S. 29). Durch eine vermehrte Anwendung dieses Beeinflussungsinstruments im Kassenwettbewerb entsteht eine gesundheitspolitisch nicht wünschenswerte Fehlallokation, da Zuweisungen für Patienten ohne entsprechenden Versorgungsbedarf ausgelöst werden können. Komplementär zu Fehlallokationen der finanziellen Mittel

im Morbi-RSA entstehen Wettbewerbsverzerrungen, die daraus resultieren, dass Kassen „durch ihre Marktmacht und/oder Finanzausstattung unterschiedliche Möglichkeit[en] haben, solche Verträge zu schließen“ (IGES Institut et al. 2015, S. 36). Zusätzliche Wettbewerbsverzerrungen entstehen durch die divergierende Aufsichtspraxis zwischen überregionalen Kassen, für die das Bundesversicherungsamt zuständig ist und regionalen Kassen, die unter Aufsicht des jeweiligen Sozialministeriums sind. Hier profitieren insbesondere regionale Kassen bei der Anwendung der Instrumente zur Kodierbeeinflussung. Ihre Aufsichten agieren nicht so stringent wie die Bundesaufsicht. Das rationale Kassenverhalten im bestehenden System der Fehlallokation hat weitere negative Wirkungen auf die GKV: Der Kodierwettbewerb verursacht bei den Kassen zusätzliche Kosten. Zwischen 2014 und 2016 haben Krankenkassen etwa eine Milliarde Euro für Kodierpauschalen in Selektivverträgen, Beraterhonorare für Projekte zur Einnahmeloosung und Personalkosten für Praxisberater aufgewendet. Da der RSA ein Nullsummenspiel ist, bei dem zusätzliche Zuweisungen für eine Krankenkasse durch einen Rückgang der Zuweisungen bei anderen Krankenkassen kompensiert werden, sind faktisch Kassen gezwungen, selbst entsprechende Maßnahmen zu verfolgen und hier zu investieren.

3. Die Politik muss Fehlallokationen korrigieren

Im Morbi-RSA werden mit dem Ziel einer möglichst hohen Prognosegenauigkeit Diagnosen und Verordnungen verwendet. Die Qualität der Morbiditätsdokumentation ist wichtig für die sachgerechte Ressourcenallokation, ihre Verbesserung kann sich aber nur wettbewerbsneutral und damit außerhalb der Einflussmög-

lichkeiten der Krankenkassen vollziehen. Derzeit zwingt die Ausgestaltung des Morbi-RSA die Kassen dazu, die Qualität der RSA-relevanten Morbiditätsdokumentation durch Investitionen in die Kodierung zu beeinflussen und systematisch ungleichmäßig zwischen den Krankenkassen zu verändern. Hier generieren besonders erfolgreiche Kassen höhere Anteile aus dem Gesundheitsfonds zu Lasten nicht so aktiver Kassen. Dies ist eine gravierende Fehlentwicklung im Risikostrukturausgleichssystem. Sie setzt Fehlanreize und ist mit Fehlallokationen und Wettbewerbsverzerrungen verbunden. Die Kodierung von Krankheiten zur Maximierung von RSA-Zuweisungen steht im Vordergrund. Die Versorgung als eigentliche Aufgabe einer Krankenkasse droht aus dem Blick zu geraten.

Den Weg eines weitgehend beeinflussungsresistenten Ausgleichssystems hat die Politik 2008 verlassen, indem sie sich, entgegen der ausdrücklichen Empfehlung des ersten Wissenschaftlichen Beirats und der in den Jahren zuvor geführten politischen und wissenschaftlichen Diskussion, bei der Krankheitsauswahl für den Fokus auf weit verbreitete Krankheiten entschied und damit die Tür für den Kodierwettbewerb weit öffnete.

Die Politik sollte diese Fehlentscheidung korrigieren und zur ursprünglichen Gewichtung des ersten Wissenschaftlichen Beirats zur Krankheitsauswahl zurückkehren. Statt der heute über die Wurzelfunktion gewichteten Häufigkeit der Erkrankung sollte die Häufigkeit zukünftig mit Hilfe der Logarithmusfunktion gewichtet werden. Dies führt zu einer stärkeren Berücksichtigung seltener und teurer Erkrankungen in der Krankheitsauswahl. In der Folge verringert die Veränderung der Prävalenzgewichtung auch das Potenzial zur Beeinflussung des Morbi-RSA. Der Stellenwert leichter, prävalenzstarker Erkrankungen, „bei denen

ambulante Diagnosen als Aufgreifkriterium eine größere Rolle spielen und somit das Manipulationsrisiko durch Right- oder Upcoding erhöhen“ (Greiner 2016, S. 94), nimmt in seiner Relevanz für das Zuweisungsverfahren ab. Die Schweiz verzichtet ganz auf ambulante Diagnosen und berücksichtigt ausschließlich nur „nicht manipulierbare(n) Risikoindikatoren“. Hierzu sollen ab 2020 auch ausgewählte pharmazeutische Kostengruppen, die bestimmte teure chronische Krankheiten identifizieren, gehören. Bei dieser Entscheidung ließen sich die Schweizer von der Erkenntnis leiten, dass „diagnostische Informationen, wegen des relativ großen Ermessensspielraums, vor Manipulationsversuchen, dem sogenannten Upcoding, nicht gefeit (sind). Selbst wenn umfangreiche Kodierungsrichtlinien vorhanden sind, gibt es immer Versicherte, welche nicht eindeutig zugeordnet werden können“ (Bundesrat (Schweiz) 2007, S.31).

Der Weg über die Veränderung der Kriterien zur Krankheitsauswahl bedarf formal keiner gesetzlichen Intervention im SGB V oder in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV). Nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV hat das BVA bis zum 30. September eines Jahres die im Morbi-RSA zu berücksichtigenden 50 bis 80 Krankheiten für das darauffolgende Ausgleichsjahr festzulegen. Diese Anpassung erfolgt jährlich. Das BVA kann im Zusammenspiel mit dem wissenschaftlichen Beirat ohne Änderung der Rechtsgrundlage im Rahmen seiner Festlegung eine Änderung der Methodik der Krankheitsauswahl vornehmen. Dazu müsste der Berechnungsschritt der Prävalenzgewichtung geändert werden, indem die ermittelten Krankheitskosten pro Fall nicht mehr mit der Wurzelfunktion, sondern mit der Logarithmusfunktion gewichtet werden. Da das BVA allerdings die Fokussierung des RSA auf weit

verbreitete Krankheiten für sinnvoll hält und perspektivisch für das Vollmodell plädiert (Plate et al. 2016, S. 173), wird es die Änderung ohne eine politische Richtungsweisung nicht vornehmen. Das BVA selbst verweist in seinem Festlegungsentwurf für das Jahr 2016 auf die normative und damit auf die politische Komponente bei der Krankheitsauswahl (vgl. BVA 2015, S. 16).

Die Intention des BVA, „ein Wegfall der Begrenzung auf 80 Krankheiten“ und damit ein Vollmodell anzustreben, würde den Kodierwettbewerb nur weiter verschärfen und führt nicht wie vom BVA dargestellt, zu einer „Senkung der Manipulationsanreize“ (Plate et al. 2016, S. 173). Das Vollmodell würde bedeuten, dass anstelle von heute rund 4.000 ICD künftig alle rund 14.000 ICD in das Modell einfließen würden. Wenn nun nicht nur 80, sondern 364 Krankheiten berücksichtigungsfähig sind, stehen den Krankenkassen am Ende noch mehr Indikationen für die oben beschriebenen Kodieraktivitäten, insbesondere bei leichten Erkrankungen mit einem relativ großen Ermessensspielraum bei der Kodierung, zur Verfügung. Wesentliche Beeinflussungsparameter der Kassen wie die Kontinuität der Diagnosedokumentation, die spezifische Kodierung und die Zusatzkennzeichen zur Qualifizierung der Diagnose bleiben bestehen und wirken noch intensiver.

Dieser Sachverhalt ist auch bei den derzeit diskutierten ambulanten Kodierrichtlinien zu beachten. Als flankierendes Element bei der Umstellung der Krankheitsauswahl auf schwere Erkrankungen können sie hilfreich sein. Im stationären Bereich sind einheitliche Kodierrichtlinien seit 2003 Standard und haben zu einer Verbesserung der Kodierqualität beigetragen.

Ihre Einführung ist jedoch generell ein technisch und politisch schwieriger und

zeitaufwändiger Prozess, für die sowohl eine Gesetzesänderung als auch ein entsprechender Prüfmechanismus mit Schulungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen notwendig sind. Angesichts der derzeitigen Wettbewerbsverzerrungen, der Fehlallokationen im Kodierwettbewerb und der Dringlichkeit hier zu handeln, stellen sie in der jetzigen Situation allein für sich keine Lösung dar. Die Richtlinien werden, selbst wenn sie fest etabliert sind, auch weiter zu individuellen Auslegungen wie z.B. bei der Indikationsstellung führen und schränken auch die oben aufgeführten Beeinflussungsparameter der Kassen nicht ein.

Ein weiterer Lösungsvorschlag ist die Vereinheitlichung der Aufsichtspraxis. Die Aufteilung der Aufsicht nach Bundes- bzw. Landeszuständigkeit ist im Grundgesetz im Artikel 87 Abs. 2 als ausdrückliche Ausnahme vom Grundsatz der Verwaltungszuständigkeit der Länder (gem. Artikel 30 und 83 GG) festgeschrieben. Derzeit stehen 47 von 113 Kassen unter Landesaufsicht. Die 11 AOKn stellen hierbei mit knapp 94 % der Versicherten den größten Anteil der Kassen unter Landesaufsicht. Das Problem besteht aus Sicht der bundesunmittelbaren Kassen und ihrer Verbände insbesondere in der unterschiedlichen Aufsichtspraxis zwischen BVA und Ländern: bei ähnlichen Sachverhalten beurteilen die Landesaufsichten großzügiger als die Bundesaufsicht. Dies ist in der Vergangenheit insbesondere bei Selektivverträgen, Wahlтарifen und Rabattangeboten zu beobachten gewesen. Um zu gewährleisten, dass regional agierende Krankenkassen keinen wettbewerbsverzerrenden Vorteil gegenüber bundesweit agierenden Krankenkassen haben, müssen alle Krankenkassen einheitlichen Rahmenbedingungen unterworfen sein. Dies ist eine schwierige politische Herausforderung. Zum einen aus verfassungsrechtlichen

Gründen und zum anderen da nicht davon auszugehen ist, dass die Bundesländer auf ihre Aufsichtskompetenzen verzichten werden. Darüber hinaus gibt es bisher keine Mechanismen, um eine einheitliche Aufsichtspraxis durchzusetzen. Kein Bundesland kann dazu gezwungen werden, die Gesetze zum finanziellen Nachteil „seiner“ Krankenkassen und Leistungserbringer auszulegen. Zudem nimmt die Aufsichtspraxis nur Einfluss auf die Symptome des Kodierwettbewerbs und löst die Ursachen nicht. Der Wettbewerb um die wirksamsten Interventionen zugunsten der zuweisungsauslösenden Diagnosen ist von einer hohen Flexibilität der Beteiligten gekennzeichnet und kann nur durch grundlegende politische Entscheidungen eingeschränkt bzw. beendet werden.

Auch die aktuelle politische Diskussion im Frühjahr 2017, die unter dem Stichwort Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung geführt wird, ändert nichts an der Ursache des Problems. (vgl. DBT 2017) Die geplanten Gesetzesänderungen der Koalition adressieren auch hier lediglich die Symptome, aber nicht die Ursachen der Wettbewerbsverzerrung. Die unterschiedliche Auslegung geltender Rechtsvorschriften durch Bundes- und Landesaufsichtsbehörden wird zudem dazu führen, dass die Wettbewerbsverzerrung durch die neuen Regelungen eher noch verstärkt wird. Wer gleiche Wettbewerbsbedingungen in der GKV schaffen will, der muss den Kodieranreiz in der bestehenden RSA-Systematik beseitigen. Dies geht nur, indem die Bedeutung ambulanter Diagnosen spürbar reduziert wird. Hierfür bleibt im Kern nur die Veränderung der Prävalenzgewichtung (Logarithmus statt Wurzel). Der Morbi-RSA wäre so deutlich robuster gegen die Einflussnahme der Krankenkassen auf die Diagnosestellung. Würden vorwiegend schwere Diagnosen berücksichtigungs-

fähig werden, liefern die Verträge und Kodieraktivitäten, mit dem Ziel Zuweisungen zu beeinflussen, überwiegend ins Leere. Der Morbi-RSA an sich würde aber weiter zielgenau funktionieren. Deutschland liegt mit seinem Morbi-RSA im internationalen Vergleich hinsichtlich der Zielgenauigkeit auf Versicherten-ebene bereits ausgesprochen hoch. Hier besteht kein wirklicher Reformbedarf. Eine weitere, geringfügig mögliche Erhöhung dieser Zielgenauigkeit z.B. über ein Vollmodell würde nur die Möglichkeiten der Kassen zur Einflussnahme auf die RSA-Zuweisungen weiter verstärken und damit insgesamt die gesellschaftliche Akzeptanz des RSA-Systems in Deutschland weiter untergraben.

Fazit

Mit der Einführung eines morbiditätsorientierten RSA verband der Gesetzgeber den Anspruch, Risikoselektion abzubauen und die Wettbewerbsbedingungen fairer zu gestalten und Anreize für die Krankenkassen zu setzen, die Versorgung wirtschaftlicher zu gestalten. Der bis dahin existierende RSA hatte aus seiner Sicht dieses Ziel nicht erfüllt. Vielmehr konstatierte der Gesetzgeber „Verwerfungen und Fehlentwicklungen im Kassenwettbewerb zu Lasten der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Kranken, insbesondere der chronisch kranken Versicherten.“ Diese Fehlanreize sollten durch den Einbezug der direkten Morbidität abgebaut werden (DBT 2001b, S. 16).

Bei dieser Systemumstellung war der Legislative bewusst, dass der Krankenkassenwettbewerb nur dann auf das Ringen um beste Versorgungslösungen für Kranke gelenkt werden kann, wenn das neue System weitgehend frei von Möglichkeiten der Einflussnahme auf die eingeführten morbiditätsorientierten Parameter ist. Vor diesem Hintergrund

erfolgte im Vorfeld eine sehr kritische politische und wissenschaftliche Diskussion der in Frage kommenden Klassifikationsmodelle und ihrer Manipulationsanfälligkeit.

Die letztendliche politische Entscheidung für einen Morbi-RSA, der den Indikationsschwerpunkt von schweren und kostenintensiven Erkrankungen auf mehr leichte, kodieranfällige Krankheiten setzt, hat den Grundstein für einen ordnungspolitisch so nicht intendierten Kodierwettbewerb der Krankenkassen gelegt, der mit Wettbewerbsverzerrungen und Fehlallokationen verbunden ist. Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers, durch eine faire Wettbewerbsordnung, die Gestaltungsmöglichkeiten und Anreize der Krankenkassen für eine bessere Versorgungsqualität auszubauen, ist unter den bestehenden Rahmenbedingungen des Morbi-RSA-Systems nicht erreichbar.

Im Rahmen einer vielfach diskutierten neuen systemischen Gesamtbetrachtung des Morbi-RSA, ist eine Abkehr von einem manipulationsanfälligen Klassifikationsmodell zu einem Modell mit weitgehend nicht zu beeinflussenden Ausgleichsparametern eine Grundvoraussetzung, um tatsächlich die Versorgungsqualität in den Mittelpunkt des Kassens Wettbewerbs zu rücken.

Literaturverzeichnis

Binder, A. (2015). Die Wirkung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf innovative Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen. In Braun, G.; Selbmann, H.-K. (Hrsg.), Gesundheits- und Qualitätsmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Breyer, F. & Kifmann, M. (2001). Diskussionspapier Nr. 236 – Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV. Verfügbar unter: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.38592.de/dp236.pdf [11.10.2016].

Bundesrat (Schweiz) (2007). Einbezug eines weiteren Morbiditätsfaktors in den Risikoausgleich – Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 07.3769 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates vom 9. November 2007. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/>

dam/bag/en/dokumente/kuv-aufsicht/pus/risikoausgleich/einbezug-morbiditaetsfaktor-risikoausgleich.pdf.download.pdf/einbezug-morbiditaetsfaktor-risikoausgleich.pdf [24.01.2017].

Bundesversicherungsamt (2015). Erläuterungen zum Entwurf zur Auswahl der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016. Verfügbar unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html#c5475> [24.01.2017].

Busse, R.; Drösler, S.; Glaeske, G.; et al. (2007). Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Verfügbar unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html> [11.10.2016].

Deutscher Bundestag (1992). Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung. Verfügbar unter: https://www.juris.de/jportal/docs/news_anlage/nlzm/pdf/1203608.pdf [11.10.2016].

Deutscher Bundestag (2001a). Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/14/056/1405681.pdf> [11.10.2016].

Deutscher Bundestag (2001b). Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/064/1406432.pdf> [11.10.2016].

Deutscher Bundestag (2006). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/031/1603100.pdf> [11.10.2016].

Deutscher Bundestag (2017). Änderungsanträge zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung – HHVG. Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP18/764/76480.html> [24.01.2017].

Drösler, S.; Hasford, J.; Kurth, B.; et al. (2011). Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf [11.10.2016].

Greiner, W. (2016). Brauchen wir eine Reform des RSA? In Amelung, V.; Knieps, F.; Schönbach, K.-H. (Hrsg.), Gesundheits- und Sozialpolitik, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 4-5, S. 94.

IGES Institut (2012). Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/verguetung_und_leistungen/klassifikationsverfahren/Endbericht_Kodierqualitaet_Hauptstudie_2012_12-19.pdf [02.11.2016].

IGES Institut; Glaeske, G.; Greiner, W. (2015). Begleitforschung zum Morbi-RSA (Teil 1) – Kriterien, Wirkungen und Alternativen. Verfügbar unter: <http://iges.com/e6/e1621/e10211/e13470/e13612/>

e13614/e13616/attr_objjs13620/IGES_RSA-Begleitforschung_Teil_1_WEB_ger.pdf [20.10.2016]

Lauterbach, K. & Wille, E. (2001). Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Verfügbar unter: http://www.hpm.org/kai/igmg/endgutachten_rsa.pdf [02.11.2016].

Neubauer, G. (2014). Gesundheitsfonds – kaum effizient und wenig transparent. In ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft (Hrsg.), Wirtschaftsdienst 2014. Berlin: Springer, 8, S. 548-552.

Plate, F. & Demme, S. (2016). Reformoptionen zum Risikostrukturausgleich – Kühler Kopf und klarer Blick gefragt, In Welt der Krankenversicherung, H. 7-8, S. 172 – 175.

Reschke, K.; Cassel, D.; Wasem, J.; et al. (2001). Endbericht – Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Verfügbar unter: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6372/e6488/e9854/e9856/attr_objjs12665/RSA-Gutachten2001_ger.pdf [11.10.2016].

Reschke, K.; Lauterbach, K.; Wasem, J.; et al. (2004). Endbericht – Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Verfügbar unter: http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/Klassifikationsmodelle_RSA_IGES-Lauterbach-Wasem.pdf [11.10.2016].

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1988). Jahresgutachten 1988 – Medizinische und ökonomische Orientierung. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Schramm, A. (2016). Diagnosekodierung in der Praxis. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Wasem, J.; Jahn, R.; Staudt, S. (2014). Der Gesundheitsfonds – ein Beitrag zu Gerechtigkeit, Zukunftssicherung und funktionierendem Wettbewerb im GKV-System? In ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft (Hrsg.), Wirtschaftsdienst 2014. Berlin: Springer, 8, S. 539-541.

Autoren:

Dr. Jens Baas,
Prof. Dr. Volker Möws
Techniker Krankenkasse
Luisenstraße 46
10117 Berlin

Norbert Loskamp, Timm Genett, Daniel Schaffer, Frank Schulze Ehring

Medizinisch-technischer Fortschritt als Ergebnis des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV

Die Rolle der Privaten Krankenversicherung (PKV)

1 Einleitung

Das deutsche Gesundheitswesen gehört „zu den besten der Welt“.¹ Das Leistungs- und Versorgungsniveau ist hoch, die Wartezeiten sind kurz. Das bestätigen internationale Studien und bescheinigen dabei eine überdurchschnittlich hohe Teilhabe am medizinischen Fortschritt.² Dass das so ist, verdankt das deutsche Gesundheitssystem unter anderem einer spezifischen Innovationsmotorik, die unmittelbar im Systemwettbewerb zwischen der sozialstaatlichen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privatwirtschaftlichen Privaten Krankenversicherung (PKV) wurzelt.

Im Leistungswettbewerb zwischen GKV und PKV folgt die GKV der Logik der Sachleistung und Kostensteuerung. Die kostenerstattende PKV gewährleistet dagegen weitestgehend Therapiefreiheit im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit. In Folge dieser und anderer Systemunterschiede zwischen GKV und PKV entstehen Versorgungsunterschiede, die ab Entstehungszeitpunkt transparent und damit (gegenüber den Versicherten, der Öffentlichkeit und der Politik) begründungspflichtig werden. Das gilt insbesondere für den Zugang zum medi-

zinisch-technischen Fortschritt. Übernimmt nämlich bei medizinischen Innovationen ein Versicherungssystem eine „Vorreiterrolle“, muss sich im Systemwettbewerb das jeweilig andere Versicherungssystem mit eben dieser Innovation auseinandersetzen und gegebenenfalls reagieren.

Dass der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV letztlich ein hohes und innovatives Versorgungsniveau für alle sichert, darauf verweisen regelmäßig wichtige Akteure des Gesundheitswesens: „Die niedrigen Markteintrittsbarrieren und das relativ flexible Vergütungssystem in der PKV fördern eine schnelle Einführung von Innovationen. Auf der anderen Seite führt der Schwerpunkt, der in der GKV auf Wirtschaftlichkeit und Evidenz gelegt wird, zu notwendigen Qualitätsnachweisen und auch zu Prozessinnovationen. Von diesem Qualitätsgewinn profitieren alle Patienten.“ [Gesundheitsökonom J. Wasem (2016)]³ Und: „... der Systemwettbewerb hat immer wieder zu Verbesserungen für gesetzlich und privat Versicherte geführt.“ [Bundesgesundheitsminister H. Gröhe (2016)]⁴ Sowie: „Die Existenz der PKV führt mit einem hohen Leistungsversprechen dazu, dass

auch das GKV-System versucht, einen hohen Versorgungsstandard trotz aller Sparbemühungen aufrechtzuerhalten. So fördert die PKV Innovationen bei Diagnostik und Therapie, genehmigt sie schnell und setzt damit die Krankenkassen in der Regel unter Zugzwang.“ [Präsident der Bundesärztekammer F. U. Montgomery (2017)]⁵

Letztlich schützt der Systemwettbewerb nicht nur vor Leistungskürzungen, sondern auch vor innovationsfeindlicher Trägheit. Medizinische, technische oder organisatorische Neuerungen in dem einen System fordern das jeweils andere Versicherungssystem heraus. Die PKV nimmt dabei im Systemwettbewerb mit der GKV häufig die Rolle eines initialen Innovationsmotors ein. Die vorliegende Arbeit analysiert und skizziert diese Vorreiterrolle der PKV anhand von Strukturunterschieden und Innovationsbeispielen, die auf unterschiedlichste Art und Weise aufzeigen, wie und warum medizinisch-technische Innovationen Eingang ins Versorgungssystem gefunden haben. Dabei wird insbesondere mit Blick auf die Innovationsbeispiele klar, dass in der PKV eine schnelle und häufig überproportionale Finanzierung und Erstattung medizinischer Innovationen die **Regel** ist, wenngleich im Einzelfall tarifabhän-

1 Nahles, A. (2011), Bundesministerin für Arbeit und Soziales, SPD-Fachkonferenz, 17.10.2011.

2 Vgl. dazu u.a. Schreyögg, J. (2011), Finkenstädt, V.; Niehaus, F. (2013).

3 Vgl. Wasem, J. (2016), in: [http://veranstaltungen.handelsblatt.com/health/innovationen-im-gkv-pkv-system/\(abgerufen 24.01.2017\)](http://veranstaltungen.handelsblatt.com/health/innovationen-im-gkv-pkv-system/(abgerufen%2024.01.2017)).

4 Vgl. Gröhe, H. (2016), in: Rheinische Post 27.12.2016.

5 Vgl. Montgomery, F. U. (2017), in: Ärzte-Zeitung vom 24.01.2017. H. Gröhe, in: Rheinische Post 27.12.2016.

gige **Ausnahmen** bestehen können. In der Gesetzlichen Krankenversicherung indes gilt die Umkehrung von Regel und Ausnahme. Der verlangsamte Zugang zu Innovationen und das vergleichsweise niedrige Finanzierungsniveau sind die Regel, die im Ausnahmefall, zum Beispiel durch selektive Verträge, durchbrochen werden kann.

Die Logik der Innovationsmotorik stellt sich je nach Versorgungsbereich grundsätzlich unterschiedlich dar. Im Folgenden wird deshalb zwischen ambulant-ärztlicher Versorgung (Abschnitt 2.1), stationärer Versorgung (Abschnitt 2.2), Arzneimittel (Abschnitt 2.3), zahnärztlicher Versorgung (Abschnitt 2.4) und Pflegeleistungen (Abschnitt 2.5) unterschieden. Abschnitt 3 fasst die Ergebnisse zusammen.

2 Innovationsmotorik im GKV-PKV-Systemwettbewerb nach Versorgungsbereichen

Die Innovationsmotorik im GKV-PKV-Systemwettbewerb unterscheidet sich je nach Versorgungssektor. Strukturell lässt sie sich dabei anhand von zwei grundsätzlichen Kategorien erfassen – das Fehlen von Eingangs-Hürden und die erweiterte und nicht-budgetierte Refinanzierungsbasis.

Die sektoral differenzierten **Eingangs-Hürden** für Innovationen sind im System der GKV relativ hoch. Einschränkungen wie zum Beispiel der Erlaubnisvorbehalt eines dem System der GKV zuzuordnenden Gremiums – dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) – sind in der PKV explizit nicht vorgesehen. In PKV muss eine Innovation im Wesentlichen wissenschaftlich anerkannt, zugelassen und medizinisch notwendig sein. Die PKV übernimmt nicht nur im vertraglichen Umfang die Kosten

für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die wissenschaftlich überwiegend anerkannt sind. Sie leistet darüber hinaus auch neue oder innovative Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen (§ 4 Abs. 6 MB/KK).⁶

Die **erweiterte und nicht-budgetierte Refinanzierungsbasis** für Innovationen in der PKV ist auf höhere Preise nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), fehlende Festbetragsregelungen für Arzneimittel oder nicht existente Mengengrenzungen zurückzuführen. Typische Verordnungsrestriktionen wie in der GKV, die den Absatz beziehungsweise die Anwendung von Innovationen u.a. auch deshalb ausschließen, weil sie weniger wirtschaftlich als andere sind, kennt die PKV nicht. Durch die PKV entsteht damit eine Mischfinanzierung, die den Anbietern von medizinischen Innovationen ein betriebswirtschaftlich vertretbares Investment erleichtert oder dieses Investment überhaupt erst ermöglicht.

2.1 Ambulant-ärztlicher Versorgungsbereich

2.1.1 Innovationen ohne Erlaubnisvorbehalt

Bei Einführung von Innovationen ins System der GKV nimmt die Institution des G-BA eine zentrale Stellung ein. Der G-BA bewertet Innovationen hinsichtlich ihres Nutzens und der Wirtschaftlichkeit und kann letztendlich mit seiner Richtlinienkompetenz bestimmen, welche neuen Leistungen in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden und welche nicht. Der G-BA kann zudem festlegen,

6 Vgl. § 4 Abs. 6 der Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (MB/KK).

unter welchen Bedingungen und von welchem Leistungserbringer mit welcher Qualifikation eine Innovation zu Lasten der GKV erbracht werden kann.

Im ambulanten Sektor der GKV gilt grundsätzlich der sogenannte **Erlaubnisvorbehalt** des G-BA.⁷ Neue vertragsärztliche Leistungen müssen ausdrücklich durch den G-BA beschlossen worden sein, um Eingang in die ambulante Versorgung der GKV zu finden. Anschließend muss eine Innovation in der GKV durch den Bewertungsausschuss explizit und i.d.R. mit eigener Gebührenordnungsposition in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen werden. Vorübergehend kann die Abrechnung in der GKV nach der GOÄ (mittels Analogbewertung) erfolgen.⁸ Der Erlaubnisvorbehalt und die anschließende Aufnahmedauer einer Innovation in den EBM führen im System der GKV zu Aufnahmeverfahren von bis zu 10 Jahren und länger. Zahlreiche Experten weisen auf diesen Tatbestand ausdrücklich hin. „*Es dauert bis zu zwölf Jahre, bis eine Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gelandet ist*“, stellt zum Beispiel der Gesundheitsökonom Wasem fest.⁹

In der privatärztlichen Vergütung existiert für Innovationen ein sehr viel liberaleres System.¹⁰ Ambulante Markteintrittshürden wie Erlaubnisvorbehalte gibt es in der PKV nicht. Darüber hinaus fällt die Finanzierung von Innovationen im System leichter. Durch die in der GOÄ mögliche Analogabrechnung (§ 6 Abs. 2 GOÄ) können Ärzte neue Behandlungsmöglichkeiten direkt abrechnen, auch wenn keine explizite Gebührenposition

7 Vgl. § 135 Abs. 1 SGB V.

8 Der GOÄ kommt im System der GKV eine Überbrückungsfunktion zu, ohne die die GKV ein Abwicklungsproblem hätte.

9 Wasem, J. (2016), in: Ärzte Zeitung, Nutzen und Risiken sind unterschiedlich verteilt, 09.05.2016.

10 Vgl. Ärzte Zeitung, Nutzen und Risiken sind unterschiedlich verteilt, 09.05.2016.

existiert. Dies gilt auch für die von PKV und Bundesärztekammer angestrebte Novellierung der GOÄ. Nach der gemeinsamen Rahmenvereinbarung soll in der neuen GOÄ das Instrument der Analogbewertung fortgeschrieben werden. Die PKV garantiert weiterhin durch ihre Finanzierungssystematik den Leistungserbringern im ambulanten ärztlichen Versorgungsbereich einen Mehrumsatz von aktuell 5,99 Mrd. Euro.

Gleichwohl profitiert die PKV auch von der im System der GKV implementierten Methodenbewertung. Die Nachweise zur Evidenz von Innovationen im Rahmen des G-BA-Verfahrens kommen letztendlich auch immer den Privatversicherten zu Gute. Diese **Spill-Over-Effekte** in Richtung PKV beziehen sich nicht nur auf den zu erwartenden Nutzen einer Innovation, sondern auch auf Qualitäts- und Sicherheitsaspekte. Denn mit einer Methodenbewertung gehen zumeist auch Qualitätsanforderungen an die Leistungsanbieter einher. Im Ergebnis profitiert die GKV im ambulanten Bereich von der frühen und umfassenden Innovationseinführung der PKV, die PKV wiederum von Erkenntnissen zur Evidenz neuer medizinischer Behandlungsmöglichkeiten: Ein Systemwettbewerb zu Gunsten eines gemeinsamen Versorgungssystems zum Vorteil aller Versicherten.¹¹

Der lange Weg von Innovationen über den Erlaubnisvorbehalt des G-BA in den ambulanten Leistungskatalog der GKV und die gleichzeitig korrektiv wirkende Rolle der PKV als Innovationsmotor lässt sich im ambulanten ärztlichen Bereich anhand vieler Innovationsbeispiele aus der Diagnostik und der Therapie zeitlich und inhaltlich konkretisieren. Dabei sind insbesondere Beispiele von Innovationen geeignet, deren Nutzen erwiesen ist, die sich etabliert haben oder die inzwischen

in die Regelversorgung der GKV übergegangen sind. In diesem Zusammenhang ist dann von einer ex-post-Darstellung zu sprechen. Davon zu unterscheiden sind Diagnostika oder Behandlungen, die in der Gegenwart neu/innovativ sind. Bei diesen Beispielen ist von einer ex-ante-Darstellung zu sprechen. Eine ausführliche G-BA-Beispiel-Historie lässt sich hier (noch) nicht erzählen.

2.1.2 Beispiele für Innovation im ambulanten Versorgungssystem

Beispiel: Positronen-Emissions-Tomographie-CT (PET-CT)

Hintergrund: Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bzw. die weiterentwickelte PET-CT ist ein diagnostisches Verfahren zur detaillierten Darstellung von Tumoren. Es werden Schnittbilder des Körpers (bzw. einzelner Organe) durch die Verteilung einer (zum Beispiel injizierten) schwach radioaktiv markierten Substanz erzeugt und damit biochemische und physiologische Funktionen abgebildet. Krebsgewebe werden dann aufgrund eines gesteigerten Stoffwechsels der Tumorzellen erkannt.

Situation in der GKV: Die PET-CT weist im historischen Rückblick eine sehr lange Beratungs- und Beschlusszeit im G-BA auf. Erstmals wurde 1998 durch den AOK-Bundesverband ein Antrag auf ambulante Zulassung gestellt, der vier Jahre später – bei einem an sich „vielversprechenden Verfahren“ – aufgrund feh-

lender wissenschaftlicher Studien abgelehnt wurde.¹²

Als Reaktion auf die ambulante Nichtzulassung ist im Jahr 2003 von den gesetzlichen Krankenkassen der Leistungsausschluss aus dem stationären Sektor beantragt und 2005 für bestimmte Indikationen (u. a. Teilbereiche beim kleinzelligen Lungenkarzinom) vom G-BA beschlossen worden (sog. Verbotsvorbehalt des G-BA). Gleichzeitig wurde bei abweichenden Indikationen (u. a. beim nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom) die stationäre Leistungspflicht der GKV bestätigt. Daraufhin hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beim G-BA erneut einen Antrag zur indikationsabhängigen Aufnahme der PET-CT in die ambulante Versorgung gestellt.

¹² Vgl. hier und nachfolgend: G-BA, Positronen-emissionstomographie SCLC, Zusammenfassende Dokumentation

Beratungsverfahren nach § 137c SGB V, Stand: 26.05.2008, abgerufen unter: <https://www.g-ba.de/downloads/40-268-682/2008-05-26-Abschluss-PET-SCLC.pdf>; G-BA, Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung (KHMe-RL): Positronenemissionstomographie (PET); PET/Computertomographie (CT) bei malignen Lymphomen (Interim-Staging) und über eine Änderung eines Beschlusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung: Positronenemissionstomographie (PET); PET/Computertomographie (CT) bei malignen Lymphomen (Interim-Staging) vom 19.02.2015, abgerufen unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3135/2015-02-19_KHMe-RL_PET_PET-CT%20Interimstaging%20mal%20Lymphome_TrG.pdf; G-BA-Abschlussbericht Verlängerung der Aussetzung des Bewertungsverfahrens zur Positronenemissionstomographie (PET); PET/Computertomographie (CT) bei malignen Lymphomen (Interimstaging) vom 15.05.2015, abgerufen unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3138/2015-02-19_MVV-RL_PET-PET%20CT_mal_Lymphome_ZD.pdf; G-BA Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Positronenemissionstomographie beim kleinzelligen Lungenkarzinom vom 19.06.2008, abgerufen unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-651/2008-06-19-RMvV-SCLC_TrG.pdf; Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung) in der Fassung vom 21. März 2006, abgerufen unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1181/KHMe-RL_2016-02-18_iK-2016-05-07.pdf.

¹¹ Vgl. Köster, A.-D. (2014), S. 47.

2007 wurde schließlich der Aufnahmeantrag vom G-BA positiv beschieden. In den Jahren 2008 bis 2013 sind vom G-BA – bei gleichzeitigem Erlass restriktiver Qualitätsanforderungen – die Indikationsgebiete der PET-CT sukzessive erweitert worden (u. a. im Bereich Lunge bzw. Lungenkarzinom, malignes Lymphom). Gleichzeitig erfolgten aber auch Leistungsausschlüsse beziehungsweise Verfahrensaussetzungen bei Subindikationen der genehmigten Krankheitsbilder. Derartige Verfahrensaussetzungen sind möglich, wenn noch keine ausreichende Evidenz vorliegt, aber zu erwarten ist, dass aussagekräftige Studien in Zukunft vorliegen könnten.

Situation in der PKV: Erst seit Januar 2016 gibt es für die PET-CT eine eigene EBM-Gebührenordnungsposition für die vom G-BA zugelassenen Indikationen. Im Rückblick sind damit die Unterschiede zur PKV unverkennbar. Während der mehr als 15 Jahre dauernden Beratung über die indikationsabhängige Zulassung der PET-CT in der ambulanten GKV-Versorgung hat die PKV unabhängig vom Ort der Leistungserbringung, also sowohl in Krankenhäusern als auch in ambulanten Krebszentren, die PET-CT erstattet, wenn sie medizinisch gerechtfertigt erschien.¹³ Damit kann im System der PKV diese Art von Diagnostik bei weit mehr Indikationen als im System der GKV angewendet werden.

Beispiel: Kapselendoskopie

Hintergrund: Die Kapselendoskopie ist ein Untersuchungsverfahren, bei dem mit Hilfe eines auf die Ausmaße einer schluckbaren Kapsel verkleinerten Videoendoskops (Kapselendoskop) der Darm bildlich dargestellt werden kann. Nach

¹³ Vgl. u.a. zu den zukünftigen Potentialen der PET/CT Muhammad Wasif Saif et. al., Role and Cost Effectiveness of PET/CT in Management of Patients with Cancer, in: Yale Journal of Biology and Medicine, Juni 2010, 83(2), S. 53–65.

dem Schlucken wird die Kapsel durch die natürliche Darmbewegung weitergeleitet und übermittelt dabei videoendoskopische Bilder drahtlos an ein Aufzeichnungssystem außerhalb des Körpers. Insbesondere bei der Untersuchung des Dünndarms schließt die Kapselendoskopie eine diagnostische Lücke. Aufgrund der Lage und Länge ist der Dünndarm für eine endoskopische Darstellung schwer zugänglich. Die Kapselendoskopie macht eine gezieltere Therapieentscheidung möglich. Die Kapselendoskopie eignet sich besonders gut für die ambulante Anwendung.¹⁴

Situation in der GKV: Im Mai 2007 hat der AOK-Bundesverband einen Antrag auf die Aufnahme der Kapselendoskopie in die ambulante Versorgung gestellt. Im Januar 2008 hat der G-BA das Beratungsverfahren eingeleitet. Seit November 2010 wird die Kapselendoskopie bei unklaren Blutungen des Dünndarms von der GKV übernommen.¹⁵ Voraussetzung ist unter anderem, dass andere Diagnoseverfahren keine andere Ursache der Blutung festgestellt haben und definierte Qualitätsstandards eingehalten werden. Seit Juli 2014 existiert für die Kapselendoskopie eine eigene EBM-Ziffer.

¹⁴ Andere Faktoren, wie z. B. Komorbiditäten oder Schwere des Krankheitsbildes können jedoch auch eine Durchführung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes erfordern. Im stationären Bereich ist die Kostenerstattung inzwischen über Fallpauschalen (DRG-System) geregelt.

¹⁵ Vgl. hierzu: G-BA Abschlussbericht Kapselendoskopie bei Blutungen des Dünndarms, Stand: 11. November 2011, abgerufen unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-1449/2010-11-11_MVV-RL-Kapselendoskopie_ZD.pdf; Bundesministerium für Gesundheit, Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Kapselendoskopie bei Blutungen des Dünndarms, BAnz. Nr.17 (S. 374) vom 01.02.2011, abgerufen unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1233/2010-11-11_MVV-RL-Kapselendoskopie_BAnz.pdf; Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Kapselendoskopie bei Blutungen des Dünndarms, abgerufen unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-1448/2010-11-11_MVV-RL-Kapselendoskopie_TrG.pdf.

Situation in der PKV: Unabhängig von den Verfahrensverläufen in der GKV hat die PKV im Regelfall die Kosten der innovativen Kapselendoskopie bei unklaren Darmblutungen schon seit Markteinführung im Jahr 2001 übernommen, wenn die unklare Blutung nicht mittels konventioneller Verfahren abgeklärt werden konnte. Für die Innovation musste keine gesonderte Eingangs-Hürde überwunden werden. Durch die in der GOÄ mögliche Analogabrechnung (§ 6 Abs. 2 GOÄ) waren Ärzte von Anfang an in der Lage, die Kapselendoskopie privatärztlich abzurechnen.

Sonstiges: Bei Indikationen jenseits unklarer Darmblutungen wird die Kapselendoskopie bislang sowohl von der GKV als auch PKV nur in begründeten Einzelfällen nach vorheriger Abklärung mit der Versicherung übernommen. Dies betrifft zurzeit auch die Durchführung einer Dickdarm-Kapselendoskopie im Rahmen einer Darmkrebsvorsorge und -früherkennung. Die PKV erstattet bislang nur unter bestimmten Umständen eine so durchgeführte Darmkrebsvorsorge. In der GKV muss ein Einzelfallantrag auf Erstattung gestellt werden. Seit August 2013 untersucht zudem die AOK Bayern in einem Modellprojekt die Verbesserung der Darmkrebs-Vorsorge mittels Kapselendoskopie.

Beispiel: Optische Kohärenztomographie (OCT)

Hintergrund: Die OCT ist ein innovatives Diagnoseverfahren, das dem Augenarzt die einzelnen Netzhautschichten im Querschnitt zeigt und eine Beurteilung aller Netzhautschichten erlaubt. Von diagnostischem Vorteil ist die OCT insbesondere bei der Untersuchung des Augenhintergrundes bzw. des hinteren Augenabschnittes sowie bei der Messung der Augenzuglänge. Sie wird für die Therapiesteuerung der intraokularen Injektions-

therapie mit Gefäßwachstumshemmern (Anti-VEGF-Therapie) schon seit vielen Jahren als bester Indikator betrachtet. Alternative und herkömmliche Diagnoseverfahren sind in diesem Zusammenhang nur unzureichend in der Lage, die feine Schichtstruktur der Netzhaut abzubilden.

Situation in der GKV: Die OCT ist schon in den späten 1980ern und frühen 1990ern entwickelt worden. Trotzdem wird die OCT in der GKV nicht erstattet. Das Verfahren ist aus der ambulanten ärztlichen Leistung in der GKV ausgeschlossen und wird von Augenärzten gesetzlich Versicherten nur als Individuelle Gesundheitsleistung (IGEL) zur Selbstzahlung angeboten.

Im März 2015 hat der GKV-Spitzenverband einen Bewertungsantrag an den G-BA gestellt. Der G-BA hat ein Prüfverfahren eingeleitet. Der Antrag bezieht sich auf zwei (häufig vorkommende) Augenkrankheiten: Die neovaskuläre („feuchte“) altersbedingte Makuladegeneration sowie das Makulaödem (Schwellung der Netzhaut im Bereich der Makula) im Zusammenhang mit der Diabetischen Retinopathie (DR). Alle weiteren möglichen Indikationsgebiete der OCT bleiben unberücksichtigt.¹⁶

Situation in der PKV: Im Regelfall erstattet die PKV die OCT in der ambulanten Diagnostik zum Beispiel im Rahmen der Behandlung der nAMD. Es ist kein gesondertes Zulassungsverfahren notwendig, wenn der Einsatz der OCT medizinisch notwendig ist. Eine Eingangs-Hürde für das System der PKV gibt es insofern nicht. Darüber hinaus kön-

nen Augenärzte die Diagnostikmethode relativ einfach mittels Analogziffer über die GOÄ abrechnen.¹⁷ Im Ergebnis wird die OCT schon mehrere Jahre vor einer möglichen Übernahme in die ambulante Regelversorgung der GKV von der PKV „getragen“ und im Versorgungssystem gehalten. Den Anbietern der innovativen OCT wird ein betriebswirtschaftlich vertretbares Investment erleichtert oder dieses Investment erst ermöglicht.

Beispiel: Genexpressionstest bei Brustkrebs

Hintergrund: Nach der vollständigen Entschlüsselung der menschlichen DNA sind in der Krebsdiagnostik und -therapie Fortschritte erzielt worden. Teil dieser Entwicklung sind gentechnische Analysemethoden. Dabei handelt es sich z. B. um gentechnische Brustkrebs-Untersuchungen, die die Ansprechwahrscheinlichkeit eines Tumors auf eine Chemotherapie beziehungsweise deren Notwendigkeit ermittelt. Damit kann betroffenen Frauen unter Umständen eine belastende Chemotherapie erspart bleiben beziehungsweise eine adäquatere Behandlung gefunden werden.¹⁸

Situation in der GKV: Die Genexpressionstests der heute gebräuchlichen zweiten Generation sind in den USA um das Jahr 2004, in Deutschland – je nach Hersteller – um das Jahr 2010 eingeführt worden. Bei Brustkrebs konnten Versicherte der GKV diese Tests in der Vergangenheit seit April 2015 lediglich im Rahmen der sogenannten ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

(ASV) bei Tumorgrößen ab 2 cm erhalten.¹⁹ Frauen mit kleineren Tumoren hatten keinen Anspruch. Seit einer Neufassung der ASV-Richtlinie im August 2016 zahlt die GKV nun im Rahmen der ASV uneingeschränkt Genexpressionstest für Brustkrebspatientinnen, da eine Restriktion der Beschränkung der ASV auf schwere Verlaufsfälle zuvor gestrichen wurde. Darüber hinaus hat eine flächendeckende Einführung in die „normale“ GKV-Regelversorgung bis heute nicht stattgefunden.

Im Herbst 2014 hat der G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der wissenschaftlichen Prüfung der angebotenen Genexpressionstests bei Brustkrebs beauftragt. Ein Vorbericht ist im November 2015 veröffentlicht worden. Für den Abschlussbericht sollen nach Verlautbarungen des IQWiG die für 2016/2017 erwarteten Ergebnisse von drei Studien einbezogen werden. Beschlussfassungen des G-BA sind erst nach Vorlage des Abschlussberichts zu erwarten. Das IQWiG hat bisher die vorläufigen Ergebnisse der sogenannten MINDACT-Studie zu bestimmten Genexpressionstests ausgewertet. „Insgesamt kommt das IQWiG zu dem Schluss, dass für keinen der derzeit angebotenen Biomarker ein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden einer biomarkerbasierten Strategie zur Entscheidung für oder gegen

16 Vgl. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung des Beratungsverfahrens: Bewertung der optischen Kohärenztomographie (OCT) zur Diagnostik und Therapiesteuerung der neovaskulären altersbedingten Makuladegeneration (nAMD) sowie des Makulaödems im Rahmen der Diabetischen Retinopathie (DR) gemäß § 135 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), abgerufen unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2236/2015-04-16_135-SN_Einleitung-Beratungsverfahren_OCT.pdf.

17 Hierfür wird die Position A 7011, GOÄ-Nr. 423 entsprechend Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer – BÄK aus dem Jahr 2002 angegeben.

18 Vgl. u.a. Genomic Health (2006), Medicare Contractor Establishes Reimbursement Coverage Policy for Genomic Health's Oncotype DX™ Breast Cancer Test vom 13.01.2006, abgerufen unter: <http://investor.genomichealth.com/Release-Detail.cfm?ReleaseID=184309>

19 Die Abrechnung erfolgte gemäß des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses nach GOÄ und wird außerbudgetär vergütet (Kosten ca. 1.700 – 2.800 Euro); vgl. Richtlinie ASV-RL, Stand: 17. Dezember 2015 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V; auch PM des Bundesverband Deutscher Pathologen vom 10.02.2015.

eine adjuvante Chemotherapie beim primären Mammakarzinom vorliegt.“²⁰

Die Ergebnisse des IQWiG werden jedoch sowohl in der Wissenschaft als auch in der Praxis kontrovers diskutiert und teils offen in Frage gestellt. Das IQWiG wartet nun für eine weitergehende Beurteilung weitere Studienergebnisse ab. Mit diesen ist frühestens im Jahr 2017 zu rechnen. Infolgedessen wird der G-BA seine endgültige Entscheidung mit Blick auf die erwarteten Studien vorerst aussetzen oder nur für bestimmte Testverfahren treffen können.²¹ Jenseits der ASV bleiben für GKV-Patientinnen momentan nur die Einzelfallentscheidung der Krankenkassen auf mögliche Kostenübernahme,²² selektivvertragliche Regelungen einzelner Krankenkassen²³ oder die Teilnahme bestimmter Krankenkassen

an gesonderten Modellprojekten für ihre Versicherten.²⁴

Situation in der PKV: Während der Einsatz von Genexpressionstests bei Brustkrebs bei gesetzlich versicherten Patientinnen in der Vergangenheit von der Tumorgroße (und dann auch nur in der ASV) oder von Einzelfallentscheidungen der Krankenkassen abhing und damit außerhalb der ASV nicht in der Regelversorgung zur Verfügung steht, übernimmt die PKV im Regelfall Genexpressionstests bei Brustkrebs. Eine PKV-Eingangs-Hürde gibt es nicht. Tarif-abhängige Abweichungen sind möglich.

Beispiel: Computertomographie des Herzens (Cardio-CT)

Hintergrund: Die Cardio-CT kommt seit der Jahrtausendwende – zunächst in der Forschung und dann im Krankenhaus – zum Einsatz. Das ambulant noch nicht etablierte Verfahren ist eine schonende Alternative zur bisherigen Diagnostik, v. a. der invasiv durchgeführten Herzkatheter-Untersuchung. Bei der Cardio-CT werden mit Hilfe von Röntgenstrahlen Schichtaufnahmen des Herzens angefertigt. Zwar ist die Cardio-CT nicht für jeden Anlass das Mittel der Wahl – sie ist nach bisherigen Erkenntnissen aber gut geeignet, eine behandlungsbedürftige Herzkranzgefäßkrankheit auszuschließen (guter negativer Vorhersagewert).

Situation in der GKV: Die Kosten für eine Cardio-CT werden von der GKV in der ambulanten Regelversorgung grundsätzlich nicht übernommen. Es liegt für die Cardio-CT weder ein Genehmigungsbeschluss seitens des G-BA noch ein Antrag auf ein Prüfungsverfahren vor.

24 Die AOK Rheinland/Hamburg beteiligte sich seit 2012 an einem Modellprojekt zu Genexpressionstests; vgl. hierzu gemeinsame Pressemitteilung der Westdeutschen Studiengruppe (WSG) sowie von Genomic Health vom 27.03.2012, abgerufen unter: <http://www.wsg-online.com/cms/controls/document/docrender.aspx?ID=249>

Eine Übernahme in die GKV-Regelversorgung ist damit zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abzusehen. Lediglich auf der Ebene einzelner Kassen bieten sich für gesetzlich Versicherte Ausnahmen. Vereinzelt werden im Rahmen selektiver Verträge – zum Beispiel bei der TK – die Kosten der Cardio-CT übernommen.²⁵

Situation in der PKV: Bei der ambulanten Leistungserbringung der Cardio-CT nach Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) fallen Kosten in Höhe von ca. 400 Euro an. Diese Kosten werden Privatpatienten bei medizinischer Notwendigkeit im Regelfall erstattet. Die PKV bietet damit für die Leistungserbringer der Cardio-CT nicht nur eine sichere Refinanzierungsbasis, sondern weckt im Systemwettbewerb bei den gesetzlichen Kassen Anreize, im Leistungsvergleich mit der PKV auf die Vorreiterrolle der PKV unter anderem mittels selektiver Verträge zu reagieren.

Beispiel: Messung der Fraktionellen Flussreserve (FFR)

Hintergrund: Die Messung der Fraktionellen Flussreserve (FFR) ist ein im Jahr 1998 eingeführtes diagnostisches Verfahren, das sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden kann. Es wird bei Koronarer Herzkrankheit (KHK) eingesetzt und misst den Druck vor und hinter einer Gefäßverengung unter pharmakologischer Belastung. Damit lässt sich feststellen, ob die Gefäßverengung eine gesundheitsschädliche Durchblutungsstörung unter Belastung auslöst oder nicht. Auf dieser Basis können unter anderem weitere Therapieschritte – zum Beispiel das Setzen von Stents – vorbereitet beziehungsweise vermieden werden. Der überwiegende Nutzen ist in mehre-

25 Vgl. u.a. TK, Leistungen, abgerufen unter: <https://www.tk.de/tk/spezielle-behandlungsangebote/herz-kreislauf-erkrankungen/herz-ct-und-herz-mrt/454316>.

20 Vgl. IQWiG (2016), Pressemitteilung „Biomarkertests bei Brustkrebs – Entscheidung über Chemotherapie bleibt schwierig“ vom 05.12.2016, abgerufen unter: <https://www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen/biomarkertests-bei-brustkrebs-entscheidung-uber-chemotherapie-bleibt-schwierig.7700.html>

21 Vgl. Ärzte Zeitung (2016), „Biomarker-Tests bei Brustkrebs: Nutzen nicht belegt“ vom 06.12.2016, abgerufen unter: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/925401/biomarker-tests-brustkrebs-nutzen-nicht-belegt.html

22 Allein 2014 wurden für das Testverfahren unter den Namen Oncotype® mehr als 5.000 Anträge auf Erstattung bei der GKV gestellt; vgl. Tagesspiegel vom 11.03.2015.

23 Die Techniker Krankenkasse schloss als erste Krankenkasse einen Selektivvertrag ab, der ihren Versicherten die Inanspruchnahme von Genexpressionstests am Klinikum der TU München Rechts der Isar ermöglichte, weitere Krankenkassen haben ebenfalls Selektivverträge abgeschlossen; vgl. hierzu Trillium Krebsmedizin Heft 03/2015, abgerufen unter: <http://www.trillium.de/heft-32015/diagnostik-in-der-onkologie-genexpressions-assays-beim-mammakarzinom.html>; die Knappschaft schloss als erste Krankenkasse bundesweit einen Selektivvertrag ab, vgl. hierzu Gesundheit Adhoc vom 24.01.2017: <http://www.gesundheit-adhoc.de/knappschaft-erstattet-als-erste-gesetzliche-krankenkasse-bundesweit-genexpressionstest-fuer-frauen.html>

ren Studien belegt. Die Methode wird von den europäischen Richtlinien zur Patientenversorgung (ESC-Guidelines) mit dem höchsten Evidenzgrad empfohlen.²⁶

Situation in der GKV: In der GKV wird die FFR-Messung lediglich im Rahmen der stationären Versorgung erstattet. Seit dem Jahr 2001 sind die Kosten der Untersuchung in die stationären Fallpauschalen einbezogen. Seit 2014 wird die FFR-Messung auch als rein diagnostischer Ein-Tages-Fall im stationären Bereich vergütet.²⁷ Auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat der G-BA die FFR im August 2015 als Beratungsthema angenommen.²⁸ Die FFR ist aktuell Gegenstand der Beratungen im G-BA-Unterausschuss „Methodenbewertung“.²⁹ Eine Übernahme in die ambulante Regelversorgung der GKV ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abzusehen.

Situation in der PKV: Unabhängig von der Situation in der GKV hat die PKV im Regelfall die Kosten der Messung der FFR sowohl bei ambulanter als auch stationärer Leistungserbringung seit Markteinführung im Jahr 1998 übernommen. Für die Innovation muss keine gesonderte ambulante Eingangs-Hürde überwunden werden. Im Zusammenhang mit einer Berechnung einer Koronarangiographie nach Ziffer 628 GOÄ ist die fraktionelle Flussreserve bereits abgegolten. In anderen Fällen sind die Ärzte durch die in der GOÄ mögliche Analogabrechnung (§ 6 Abs. 2 GOÄ) von Anfang an in der Lage gewesen, die ambulante

Messung der FFR privatärztlich abzurechnen.

Beispiel: Diagnostik des Prostatakrebses mittels MRT und Fusionsbiopsie

Hintergrund: Prostatakrebs ist eine der häufigsten Krebserkrankungen bei Männern in Deutschland. Um eine möglichst zielgerichtete und präzise Diagnostik zu ermöglichen, wurde in den letzten Jahren zunehmend die Methode der Magnetresonananztherapie (MRT) genutzt. In der multiparametrischen MRT-Darstellung kann die Gewebestruktur weit genauer differenziert werden als in der Ultraschalldarstellung, so dass für rund 30% der durch PSA-Test auffälligen Befunde eine Biopsie überflüssig wird. Wird eine Biopsie vorgenommen, ist die Fusionsbiopsie die Methode, um eine zuverlässige Diagnosestellung bei Verdacht auf Prostatakrebs (nicht als Prostata-Vorsorgeuntersuchung) herbeizuführen. Bei der herkömmlichen Prostatabiopsie werden ultraschallgesteuert aus allen Bereichen der Prostata Proben durch den Arzt entnommen. Da mit dem Ultraschall Prostatumoren nicht in gleichem Maße wie mit anderen Verfahren (insb. MRT) von gesundem Gewebe abgrenzbar sind, ist mit der herkömmlichen Prostatabiopsie im Vergleich zur Fusionsbiopsie keine zielgerichtete Probenentnahme möglich. Die Fusionsbiopsie spielt in Echtzeit die Ergebnisse einer Kernspintomographie in das Ultraschallbild ein, wodurch tumorverdächtige Stellen der Prostata beim Patienten gezielter biopsiert werden können und die Untersuchung für die Patienten schonender und sicherer vollzogen werden kann.³⁰ Obwohl es noch an vollständiger Evidenz fehlt, ist die medi-

zinische Notwendigkeit in der Praxis bei entsprechender Indikation gegeben.

Situation in der GKV: Das multiparametrische MRT bzw. die Fusionsbiopsie sind in der GKV keine Leistungen der Regelversorgung und damit ohne entsprechende Gebührenordnungspositionen im EBM. Die Fusionsbiopsie kann demnach für GKV-Versicherte nur über Umwege, zum Beispiel auf Grundlage entsprechender einzelvertraglicher (selektiver) Regelungen einzelner gesetzlichen Krankenkassen, zur Verfügung stehen.

Situation in der PKV: Wenngleich es im Einzelfall zu tarifabhängigen Ausnahmen kommen kann, ist in der PKV eine schnelle Erstattung der Fusionsbiopsie die Regel. Die Abrechnung kann nach GOÄ erfolgen. Ärzte waren von Anfang an in der Lage, die Fusionsbiopsie durch die in der GOÄ mögliche Analogabrechnung (§ 6 Abs. 2 GOÄ) privatärztlich abzurechnen.

2.2 Stationärer Versorgungsbereich

2.2.1 Innovationsmotorik trotz Verbotsvorbehalt

Für den medizinisch-technischen Fortschritt im stationären Leistungsbereich ist die GKV relativ offen. Anders als in der ambulanten Versorgung gilt kein Erlaubnis-, sondern der sogenannte **Verbotsvorbehalt** des G-BA. Im Kern heißt das, dass innovative Diagnostika, Therapien oder Behandlungsmethoden in der stationären Versorgung solange zu Lasten der GKV abgerechnet werden können, bis der G-BA sie ausdrücklich ablehnt und ausschließt. Die Vergütung einer Innovation erfolgt bis zur Aufnahme in eine DRG-Fallpauschale über sogenannte NUB-Entgelte (*Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden*), sofern ein entsprechender Antrag bewilligt wurde.

26 ESC-Guideline: Vgl. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (Hrsg.), ESC-Pocket Guidelines Myokardrevaskularisation, S. 30.

27 Vgl. u.a. INEK (2013), Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2014 vom 18.12.2013, S. 62 ff.

28 Vgl. <https://www.g-ba.de/informationen/beratungsthemen/2310/>.

29 Methodenbewertung (Stand 03.06.2016): http://www.kbv.de/html/themen_1612.php.

30 Vgl. National Cancer Institute (NCI) (2015), Pressemitteilung zu Fusionsbiopsie, <https://www.cancer.gov/news-events/press-releases/2015/prostatefusiontargetedbiopsyjama>.

Für die PKV gelten diese Vergütungsregelungen grundsätzlich analog.

Angesichts der gleichen Vergütungsregeln zwischen GKV und PKV lässt sich damit festhalten, dass bei der stationären Behandlung von Privatversicherten – soweit Innovationen nach DRGs oder NUB-Entgelten bezahlt werden – kein Finanzierungsvorteil besteht. Trotzdem kommt der PKV strukturell auch im stationären Sektor auf dreierlei Wegen die Rolle eines Innovationsmotors zu.

Erstens: Durch die Behandlung Privatversicherter fließt den Krankenhäusern ein Mehrumsatz in Höhe von zurzeit jährlich 690 Mio. € zu. Dieser Mehrumsatz der Privatpatienten beruht insbesondere auf wahlärztlichen Behandlungen (Einzelzimmer & Zweibettzimmer & Chefarztbehandlung). Die Mehrumsätze im wahlärztlichen Bereich eröffnen dem Krankenhaus eine zusätzliche Finanzierungsbasis für das Versorgungsangebot und Innovationen im Krankenhaus.

Zweitens: Bei Ausschluss von stationären Leistungen durch den G-BA kommt gleichwohl die Kostenübernahme der PKV für diese im System der GKV ausgeschlossenen Behandlungsmethoden in Betracht. Das ist u.a. dann der Fall, wenn der Ausschluss für die GKV aus wirtschaftlichen Gründen erfolgt oder die Studienlage nach Ansicht des G-BA nicht aussagekräftig genug ist, um den Nutzen eines neuen Verfahrens oder einer neuen Therapie zu bestimmen. Diese im Patienteninteresse erweiterten Behandlungsoptionen für die Versicherten der PKV sind allerdings ausgeschlossen bzw. erfordern eine intensive Aufklärung des Patienten, wenn mit ihnen erhöhte Risiken einhergehen.

Drittens: Die PKV übernimmt – anders als die GKV – innovative diagnostische Verfahren oder Behandlungsmethoden, wenn diese ambulant im Krankenhaus erbracht werden. Die Abrechnungs-

grundlage ist dann die GOÄ. Hieraus ergibt sich eine stationäre Innovationsmotorik auf ambulantem Umweg. Die Abrechnungsflexibilität mit Privatversicherten an der stationär-ambulanten Schnittstelle eröffnet dem Krankenhaus eine Mischfinanzierung, die seine finanziellen Möglichkeiten für Investitionen in das Versorgungsangebot und in Innovationen verbessern. Die Privatpatienten werden – mit der PKV als Kostenerstatter – als ambulante Patienten auch im Krankenhaus zum „Innovationsmotor“. Das kommt sowohl gesetzlich als auch privat Versicherten zu Gute.

2.2.2 Beispiel für Innovationen im stationären Versorgungssystem

Die Möglichkeit der Krankenhäuser, über den wahlärztlichen Umweg (Mehrumsatz) unter anderem in eine moderne medizinische Infrastruktur zu investieren, wird hinlänglich genutzt, weil ein Investitionsstau „durch die angespannte Finanzlage der für die Investitionsfinanzierung zuständigen Bundesländer entstanden ist. Hier versuchen die Krankenhäuser, einen partiellen Ausgleich durch die Verwendung von Abführungen aus Privatliquidationen und Wahlleistungsentgelten für Unterkunft und Verpflegung zu erreichen. Von diesen zusätzlich erwirtschafteten Mitteln profitieren weit überwiegend in der Versorgung auch GKV-Versicherte.“ [Gesundheitsökonom J. Wasem (2016)]³¹

Die stationäre Innovationsmotorik der PKV über den ambulanten Umweg ist dagegen in der wissenschaftlichen Literatur angesichts der grundsätzlich für GKV und PKV gleichermaßen geltenden DRG-Vergütung bisher kaum reflektiert worden. Die Rolle der PKV wird hier erstmals anhand eines Innovationsbeispiels

konkretisiert und betriebswirtschaftlich mit Zahlen unterlegt.

Beispiel: Hochintensiver fokussierter Ultraschall (HIFU)

Hintergrund: Beim ultraschallgesteuerten hochintensiven fokussierten Ultraschall (high-intensity focused ultrasound, HIFU) wird durch die gezielte Bündelung von hochenergetischen Ultraschallwellen pathologisches Gewebe erhitzt und zerstört. Die Steuerung wird dabei durch parallele Ultraschalldarstellung vorgenommen oder durch Magnetresonanztherapie. Zunehmende Bedeutung erlangt das Verfahren vor allem bei der Therapie von Uterusmyomen und bei der Therapie der Adenomyose. Der Einsatz erfolgt aber auch bei der Behandlung bösartiger Tumore in Leber und Pankreas sowie bei Knochentumoren und Knochenmetastasen. Der Einsatz bei weiteren Erkrankungen wird erforscht.

Anschaffungs- und Betriebskosten:³² Die Anschaffung eines HIFU-Gerätes kostet inkl. Mehrwertsteuer rund 1 Mio. €. Die Finanzierungskosten betragen damit – fremdfinanziert bei einem angenommenen Zinssatz von 2,8 % p.a. und einer Volltilgung innerhalb von 8 Jahren – rund 140.000 jährlich. Personal- und Stromkosten schlagen mit 95.000 € bzw. 20.000 € jährlich zu Buche. Der Servicekosten u.a. für Einweisung, Schulung und Wartung sind mit 115.000 € inkl. Mehrwertsteuer zu veranschlagen.

Situation in der GKV: Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten HIFU – jenseits von einzelvertraglichen Regelungen – nur im Rahmen der stationären DRG-Vergütung. Unter bestimmten Bedingungen ist auf Antrag eine Erstattung über

31 Vgl. Wasem, J. (2016), in: [http://veranstaltungen.handelsblatt.com/health/innovationen-im-gkv-pkv-system/\(abgerufen 24.01.2017\)](http://veranstaltungen.handelsblatt.com/health/innovationen-im-gkv-pkv-system/(abgerufen%2024.01.2017)).

32 Die Anschaffungs- und Betriebskosten von HIFU basieren auf einer betriebswirtschaftlichen Schätzung, die mit Hilfe von Experten aus dem medizinisch-technischen Bereich nachvollzogen worden ist.

GOÄ-Analogziffer möglich.³³ Bei der Indikation benigner Prostatahyperplasie ist das HIFU-Verfahren vom G-BA ausgeschlossen worden.³⁴ Je gesetzlich Versicherten beträgt der kalkulatorische Anteil für die HIFU-Behandlung aus der DRG-Vergütung rund 300 €.³⁵ Voraussetzung ist eine stationäre Übernachtung – im Verbund mit anderen Behandlungen. Mit Datum vom 19. Januar 2017 hat der G-BA beschlossen für dieses Behandlungsverfahren eine Bewertung nach § 137h Absatz 1 Satz 4 SGB V durchzuführen.³⁶

Situation in der PKV: Die PKV erstattet das HIFU-Verfahren sowohl bei stationärer (DRG) als auch bei ambulanter Leistungserbringung im Krankenhaus, wenn ein entsprechender patientenrelevanter Nutzen bei ambulanter Behandlung (z.B. Wahlfreiheit) vorliegt. Dabei fällt die ambulant-stationäre Vergütung über die GOÄ mit 3.000 € bis 3.500 € höher aus als im Rahmen der stationären DRG-Vergütung.³⁷ Die PKV eröffnet damit den Krankenhäusern auf ambulante Umweg – vorausgesetzt die entsprechenden Indikationen sind gegeben

33 Aktuell genehmigt die Erstattung der ambulanten Behandlung dem Vernehmen nach die TK.
 34 Vgl. Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung) in der Fassung vom 21. März 2006, a.a.O.
 35 Quelle: ausgewählte PKV-Unternehmen.
 36 Erfolgen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter Einsatz eines Medizinproduktes mit hoher Risikoklasse, erfolgt eine Überprüfung, ob ihr Nutzen als hinreichend belegt anzusehen ist oder ob sie das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweisen. Die Bewertung erfolgt im Kontext einer erstmaligen Anfrage eines Krankenhauses auf zukünftige Erstattung beim Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK); die Bewertung erfolgt nur dann, wenn die Methode neu im Sinne des § 137h SGB V ist. Beschluss des G-BA zur Durchführung einer Bewertung nach § 137h SGB V bei HIFU: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2846/2017-01-19_137h_BVh-16-002_USgHIFU-7-Indikationen.pdf
 37 Abrechnung u.a. bei Uterus Myom über die GOÄ-Ziffern 5720 + 5854, Quelle: ausgewählte PKV-Unternehmen.

Tabelle 1: Investitions- und Finanzierungsrechnung eines Hochfokussierten Ultraschalls (HIFU) im Krankenhaus*

p.a.	mit DRG-Patienten	DRG-Patienten + ambulante PKV-Patienten (Anteil 2,42 %) ⁷
Einnahmen davon:	300.000 €	370.160 €
Behandlung DRG-Patienten⁵	300.000 €	292.740 €
ambulante Behandlung von PKV-Patienten⁶	0 €	77.420 €
Ausgaben davon:	370.000 €	370.000 €
Finanzierung¹	140.000 €	140.000 €
Personal	95.000 €	95.000 €
Strom	20.000 €	20.000 €
Service⁴	115.000 €	115.000 €
Gewinn/Verlust	- 70.000 €	+ 160 €

* Quelle: Ausgewählte Experten aus dem medizinisch-technischen Bereich, verschiedene PKV-Unternehmen 1 bei Anschaffungskosten von 1 Mio. € und einem Zins von 2,8 % bei Volltilgung über 8 Jahre | 4 Servicekosten u.a. für Einweisung, Schulung und Wartung. | 5 DRG-Pauschale in Höhe von 300 €. | 6 Ambulant-stationäre Vergütung über GOÄ u.a. bei Uterus Myom nach GOÄ-Ziffern 5720 + 5854 in Höhe von ca. 3.200 €. | 7 Annahme: bei 2,42 % der behandelten Patienten liegt die Voraussetzung (Indikation + patientenorientierter Nutzen) für eine ambulante HIFU-Behandlung im Krankenhaus vor.

– eine Refinanzierungsbasis. Sie ermöglicht zu Gunsten der DRG-Patienten eine Mischfinanzierung oder Quersubventionierung des stationären Einsatzes.

Investitions- und Finanzierungsrechnung mit DRG-Patienten aus GKV und PKV: Mit HIFU können 4 Patienten pro Tag behandelt werden.³⁸ Das entspricht bei 250 Arbeitstagen im Jahr 1.000 Behandlungsfällen. Sind alle Behandlungsfälle DRG-Patienten, entstehen im Krankenhaus Einnahmen von 300.000 € jährlich.³⁹ Abzüglich der Anschaffungs- und Betriebskosten liegt der Jahresverlust des Krankenhauses durch den Betrieb eines HIFU-Gerätes bei 70.000 €.

Investitions- und Finanzierungsrechnung mit DRG-Patienten + ambulanten

PKV-Patienten: Mit ausschließlich stationären DRG-Patienten würde sich die Anschaffung und der Betrieb eines HIFU-Gerätes nicht amortisieren. Es würden jährliche Verluste in Höhe von 70.000 € (siehe oben) geschrieben. Anders stellt sich die Situation dar, wenn Privatpatienten berücksichtigt werden können, bei der sowohl die entsprechende Indikation als auch ein patientenorientierter Nutzen nicht (nur) für eine stationäre, sondern (auch) für eine ambulant-stationäre HIFU-Behandlung im Krankenhaus gegeben ist. Unter diesen Umständen amortisiert sich der Betrieb eines HIFU-Gerätes für ein Krankenhaus, wenn bei entsprechender Indikation mindestens 2,42 % der Patienten als ambulant-stationäre PKV-Patienten mit HIFU behandelt werden. Ab dieser Schwelle liegt der Gewinn von HIFU im Krankenhausbetrieb bei knapp über null Euro (160 €).

38 Angaben von Experten aus dem medizinisch-technischen Bereich.
 39 Als Annahme ist hier ein kalkulatorischer Anteil an der DRG-Vergütung in Höhe von 300 € zu Grunde gelegt worden.

2.3 Arzneimittel

2.3.1 Verordnungs- und

Versorgungsunterschiede

Mit Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) werden die Preise neuer Arzneimittel zwischen dem Hersteller und dem GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem PKV-Verband verhandelt. Der vereinbarte Preis der neuen Medikamente gilt dann auch für Privatversicherte. Auf den ersten Blick gelten für die GKV und PKV hier die gleichen Regeln.

Mit dem im AMNOG-Verfahren vereinbarten identischen Erstattungspreis für bewertete neue Arzneimittel geht aber keineswegs eine identische Verordnungs- und Versorgungspraxis für GKV- und PKV-Versicherte einher. Ursache für die zahlreichen Verordnungs- und Versorgungsunterschiede sind die umfassenden Steuerungsinstrumente, die der Arzt bei Verschreibungen für GKV-Versicherte zu beachten hat. Unter anderem drohen im System der GKV Arzneimittelregresse. Der Arzt ist bei Versicherten der GKV daran gehalten, in hohem Maße den Preis der Medikamente bei seiner Verordnungspraxis zu beachten, um finanzielle Nachteile für sich als Leistungserbringer zu vermeiden. Auf regionaler Ebene existieren verschiedene Instrumente der Versorgungs- und Ausgabensteuerung, die das ärztliche Verordnungsverhalten beeinflussen. So existierten beispielsweise bundesweit sogenannte Richtgrößenprüfungen. Überschreitet der Arzt im Arzneimittelbereich ein sogenanntes GKV-Richtgrößenvolumen, das bereits im Vorfeld festgelegt wird, kann zu Lasten des Arztes ein Regress ausgesprochen werden.⁴⁰ Dieses Instrument ist

40 Bei Überschreitung der im Vorfeld festgelegten Richtgrößenvolumina um mehr als 15 Prozent erfolgt eine „Beratung“, ab 25 Prozent kann dem Arzt gegenüber ein Regress ausgesprochen werden (Grundsatz „Beratung vor Regress“).

mit dem 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) flexibilisiert worden, so dass nun eine Vielzahl regionaler Regelungen der Verordnungssteuerung auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen besteht.

Der Arzt ist bei Privatversicherten nicht an die Regulierungsinstrumente der GKV gebunden. Gleichzeitig sind Privatversicherte nicht von Eigenbeteiligungen bei Arzneimittelpreisen über den GKV-Festbeträgen betroffen. Die Kostenerstattung endet in der PKV nicht beim Festbetrag.⁴¹ Diese und andere grundsätzliche Unterschiede zur GKV, deren Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen, führen in vielen Bereichen der Arzneimittelversorgung zu Versorgungsunterschieden, die sich unter anderem auch im Tatbestand widerspiegeln, dass Privatversicherte – im Vergleich zu gesetzlich Versicherten – auch nach der AMNOG-Gesetzgebung häufiger innovative Medikamente erhalten.

So liegt der durchschnittliche Marktanteil der Privatversicherten bei den neuen Medikamenten des 2014er Jahrgangs bei 13,8 % und damit deutlich über dem Privatversichertenanteil in der Gesamtbevölkerung (11,2 %).⁴² Vor allem Medikamente, denen vom G-BA im Rahmen der Nutzenbewertung ein beträchtlicher Zusatznutzen attestiert wurde, spielen in der PKV eine deutlich größere Rolle als in der GKV. Für die Medikamente mit beträchtlichem Zusatznutzen laut G-BA aus den Jahren 2011 bis 2013 ergibt sich

41 Bei Arzneimitteln mit einem Preis über dem Festbetrag muss der GKV-Versicherte einen Teil der Kosten des Arzneimittels selbst aufbringen. Dieses Preissignal wird wahrgenommen. Es führt dazu, dass gerade chronisch Kranke darauf verzichten, das möglicherweise für sie (in der Anwendung) geeignetere Präparat zu beziehen. Ein derartiges Problem stellt sich in der PKV nicht. Die Selbstbeteiligungen, die manche PKV-Tarife vorsehen, wirken verzerrungsfrei über alle Arzneimittel. Die PKV erstattet die Kosten von Arzneimitteln unabhängig von den Festbeträgen der GKV.

42 Vgl. Wild, F. (2016), Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2014.

ein PKV-Marktanteil von 16,2 Prozent.⁴³ Diese Versorgungsunterschiede bei neuen Arzneimitteln stehen für eine größere Wahl- und Therapiefreiheit sowie Innovationsfreundlichkeit der Privaten Krankenversicherung. In der Folge werden im System der Privaten Krankenversicherung (PKV) Innovationen im Arzneimittelbereich dadurch gefördert, dass sie trotz einheitlicher Preise überproportional finanziert werden.

2.3.2 Beispiele für Innovation im Bereich der Arzneimittel

Beispiel: Kurzwirksame Insulinanaloge (v. a. bei Typ II-Diabetikern)

Hintergrund: Kurzwirksame Insulinanaloge haben – im Vergleich zu Humaninsulin – eine kürzere Wirkdauer. Durch den schnellen Wirkeintritt besteht keine Notwendigkeit für den Patienten, einen Spritz-Ess-Abstand zu berücksichtigen. Die Flexibilität in der Lebensführung steigt erheblich. Der Patient kann das Insulin erst unmittelbar vor oder unter Umständen unmittelbar nach einer Mahlzeit injizieren. Durch die kürzere Wirkdauer müssen keine Zwischenmahlzeiten zur Vermeidung eines starken Absinkens des Blutzuckerspiegels wenige Stunden nach Verzehr einer Mahlzeit eingenommen werden. Dies reduziert die Gefahr einer Gewichtszunahme. Neben einer Erhöhung der Lebensqualität nimmt die Therapiezufriedenheit der Patienten zu. Diese und andere Vorteile von kurzwirksamen Analoginsulin werden in den Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) anerkannt.⁴⁴

43 Vgl. Wild, F. (2015), Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013.

44 Vgl. Matthaer S., Bierwirth R., Fritsche A., Gallwitz B., Haring H., Joost H. et al. (2008), Medikamentöse antihyperglykämische Therapie des Diabetes mellitus Typ 2. Update der Evidenz-basierten Leitlinien der DDG (2008), 1–75.

Situation in der GKV: Im System der GKV liegt der Fokus weniger auf dem Patientennutzen als auf dem therapeutischen Nutzen. In diesem Zusammenhang ist das IQWiG im Jahr 2006 zu dem Schluss gekommen, dass die kurzwirksamen Analog-Insuline bei Menschen mit Typ 2 Diabetes verglichen mit Humaninsulin keinen nachgewiesenen therapeutischen Zusatznutzen bringen. Die Behandlungskosten mit Insulinanaloga lägen etwa 30 Prozent über denen von Humaninsulin. Der G-BA hat sich dieser Bewertung angeschlossen. Die Behandlung von Patienten mit Diabetes Typ 2 könne mit Humaninsulin ebenso zweckmäßig erfolgen wie mit einem kurzwirksamen Insulinanalogon. Der G-BA hat daraufhin kurzwirksame Insulinanaloga von der Verordnung zu Lasten der GKV ausgeschlossen.

Angesichts des unbestreitbaren Patientennutzens von kurzwirksamen Insulinanaloga u.a. im Bereich Lebensqualität hat die Beschlusslage des G-BA zahlreiche Selektiv- und Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen (insbesondere mit vielen freiwillig Versicherten) und Arzneimittelherstellern ausgelöst.⁴⁵ Kurzwirksame Insulinanaloga wurden für einen Teil der GKV-Versicherten wieder zugänglich. 2013 hat der G-BA den Ausschluss-Beschluss aus dem Jahr 2006 aufgehoben und die kurzwirksamen Insulinanaloga in eine Festbetragsgruppe eingeordnet.

Situation in der PKV: Unabhängig von den Verfahrensverläufen in der GKV hat die PKV die Kosten der innovativen kurzwirksamen Insulinanaloga von Anfang an erstattet. Die Beschlüsse und Bewertungen des G-BA haben keine Rolle gespielt. Die PKV bietet damit für die

Verordnung kurzwirksamer Insulinanaloga von vornherein nicht nur eine sichere Refinanzierungsbasis, sondern weckt im Systemwettbewerb bei den gesetzlichen Kassen Anreize, im Leistungsvergleich mit der PKV auf die Vorreiterrolle der PKV unter anderem mittels selektiver Verträge zu reagieren.

Beispiel: Augenmedikament Jetera® (Ocriplasmin)

Hintergrund: Der Wirkstoff Ocriplasmin (Handelsname Jetera®) ist seit Mai 2013 zur Behandlung der altersbedingten fortschreitenden vitreomakulären Traktion zugelassen. Hierbei handelt es sich um eine unvollständige partielle hintere Glaskörperabhebung, die zu einem Loch in der Netzhaut des Auges und damit zu einer Netzhautablösung mit deutlicher Verminderung der Sehschärfe führen kann. Die Behandlung mit Ocriplasmin kann im Vergleich zur Standardbehandlung (beobachtendes Abwarten) die Sehschärfe erheblich verbessern. Darüber hinaus wird durch die Behandlung mit Ocriplasmin seltener eine operative Entfernung des Glaskörpers notwendig.

Verordnungs- und Versorgungssituation in der GKV: Im Jahr 2013 bescheinigte der G-BA Jetera® einen zum Teil beträchtlichen Zusatznutzen.⁴⁶ Trotz des vom G-BA festgestellten beträchtlichen Zusatznutzens und der entsprechenden Beschlusslage des G-BA werden GKV-Versicherte im Krankheitsfall seltener mit Jetera® (Ocriplasmin) versorgt und behandelt. Obwohl 88,8 % der Bevölkerung gesetzlich versichert ist, liegt bei Jetera® der Marktanteil der gesetzlich Versicherten bei nur 44,5 %.⁴⁷

46 Vgl. G-BA (2013): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel Richtlinie (AM -RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V –Ocriplasmin vom 17. Oktober 2013.

47 Vgl. Wild, F. (2015), Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013, Tabelle 27, S. 63.

Verordnungs- und Versorgungssituation in der PKV: Privatversicherte haben einen besseren, überproportionalen Zugang zum Wirkstoff Ocriplasmin. Obwohl der PKV-Versichertenanteil in der Bevölkerung bei nur 11,2 % liegt, beträgt bei Jetera® der Marktanteil der Privatversicherten 55,5 %.⁴⁸

Beispiel: Prostatakrebsmedikament Zytiga® (Abirateron)

Hintergrund: Der Wirkstoff Abirateron (Handelsname Zytiga®) ist seit 2011 zugelassen zur Behandlung des metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinoms bei Männern und stellt u.a. für Patienten, bei denen eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist, eine neue mögliche Therapieoption dar. Davon profitieren Patienten, für die bislang nur ein „aktives Überwachen“ bis zum Fortschreiten der Erkrankung und der Zunahme von Beschwerden als Therapieoption bestand. Die Lebenserwartung oder die Krankheitsfolgen können deutlich verbessert werden. Ein weiterer Vorteil ist, dass das Medikament geschluckt werden kann und nicht als Infusion verabreicht werden muss.⁴⁹ Der Wirkstoff Abirateron ist im Jahr 2012 einer frühen Nutzenbewertung durch das IQWiG unterzogen worden. Es ergaben sich Anhaltspunkte für einen beträchtlichen Zusatznutzen.⁵⁰ Der G-BA hat sich dem Urteil des IQWiG mit Beschluss vom März 2012 angeschlossen.⁵¹

Beispiel: Brustkrebsmedikament Perjeta® (Pertuzumab)

Hintergrund: Der Wirkstoff Pertuzumab (Perjeta®) ist seit April 2013 zur Behand-

48 Vgl. Wild, F. (2016), Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2014, Tabelle 5, S. 13.

49 Vgl. Windt, R., Boesch, D., Glaeske, G. (2014), Innovationsreport 2014, S. 34.

50 Vgl. Pressemitteilung IQWiG Januar 2012.

51 Vgl. dazu www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/19/#tab/nutzenbewertung.

45 Als eine der ersten gesetzlichen Krankenkassen vereinbarte die Techniker Krankenkasse (mit einem hohen Anteil an freiwillig Versicherten) gesonderte Vergütungsverträge mit den Herstellern von kurzwirksamen Insulinanaloga.

Tabelle 2: Verordnungs- und Versorgungsunterschiede von gesetzlich und privat versicherten Patienten im Bereich der innovativen Arzneimittel mit beträchtlichem Zusatznutzen

Beispiele	Zusatz-Nutzen nach G-BA	Hauptindikation	PKV		GKV	
			Marktanteil nach Umsatz	Anteil an Versicherten	Marktanteil nach Umsatz	Anteil an Versicherten
Jetera® (Ocriplasmin)	beträchtlich	vitreomakuläre Traktion	55,5 %	11,2 % ¹	44,5 %	88,8 % ⁴
Zytiga®						
(Abirateron)	beträchtlich	Prostatakarzinom	17,3 %	13,1 % ²	82,7 %	86,9 % ⁵
Perjeta®						
(Pertuzumab)	beträchtlich	Brustkrebs	20,1 %	8,6 % ³	79,9 %	91,4 % ⁶
Xtandi® (Enzalutamid)	beträchtlich	Prostatakarzinom	21,0%	13,1 % ²	79,0 %	86,9 % ⁵
Yervoy® (Ipilimumab)	beträchtlich	Hautkrebs	29,3 %	11,2 % ¹	70,7 %	88,8 % ⁴

* Quelle: Wild, F. (2016), Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2014, WIP, Köln. Wild, F. (2015), Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013, WIP, Köln.; 1 Anteil der PKV-Versicherten an der Bevölkerung | 2 Anteil der männlichen PKV-Versicherten an der männlichen Bevölkerung | 3 Anteil der weiblichen PKV-Versicherten an der weiblichen Bevölkerung | 4 Anteil der GKV-Versicherten an der Bevölkerung | 5 Anteil der männlichen GKV-Versicherten an der männlichen Bevölkerung | 6 Anteil der weiblichen GKV-Versicherten an der weiblichen Bevölkerung.

lung bei fortgeschrittenem Brustkrebs zugelassen, u.a. wenn sich Metastasen gebildet haben oder der Brustkrebs lokal erneut aufgetreten ist und nicht operiert werden kann. Die Behandlung mit Perjeta® kann bei metastasierenden Brustkrebs die Überlebenszeit der Patientinnen zum Teil erheblich verlängern. Im Jahr 2013 bescheinigte der G-BA Perjeta® einem beträchtlichen Zusatznutzen.⁵²

Verordnungs- und Versorgungssituation in der GKV und PKV: vgl. Tabelle 2.

Beispiel: Prostatakrebsmedikament Xtandi® (Enzalutamid)

Hintergrund: Der Wirkstoff Enzalutamid (Handelsname Xtandi®) ist seit Juni 2013 zur Behandlung des metastasierenden kastrationsresistenten Prostatakarzinoms zugelassen. Die Behandlung mit Xtandi® ermöglicht für bestimmte Patientengrup-

pen – im Vergleich zur Vergleichstherapie – eine signifikante Verlängerung des Gesamtüberlebens. Darüber hinaus dauert es bei einer Behandlung mit Xtandi® länger, bis sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität merklich verschlechtert. Im Jahr 2015 hat der G-BA den Wirkstoff Enzalutamid (Handelsname Xtandi®) zusammenfassend wie folgt bewertet: „Für erwachsene Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie klinisch noch nicht indiziert ist, liegt für Enzalutamid ein Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen vor.“⁵³

Beispiel: Hautkrebsmedikament Yervoy® (Ipilimumab)

Hintergrund: Der Wirkstoff Ipilimumab (Yervoy®) ist seit Juli 2011 in Deutschland für Patientinnen und Patienten zugelassen, die an einem fortgeschrittenen schwarzen Hautkrebs (Melanomen) erkrankt sind. Ipilimumab wird zur Behandlung von fortgeschrittenen Melanomen eingesetzt, die nicht mehr operierbar sind oder Metastasen gebildet haben. Es aktiviert das Immunsystem, den Krebs zu bekämpfen. Bei der Behandlung mit dem neuen Hautkrebsmedikament ergeben sich bisher nicht erreichte deutliche Verbesserungen des therapielevanten Nutzens, da eine Verlängerung der Überlebensdauer erreicht wird. Der G-BA hat im Jahr 2012 das Ausmaß des Zusatznutzens von Ipilimumab für die Patienten mit fortgeschrittenem Melanom, die bereits zuvor eine Therapie erhalten haben, als beträchtlich eingeschätzt.⁵⁴

52 Vgl. G-BA (2013): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Pertuzumab vom 01. Oktober 2013.

53 Vgl. G-BA (2015): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Enzalutamid.

54 Vgl. G-BA (2012): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Ipilimumab.

2.4 Zahnärztliche Versorgung

2.4.1 Innovationen ohne Erlaubnisvorbehalt und Festzuschuss

Auch in der zahnärztlichen Versorgung der GKV gilt der **Erlaubnisvorbehalt** des G-BA. Neue vertragszahnärztliche Leistungen müssen ausdrücklich durch den G-BA beschlossen worden sein, um Eingang in die zahnärztliche Versorgung der GKV zu finden. Anschließend muss eine zahnärztliche Innovation in der GKV explizit eine eigene Ziffer im Bewertungsmaßstab Zahn (BEMA) erhalten. Vorübergehend kann die Abrechnung in der GKV nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) (mittels Analogbewertung) erfolgen. Der Erlaubnisvorbehalt und die anschließende Aufnahmedauer einer Innovation in den BEMA führen im System der GKV zu langwierigen Aufnahmeverfahren.

In der privatärztlichen Vergütung existiert für zahnärztliche Innovationen ein sehr viel liberaleres System. In der PKV werden innovative Verfahren – sofern medizinisch notwendig und wissenschaftlich anerkannt – erstattet. Ambulante Markteintrittshürden wie Erlaubnisvorbehalte gibt es nicht. Darüber hinaus fällt die Finanzierung von zahnärztlichen Innovationen im System leichter. Durch die in der GOZ mögliche Analogabrechnung (§ 6 Abs. 1 GOZ) können Zahnärzte neue Behandlungsmöglichkeiten direkt abrechnen, auch wenn keine explizite Gebührenposition existiert.

Das für zahnärztliche Innovationen sehr viel durchlässigere System der PKV zeigt sich insbesondere im Bereich des Innovationsfeldes des Zahnersatzes. Seit 2005 zahlt die GKV beim Zahnersatz nur noch sogenannte (befundorientierte) Festzuschüsse.⁵⁵ Je nach Befund wird ein fixer Betrag gezahlt, der sich an der „zweck-

mäßigsten“ Behandlungsform (Regelversorgung) orientiert – unabhängig vom gewählten Zahnersatz. Der Festzuschuss entspricht ungefähr 50 % der Kosten der einfachsten zahnärztlichen Regelversorgung. Bei nicht in den Richtlinien des G-BA gelisteten zahnärztlichen Befunden oder einer nicht vorliegenden „Ausnahmeindikation“ zahlt die GKV keinen Festzuschuss.

Die PKV erstattet dagegen – je nach Versicherungsvertrag – bis zu 100 Prozent der anfallenden Kosten für (innovativen) Zahnersatz. Die konkrete Höhe ist vertragsabhängig. Dabei leistet die Private Krankenversicherung befundunabhängig und auch nicht nach „Ausnahmeindikationen“. Ausschlaggebendes Kriterium ist allein die zahnmedizinische Notwendigkeit.

Angesichts der Rahmenbedingungen im Zahnbereich ist die PKV bei neuen zahnärztlichen Behandlungen und Zahnersatz – zusammen mit dem Selbstzahler – der zentrale Innovationsmotor. Ausdruck dieses Tatbestandes ist die (steigende) Nachfrage von gesetzlich Versicherten nach ergänzenden privaten Zahnzusatzversicherungen. Während im Jahr 2005 bei Einführung des Festzuschusses die Zahl der privaten Zahnzusatzversicherungen noch bei 7,8 Mio. Verträgen lag,⁵⁶ existieren im Jahr 2015 fast 15 Mio. private Zahnzusatzversicherungen.⁵⁷ Das entspricht einem Anstieg von 92 % in 10 Jahren. Mit Blick auf diese Entwicklung kann die PKV als Vollversicherung und die private Zusatzversicherung im Bereich Zahn und Zahnersatz auch als „Innovationsversicherung“ bezeichnet werden.

2.4.2 Beispiele für Innovation im Bereich der zahnärztlichen Versorgung

Beispiel: ICON® – Kariesinfiltration (ohne Bohren)

Hintergrund: Die Ende des letzten Jahrzehnts entwickelte Kariesinfiltration (ICON®) bietet die Möglichkeit, beginnende Karies frühzeitig zu stoppen, ohne gesunde Zahnschubstanz zu opfern. Dabei dringt ein „Infiltrant“, ein hochflüssiger Kunststoff, in die Schmelzkaries ein und blockiert die Diffusionswege für kariogene Säuren. Das Verfahren kann im Approximallbereich ebenso wie auf Glattflächen eingesetzt werden. ICON® schließt damit die Behandlungslücke zwischen Prävention und Füllungstherapie.

Situation in der GKV: Die Kariesinfiltration (ICON®) war und ist bisher nicht Gegenstand von Beratungen im G-BA. ICON® wird dementsprechend von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Lediglich auf der Ebene einzelner Kassen bieten sich für gesetzliche Versicherte Ausnahmen. Vereinzelt werden im Rahmen von Bonusprogrammen und Modellprojekten – zum Beispiel bei der BKK Mobil Oil – Zuschüsse für die Kariesinfiltration (ohne Bohren) gewährt.⁵⁸ Dabei ist die Behandlung allerdings stark einschränkend an die Zugehörigkeit zur Kasse und an die Zusammenarbeit mit vertraglich gebundenen Zahnärzten geknüpft.

Situation in der PKV: Wenngleich es im Einzelfall zu tarifabhängigen Ausnahmen kommen kann, ist in der PKV eine Erstattung der Kariesinfiltration (ICON®) die Regel, das heißt die Privatversicherten haben die Möglichkeit, sich die Kosten der Behandlung im Rahmen des tariflichen Umfangs erstatten zu lassen. Ambulante Markteintrittshürden

55 Vgl. § 55 Abs. 1 SGB V.

56 Vgl. PKV-Zahlenbericht (2005).

57 Vgl. PKV-Rechenschaftsbericht (2015).

58 Vgl. www.bkk-mobil-oil.de/krankenversicherung/leistungen/behandlungen/kariesinfiltration.html

wie Erlaubnisvorbehalte gibt es nicht. Die PKV bietet damit für ICON® nicht nur eine sichere Refinanzierungsbasis, sondern weckt im Systemwettbewerb bei den gesetzlichen Kassen Anreize, im Leistungsvergleich mit der PKV unter anderem mittels Bonusprogrammen oder Modellprojekten zu reagieren.

Beispiel: Zahnimplantate

Hintergrund: Zahnimplantate werden in den Kieferknochen eingesetzt. Durch ihre Verwendbarkeit als Träger von Zahnersatz übernehmen Zahnimplantate die Funktion künstlicher Zahnwurzeln. Hierzu werden sie entweder mittels Schraubgewinde in den Kieferknochen eingedreht oder eingesteckt. Sie verbinden sich innerhalb von 3 bis 6 Monaten mit dem umgebenden Knochen zu einer festen, äußerst belastungsfähigen Trägereinheit. Die moderne Entwicklung der Implantologie begann 1967 mit der Entdeckung der Biokompatibilität der Titanoberfläche. Erst 1982 erfolgte in Deutschland die wissenschaftliche Anerkennung. Im Jahre 1988 wurden die mit der Implantologie verbundenen zahnärztlichen Leistungen in die GOZ aufgenommen und beschrieben. Seitdem sind Zahnimplantate fortschreitend weiterentwickelt worden. Innovative Zahnimplantate sind heute Ausdruck des medizinisch-technischen Fortschritts in der zahnmedizinischen Versorgung.

Situation in der GKV: Implantate werden in der GKV grundsätzlich nicht erstattet. Erstattet beziehungsweise mit Festzuschüssen begünstigt wird lediglich der Zahnersatz auf dem Implantat (sog. Suprakonstruktion) – dies aber auch nur dann, wenn bestimmte „Ausnahmeanforderungen“ vorliegen. An der Regelversorgung orientierte Festzuschüsse für eine Suprakonstruktion gibt es zum Beispiel für eine Brücke im Falle der Einzel-

zahnücke oder für eine Totalprothese im Falle eines reduzierten Kiefers.

Situation in der PKV: Die PKV erstattet Implantate bei medizinischer Notwendigkeit. Dabei orientiert sich die PKV nicht an der Regelversorgung, sondern an den tatsächlich entstandenen Kosten (zahnärztliches Honorar sowie Material- und Laborkosten). Das heißt: Der Privatpatient, der beispielsweise eine Lücke von zwei Zähnen hat, bekommt anteilig (je nach Tarif) zwei Implantate zuzüglich der Suprakonstruktion von der Privaten Krankenversicherung (PKV) erstattet.

Beispiel: (Ein- oder zweiflüglige) einspannige Adhäsivbrücken mit Metallgerüst

Hintergrund: Ein- oder zweiflüglige einspannige Adhäsivbrücken mit Metallgerüst sind seit Jahren eine wissenschaftlich anerkannte Therapiemethode, mit der insbesondere Lücken im Schneidezahnbereich versorgt werden können. Adhäsivbrücken sind festsitzender Zahnersatz, bei dem ein Brückenglied mit einem Klebeflügel an der Schmelzoberfläche der benachbarten Pfeilerzähne verankert wird. Die Brücken dienen dem Ersatz fehlender Schneidezähne. Der besondere Vorteil einer solchen Versorgung ist die Schonung der Zahnhartsubstanz, da die Zähne nur geringfügig beschliffen werden müssen. Das Ergebnis ist ästhetisch überzeugend.⁵⁹

Situation in der GKV: Die Verwendung von ein- oder zweiflügligen einspannigen Adhäsivbrücken mit Metallgerüst zum Ersatz eines Schneidezahnes als GKV-Leistung war bis zum Jahr 2016 grundsätzlich nur bei Versicherten im Alter zwischen 14 und 20 Jahren möglich. Nachdem der G-BA im Februar 2016 eine entsprechende Anpassung der Zahnersatz-Richtlinie verabschiedet hat,

steht diese Leistung ab dem 1. Juli 2016 jedem gesetzlich Versicherten als Regelversorgung zur Verfügung. Damit entspricht die GKV-Regelversorgung im Bereich Zahnersatz wieder dem aktuellen Stand zahnmedizinischer Erkenntnisse.⁶⁰

Situation in der PKV: Seit Beginn der Entwicklung von modernen Adhäsivbrücken in den 90er Jahren erstattet die PKV – unabhängig vom Alter der Versicherten – diese Art von Zahnersatz bei medizinischer Notwendigkeit. Dabei orientiert sich die PKV nicht an der Regelversorgung, sondern an den tatsächlich entstandenen Kosten (zahnärztliches Honorar sowie Material- und Laborkosten).

2.5 Pflege und Pflegeberatung

Für Versicherte der Sozialen (SPV) und Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) gibt es im Pflegefall keine Leistungs- und Vergütungsunterschiede. Deshalb beziehen sich Innovationen im Bereich Pflege nicht immer, aber oft auf die Rahmenbedingungen der Pflege. Im **Ideenwettbewerb** zwischen der PKV/PPV und GKV/SPV sind diese Rahmenbedingungen sukzessive verbessert worden. Innovationen sind dann das Ergebnis dieses Ideenwettbewerbs. Der PKV kann man dabei regelmäßig eine führende Rolle zuweisen.

Beispiel: Pflegeberatung (compass®)

Hintergrund: In Deutschland haben seit Januar 2009 alle Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf, die Leistungen nach SGB XI beziehen oder diese beantragt haben, einen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG, 2008) garantierten Rechtsanspruch (§ 7a SGB XI) auf eine unabhängige und individuelle Pflegeberatung. Auf Wunsch können Angehörige mit einbezogen werden. Die Beratung ist kostenlos und soll Hilfe-

59 Vgl. Presseinformation Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016).

60 Vgl. Presseinformation Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016).

stellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten bieten. Dazu gehört nicht nur eine Analyse des persönlichen Hilfebedarfs, sondern auch der Anspruch auf Erstellung eines individuellen Versorgungsplans und Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie dessen Durchführung und Überwachung oder Anpassung.⁶¹

Situation in der GKV: Die gesetzlichen Pflegekassen kommen dem Rechtsanspruch auf Pflegeberatung unter anderem durch die Errichtung sogenannter Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI) nach. Die Betroffenen und/oder die Angehörigen müssen die Pflegestützpunkte selbst aufsuchen. Die föderale Organisation der Pflegestützpunkte hat dazu geführt, dass die Anzahl der Pflegestützpunkte in den einzelnen Bundesländern stark variiert – ein flächendeckendes Netz solcher Stützpunkte gibt es nicht. Beide Tatbestände – die Nichtexistenz eines flächendeckenden Netzes von Pflegestützpunkten als auch der immobile Charakter der Stützpunkte – widersprechen dem Lebensalltag der Betroffenen und stellen eine erhebliche Hürde bei der Bewältigung des Pflegealltags dar.⁶² Das PKV-Alternativkonzept der aufsuchenden Pflegeberatung (siehe unten) hat den Gesetzgeber inzwischen dazu bewogen, mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz den aufsuchenden, mobilen Hausbesuch im Lebensalltag der Betroffenen als Standardangebot auch für gesetzlich Versicherte in das Sozialgesetzbuch aufzunehmen.

Situation in der PKV: Als Alternative zu den Pflegestützpunkten hat die Private Pflegeversicherung die aufsuchende Pflegeberatung entwickelt. Ihr Tochterunter-

nehmen *compass*[®] Private Pflegeberatung bietet eine kostenlose telefonische Beratung für alle Versicherten (unabhängig von ihrem Versichertenstatus) und leistet zudem ein bundesweit flächendeckendes Angebot von Besuchen vor Ort bei den betroffenen Privatversicherten. Im Wettbewerb mit den Pflegestützpunkten der GKV orientiert sich die PKV mit der aufsuchenden, mobilen Pflegeberatung an den Bedürfnissen der Betroffenen. Der Gesetzgeber hat mittlerweile – nach Einführung im System der PKV – für alle Pflegebedürftigen, unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu GKV oder PKV, die Möglichkeit einer aufsuchenden Pflegeberatung eingeführt.

Beispiel: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)

Hintergrund: Die Diskussion über (bessere) Qualität in der ärztlichen Versorgung ist schon seit mehreren Jahrzehnten Mega-Thema der Gesundheitspolitik. Die Optimierung der Qualität der Pflege sowie die Verbesserung der Versorgungspraxis in der Pflege stellt dagegen ein lange vernachlässigtes Feld der Qualitätsdiskussion dar. Es fehlte eine multidisziplinäre Institution, die (bestehendes) Wissen aus Theorie und Praxis vernetzt und zu einer qualitativen Weiterentwicklung der Pflege beiträgt.

Situation in der GKV und PKV: Als Ergebnis des Ideenwettbewerbs zwischen GKV und PKV hat die PKV Ende 2009 das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) als gemeinnützige Stiftung gegründet. Der Stifterauftrag an das ZQP umfasst zweierlei: Zum einen eine kritische Bestandsaufnahme der Methoden und Verfahren der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Pflege, zum anderen die Entwicklung von praxisorientierten Konzepten für eine qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen ausgerichtete Versor-

gung älterer, hilfsbedürftiger und behinderter Menschen.⁶³

Als operative Stiftung verwirklicht das ZQP den Stifterauftrag durch eigene Projekte, die von den Mitarbeitern der Stiftung konzipiert und in der Umsetzung begleitet werden. Um jedes ZQP-Projekt zudem mit dem notwendigen Fachwissen optimal zu realisieren, vergibt das ZQP Aufträge an externe wissenschaftliche Institute und arbeitet mit anderen gemeinnützigen Einrichtungen, mit Patientenorganisationen sowie sonstigen relevanten Akteuren im Gesundheits- und Sozialwesen zusammen.⁶⁴

Die Arbeit des ZQP nutzt sowohl gesetzlich als auch privat Versicherten. Die Arbeitsergebnisse des ZQP werden kostenlos der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt und die Vernetzung mit den Erfahrungen des praktischen Pflegealltags organisiert. Das ZQP ist als gemeinnützige Stiftung einzig und allein dem Wohl der Allgemeinheit verpflichtet.⁶⁵

3 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die Teilhabe der Versicherten am medizinischen Fortschritt ist eines der wesentlichen Kriterien für die Qualität der medizinischen Versorgung. Gesundheitssysteme bemessen sich auch daran, wie schnell sie in der Lage sind, Innovationen in die Regelversorgung zu überführen. International betrachtet steht Deutschland beim Zugang zu Innovationen sehr gut da. Versicherte und Patienten haben einen schnellen und umfassenden Zugang zu Innovationen.

Dass dies so ist, ist auch dem Systemwettbewerb aus GKV und PKV zu verdanken.

62 Vgl. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), u.a. <http://www.zqp.de/index.php?pn=about>.

63 Vgl. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), u.a. <http://www.zqp.de/index.php?pn=about>.

64 Vgl. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), u.a. <http://www.zqp.de/index.php?pn=about>.

61 Vgl. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), u.a. <https://www.zqp.de/index.php?pn=care&id=9>.

62 Vgl. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), u.a. <https://www.zqp.de/index.php?pn=care&id=9>.

Abbildung: Initiale Innovationsmotorik nach Versorgungsbereichen

<p>Ambulant-ärztlicher Bereich</p> <ul style="list-style-type: none"> • GKV-Eingangshürde: Erlaubnisvorbehalt des G-BA • „Es dauert bis zu 12 Jahre, bis eine Leistung im EBM gelandet ist.“ (Quelle: Wasem) • PKV: Innovationen ohne Erlaubnisvorbehalt • Spill-Over-Effekte zwischen PKV/GKV und GKV/PKV • Innovations-Beispiele: Positronen-Emissions-Tomographie; Genexpressionstests bei Brustkrebs 	<p>Stationärer Bereich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mischfinanzierung an der stationär-ambulanten Schnittstelle • Abrechnung über GOÄ statt DRG • Mehrumsatz durch Wahlleistung • Innovations-Beispiel: Hochfokussierter Ultraschall (HIFU)
<p>Zahnärztliche Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • GKV-Eingangshürde: Erlaubnisvorbehalt (G-BA); Festzuschüsse bei Zahnersatz • PKV: PKV als Innovationsversicherung • Innovations-Beispiel: Zahnimplantate 	<p>Arzneimittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • GKV: Rabattverträge, Richtlinien, Richtgrößen, Regressgefahr, Eigenbeteiligungen bei Arzneimittelpreisen • Versorgungs- und Verordnungsunterschiede: Privatversicherte erhalten häufiger innovative Arzneimittel • Innovations-Beispiel: kurzwirksame Insulinanaloga; Perjeta® (Pertuzumab)
<p>Pflege und Pflegeberatung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ideenwettbewerb: compass®; ZQP 	

Übernimmt nämlich bei medizinischen Innovationen ein Versicherungssystem eine „Vorreiterrolle“, muss sich im Systemwettbewerb das jeweilig andere Versicherungssystem mit eben dieser Innovation auseinandersetzen und gegebenenfalls reagieren. Letztlich schützt der Systemwettbewerb nicht nur vor Leistungskürzungen, sondern auch vor innovationsfeindlicher Trägheit. Medizinische, technische oder organisatorische Neuerungen in dem einen System fordern das jeweils andere Versicherungssystem heraus.

Die PKV nimmt im Systemwettbewerb mit der GKV häufig die Rolle eines initialen Innovationsmotors ein. Dabei stellt sich die Logik der Innovationsmotorik je nach Versorgungsbereich unterschiedlich dar. Die relevanten Strukturmerkmale inklusive Innovationsbeispiele im Überblick: Siehe Abbildung Initiale Innovationsmotorik nach Versorgungsbereichen. Insbesondere mit Blick auf die Innovationsbeispiele wird klar, dass in der PKV eine schnelle und häufig überproportionale Finanzierung und Erstattung medizinischer Innovationen die *Regel* ist, wenngleich tarifabhängige *Ausnahmen* bestehen können. In der GKV indes gilt

die Umkehrung von Regel und Ausnahme. Der verlangsamte Zugang zu Innovationen und das verhältnismäßig niedrige Finanzierungsniveau sind die Regel, die im Ausnahmefall, zum Beispiel durch selektive Verträge, durchbrochen werden kann. Im Ergebnis lässt sich das innovationsfreundliche Umfeld der PKV für (Produkt-)Innovationen anhand von zahlreichen Innovationsbeispielen belegen und strukturell begründen. Damit ist die PKV ein zentraler Wettbewerbsfaktor für einen schnellen und umfassenden Zugang zu Innovationen in Deutschland sowohl für gesetzlich als auch für privat Versicherte.

Im Gegensatz zur GKV gibt es in der PKV im Umgang mit Innovationen keine sektoral zersplitterten Regelungen. Die Markteintrittsbarrieren und -kosten für innovative Leistungen sind niedrig(er). Das Vergütungssystem ist flexibel und für Innovationen offen. (Neue) Leistungen werden grundsätzlich nicht-budgetiert finanziert.

Der Fokus der GKV auf Wirtschaftlichkeit und Evidenz wiederum setzt starke Anreize für Qualitätsnachweise sowie Prozess- und Organisationsinnovationen. Hiervon profitieren auch Privatversi-

cherte. Beide Systeme nehmen deshalb auch eine gegenseitige Korrektivfunktion ein. Der Systemwettbewerb innerhalb einer gemeinsamen Versorgungsstruktur ist deshalb nicht nur im ureigenen und herausragenden Interesse der Patienten und Versicherten, sondern er führt auch im internationalen Vergleich zu einem Mehrwert für das deutsche Gesundheitswesen, den es ohne die fortlaufende Koexistenz von GKV und PKV nicht gäbe.

Literaturverzeichnis

BKK Mobil Oil, abgerufen unter www.bkk-mobil-oil.de/krankenversicherung/leistungen/behandlungen/kariesinfiltration.html (01.07.2016).

Bundesverband Deutscher Pathologen (2015), Pressemitteilung, 10.02.2015.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (Hrsg.), ESC-Pocket Guidelines Myokardrevaskularisation. Finkenstädt, V.; Niehaus, F. (2013), Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – ein internationaler Überblick, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Köln.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Kapselendoskopie bei Blutungen des Dünndarms, abgerufen unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-1448/2010-11-11_MVV-RL-Kapselendoskopie_TrG.pdf.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Positronenemissionstomographie SCLC, Zusammenfassende Dokumentation, Beratungsverfahren nach § 137c SGB V, Stand: 26.05.2008.

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung (KHM-RL): Positronenemissionstomographie (PET).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Abirateronacetat, www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/19/#tab/nutzenbewertung.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Beschluss über die Einleitung des Beratungsverfahrens: Bewertung der optischen Kohärenztomographie (OCT) zur Diagnostik und Therapiesteuerung der neovaskulären altersbedingten Makuladegeneration (nAMD) sowie des Makulaödems im Rahmen der Diabetischen Retinopathie (DR) gemäß § 135 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), abgerufen unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2236/2015-04-16_135-SN_Einleitung-Beratungsverfahren_OCT.pdf.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2006), Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung) in der Fassung vom 21. März 2006, a.a.O.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2011), Abschlussbericht Kapselendoskopie bei Blutungen des Dünndarms, Stand: 11. November 2011, abgerufen unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-1449/2010-11-11_MVV-RL-Kapselendoskopie_ZD.pdf.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2011), Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Kapselendoskopie bei Blutungen des Dünndarms, BAnz. Nr.17 (S. 374) vom 01.02.2011, abgerufen unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1233/2010-11-11_MVV-RL-Kapselendoskopie_BAnz.pdf.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2012), Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Ipilimumab.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2013), Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Ocriplasmin vom 17. Oktober 2013.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2013), Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Pertuzumab vom 01. Oktober 2013.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2015), Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Enzalutamid.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2015), Richtlinie ASV-RL über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017), Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung einer Bewertung nach § 137h SGB V: Ultraschallgesteuerter hoch-intensiver fokussierter Ultraschall zur Behandlung folgender Erkrankungen: Endometriose des Uterus, Leiomyome des Uterus sowie für folgende nicht chirurgisch behandelbare Neubildungen: Bösartige Neubildungen des Pankreas, bösartige Neubildungen der Leber und der intrahepatischen Gallengänge, sekundäre bösartige Neubildungen der Leber und der intrahepatischen Gallengänge, bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen, sekundäre bösartige Neubildungen des Knochens und des Knochenmarkes vom 19. Januar 2017, abgerufen unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2846/2017-01-19_137h_BVh-16-002_USgHIFU-7-Indikationen.pdf.
- Genomic Health (2006), Medicare Contractor Establishes Reimbursement Coverage Policy for Genomic Health's Oncotype DX™ Breast Cancer Test vom 13.01.2006, abgerufen unter: <http://investor.genomichealth.com/ReleaseDetail.cfm?ReleaseID=184309>.
- Genomic Health, Westdeutsche Studiengruppe WSG (2012), gemeinsame Pressemitteilung zu Beteiligung der AOK Rheinland/Hamburg an Modellprojekt zu Genexpressionstests vom 27.03.2012, abgerufen unter: <http://www.wsg-online.com/cms/controls/document/docrender.aspx?ID=249>.
- Gesundheit Adhoc (2017), Knappschaft erstattet als erste gesetzliche Krankenkasse bundesweit Genexpressionstests für Frauen, vom 24.01.2017, abgerufen unter: <http://www.gesundheit-adhoc.de/knappschaft-erstattet-als-erste-gesetzliche-krankenkasse-bundesweit-genexpressionstest-frauen.html>.
- INEK (2013), Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2014.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2012), IQWiG, Pressemitteilung Januar 2012.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2016), IQWiG, Pressemitteilung „Biomarkertests bei Brustkrebs – Entscheidung über Chemotherapie bleibt schwierig“ vom 05.12.2016, abgerufen unter: <https://www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen/biomarkertests-bei-brustkrebs-entscheidung-uber-chemotherapie-bleibtschwierig.7700.html>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Methodenbewertung (Stand 03.06.2016): http://www.kbv.de/html/themen_1612.php.
- Köster, A.-D. (2014), Der Systemwettbewerb als Innovationsmotor, in: Welt der Krankenversicherung 2-3/2014, S. 45-49.
- Matthaei, S.; Bierwirth, R.; Fritsche, A.; Gallwitz, B.; Haring, H.; Joost, H. et al. (2008), Medikamentöse antihyperglykämische Therapie des Diabetes mellitus Typ 2. Update der Evidenzbasierten Leitlinien der DDG (2008), 1–75.
- Montgomery, F. U. (2012), Präsident der Bundesärztekammer, 115. Ärztetag, 22.05.2012.
- National Cancer Institute (NCI) (2015), Pressemitteilung zu Fusionsbiopsie, <https://www.cancer.gov/news-events/press-releases/2015/prostatefusiontargetedbiopsyjama>.
- Nahles, A. (2011), Bundesministerin für Arbeit und Soziales, SPD-Fachkonferenz, 17.10.2011.
- Niehaus, F. (2015), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Köln.
- Pfeiffer, D. (2008), Vorstandsvorsitzende GKV-Spitzenverband, in: Tagesspiegel vom 01.07.2008.
- Roll, K.; Stargardt, T.; Schreyögg, J. (2011), Effect of type of insurance on waiting time for outpatient care, Hamburg Centre for Health Economics, Research Paper 2011/03, Hamburg.
- Statistisches Bundesamt (2011), Mikrozensus 2011.
- Techniker Krankenkasse, Leistungen, abgerufen unter: <https://www.tk.de/tk/spezielle-behandlungsangebote/herz-kreislauf-erkrankungen/herz-ct-und-herz-mrt/454316>.
- Trillium Krebsmedizin (2015), Diagnostik in der Onkologie – Genexpressionstests-Assays beim Mammakarzinom, abgerufen unter: <http://www.trillium.de/heft-32015/diagnostik-in-der-onkologie-genexpressions-assays-beim-mammakarzinom.html>.
- Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV), Musterbedingungen (MB/KK).
- Verband der Privaten Krankenversicherung (2005), PKV-Zahlenbericht.
- Verband der Privaten Krankenversicherung (2015), PKV-Rechenschaftsbericht.
- Wasem, J. (2016), in: Ärzte Zeitung, Nutzen und Risiken sind unterschiedlich verteilt, 09.05.2016.
- Wasif, S. et al. (2010), Role and Cost Effectiveness of PET/CT in Management of Patients with Cancer, in: Yale Journal of Biology and Medicine, Juni 2010, 83(2), S. 53–65.
- Wild, F. (2015), Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Köln.
- Wild, F. (2016), Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2014, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Köln.
- Windt, R., Boesch, D., Glaeske, G. (2014), Innovationsreport 2014.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), <http://www.zqp.de/index.php?pn=about>.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), <https://www.zqp.de/index.php?pn=care&id=9>.

Autoren

Norbort Loskamp,

Timm Genett,

Daniel Schaffer,

Frank Schulze Ehring

Verband der Privaten

Krankenversicherung

Glinkastraße 40

10117 Berlin

J. Zerth

Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, insbesondere in der Pflege – der Weg zu einer neuformulierten Arbeitsteilung

1. Gesundheitsversorgung: die Bedeutung klientenorientierter arbeitsteiliger Organisationsmodelle

Die Gesundheitsversorgung in allen industrialisierten Ländern ist neben den überkommenen Entwicklungen der demographischen Veränderung, des medizinisch-technischen Fortschritts sowie veränderter Präferenzmuster in der Gesundheitsnachfrage vor allem durch organisations- und arbeitsteilige Entwicklungen geprägt, die sich wie folgt charakterisieren lassen (vgl. Dranove 2010):

Der Bedeutungsgewinn chronischer Krankheiten – im Kontext der internationalen Literatur wird deutlicher die Begriffsbildung „non-communicable Diseases“ gewählt – stellt das Zusammenspiel von nachfrage- und angebotsseitigen Akteuren im zeitlichen Verlauf einer Gesundheits- oder Krankheitsentwicklung in einen anderen Begründungszusammenhang (vgl. etwa Lux et. al. 2013).

Im Blick auf den Leistungsaustausch geraten insbesondere die Kategorien Dauerhaftigkeit, zunehmende Fallschwere und vor allem die hohe Bedeutung der wachsenden Interaktionen zwischen Patienten und Leistungsbringern in den Mittel-

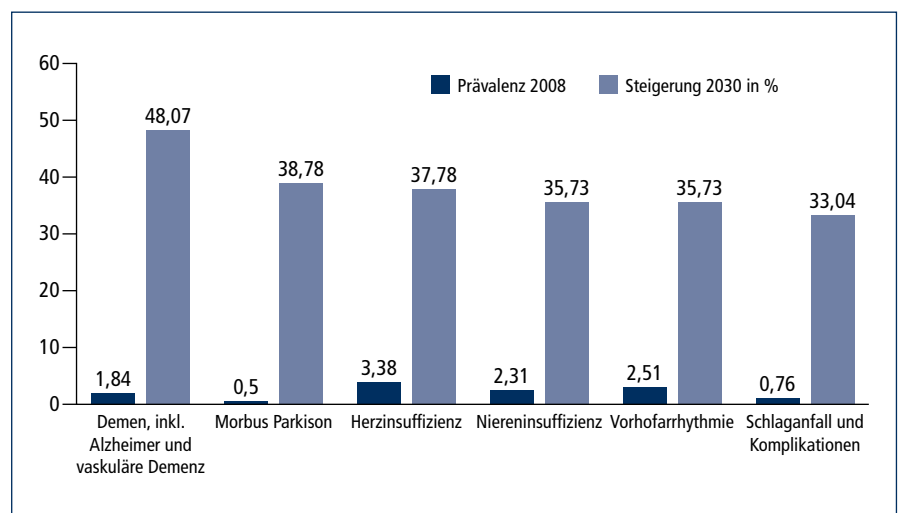


Abb. 1: Relative Prävalenzentwicklung chronischer Krankheitsbilder

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Lux et. al. (2013), S. 73 f.

punkt¹. Nachfolgende Abbildung 1 wirft ein Licht auf die prognostizierten Prävalenzentwicklungen ausgesuchter Krankheitsbilder (vgl. Abbildung 1).

Die Erwartung der steigenden Prävalenzraten gilt als Hinweis für den Bedeuts-

¹ Im Blick insbesondere für die stationäre Versorgung siehe Lux et. al. (2013). Da eine einheitliche Definition von chronischen Krankheiten fehlt, zeichnen sich bestimmte versorgungspolitische Merkmale heraus, die insbesondere den gesundheitsökonomischen Bedeutungskontext charakterisieren helfen. Dazu gehören etwa ein eher langsam sich entwickelnder Krankheitsverlauf, ein eher langandauerndes Krankheitsgeschehen und darüber hinaus sind viele derartige Krankheitsbilder durch wiederum mit versorgungsrelevanten Krankheitsfolgen verknüpft (vgl. dazu etwa Hinzpeter et. al. 2011).

gewinn sowohl der intra- als auch intersektoralen Arbeitsteilung, die noch mit inter- und intraprofessioneller Arbeitsteilung verknüpft werden kann. In dieser Hinsicht nimmt die Betrachtung des Klienten- oder Patientenflusses als auch der damit korrespondierenden Informationsbeziehungen, die in derartigen arbeitsteiligen Prozessen sowohl zwischen den professionellen medizinischen Akteuren einerseits als auch zwischen diesen und dem Patienten andererseits bestehen, eine wesentliche Rolle ein (vgl. Abbildung 2). Arbeitsteilige Prozesse selbst fördern die Bedeutung von Schnittstellenbeziehungen und somit die an diesen Schnittstellenbe-

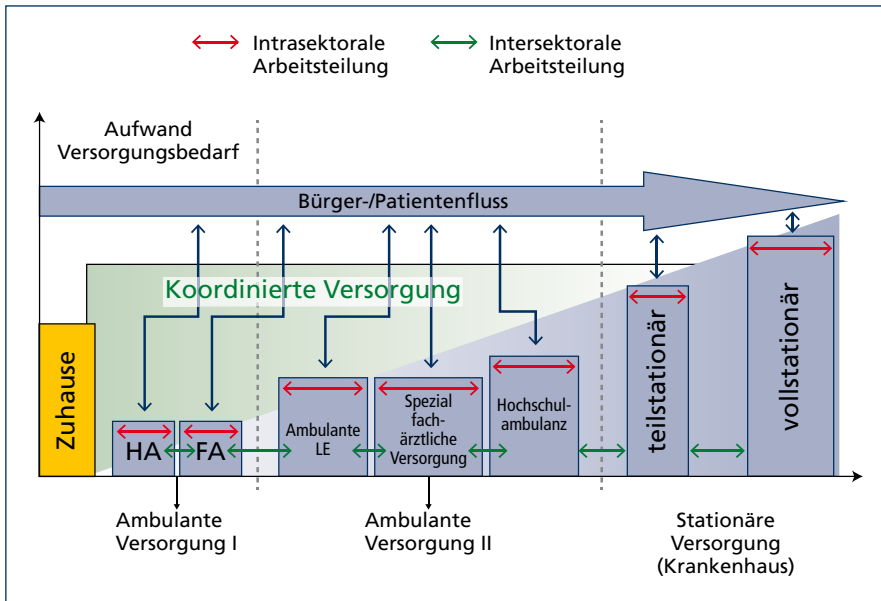


Abb. 2: Versorgungs- und Organisationsbeziehungen – Informationskanäle als Ansatzpunkt

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schulte (2006) und Oberender et. al. (2016)

ziehungen relevanten Informations- und Kontrollbezüge (vgl. Picot et. al. 2012, S. 96 f.). Im Gesundheitswesen gilt es nun die Betrachtung auf die typischen Organisationsmuster der „Produktion“ zu legen, die grundsätzlich als personenorientierte Dienstleistung umschrieben werden kann (vgl. Schneider et. al. 2017).

Die traditionelle Literatur zur Dienstleistungsproduktivität ordnet Gesundheitsleistungen als personenorientierte Dienstleistungen der Baumol-Hypothese zu (vgl. etwa Baumol 2012 oder auch Colombier 2012). Gemäß dieser Überlegung ist die Grenzproduktivität zusätzlicher medizinischer (und pflegerischer) Leistungen im Vergleich zu beispielsweise industriellen Sektoren eher gering. Volkswirtschaftlich sind derartige Sektoren mit einem niedrigeren Wachstum der Arbeitsproduktivität gekennzeichnet als eher kapitalintensive industrielle Bereiche. Ein Blick auf die Gesundheitsversorgung bestätigt mustergültig eine hohe personalintensive Produktionsweise, insbesondere im Pflegebereich.

Aus einer organisationsökonomischen Perspektive heraus zeichnen sich Gesundheitsdienstleistungen, vor allem Pflegeleistungen, durch einen Wertschöpfungsprozess aus, der eher selten sequentiell angeordnet werden kann und somit wechselnde Schnittstellenbeziehungen und damit korrespondierende Informations- und Kommunikationsübergänge und –brüche häufiger festzustellen sind (vgl. Schneider et. al. 2017).

Die Einbindung des externen Faktors „Patient“ in die Dienstleistungsproduktion und somit die Frage nach einer Standardisierbarkeit eines Leistungserstellungsprozess ist an dieser Stelle relevant. Der Patient selbst, aber auch das Vorhandensein der Daten über seinen Fall sind als externe Faktoren für den Dienstleistungskontext wirksam und müssen, da annahmegemäß der autonome Spielraum des Dienstleisters reduziert ist, adäquat in den Leistungserstellungsprozess eingebunden werden (vgl. etwa Bornewasser et. al. 2016). Im Kontext einer klientenorientierten Versorgung gemäß Abbildung 2 gilt dies sowohl in der intra- und intersek-

toralen Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen medizinischen Professionen als auch in der komplementären Austauschbeziehung zum Patienten.

2. Organisationsmodelle in der Pflege – der erweiterte Blick

Pflegeversorgung, zumindest im Hinblick auf Langzeitpflege, ist im Gegensatz zur traditionellen Gesundheitsversorgung viel stärker auf die Erhaltung eines Betreuungs- und Hilfebedarfs im Kontext des alltäglichen Lebens eines Menschen ausgerichtet und viel weniger auf medizinische Ergebnisfaktoren (vgl. Rothgang und Larisch 2014). Die Aufrechterhaltung von Selbständigkeit im Sinne einer Selbstmanagementkompetenz oder die Förderung individueller Kompetenzen des einzelnen Menschen stehen im Vordergrund der Pflege.

Ein Blick auf die Einbindung des externen Faktors, etwa im Lichte des Produktivitätsmodells von Grönroos und Ojasalo (2004) kann hier als hilfreiche Orientierung dienen. Differenzierungsmaßstab ist hier das Ausmaß der Umsetzung einer Team-Produktion in unterschiedlich zeitlich differenzierten Formen der Team-Produktion. Hier gilt es vorbereitende durch den Dienstleister autonom auf den Dienstleistungsprozess ausgerichtete Leistungen von der unmittelbaren Team-Produktion zu unterscheiden, die *uno actu* erfolgt. Beispielsweise sind Bereitstellungsleistungen als autonome Dienstleistungen der Pflegepersonen zu charakterisieren, etwa bei der Leistungsplanung oder der Pflegedokumentation. Der unmittelbare Leistungserstellungsprozess der Pflege ist dann als Team-Produktion im eigentlichen Sinne zu beschreiben. Im Vergleich zur medizinischen Team-Produktion bei Diagnose und/oder Therapie ist der Integrativitäts-

grad des externen Faktors Patient in der Pflegeproduktion eher volatil zu beschreiben und somit weniger standardisierbar zu organisieren (vgl. Schneider et. al. 2017, S.210 f.).

Ergänzend zu Bereitstellungsleistungen und dem originären Pflegeprozess spielt gerade der angeleitete Anteil der Selbstpflegekompetenz des einzelnen Menschen eine wesentliche Rolle, die als heteronomer, weil angeleiteter Dienstleistungsprozess, beschrieben werden kann. Hier ist eine reduzierte Standardisierungsmöglichkeiten vorhanden, die sich vor allem durch eine größere Varianz der Pflegeanbieter begründen lässt, da insbesondere professionelle, formale Pflege und ehrenamtlich erbrachte, informelle Pflege miteinander korrespondieren müssen².

In der Schlussfolgerung liegen somit heterogenere Pflegearrangements vor (vgl. Naiditch et. al. 2013), die sich sowohl hinsichtlich des Versorgungsziels unterscheiden (medizinisch-induzierte Pflege, funktional induzierte Pflege oder sozial induzierte Pflege) als sich auch in der Einbindung von professionellen und ehrenamtlichen Pflegekräften als auch der Selbstpflegefähigkeit des (potenziell) Gepflegten differenzieren.

Gerade die Diskussionen um den Einfluss von Technik auf die Selbstpflegefähigkeit – Ansatzpunkte von Ambient Assisted Living sind hier zu nennen – zeigen eine Erweiterung des Möglichkeitsraums von Pflegearrangements (vgl. etwa Schmidt und Wahl 2016). In dieser Hinsicht gewinnt insbesondere die Frage nach einer Weiterentwicklung der arbeitsteiligen Effekte zwischen formaler und informeller Pflege (intersektorale

Arbeitsteilung) und dem Zusammenwirken mit dem Gepflegten an Bedeutung³.

3. Digitalisierung als Teil einer Versorgungs- und Informationskontinuität

Die wachsende Relevanz chronischer Krankheiten einerseits sowie die dadurch zunehmende Interaktion verschiedener Medizin- und Pflegearrangements im zeitlichen Verlauf von Patientenverläufen andererseits erhöht die Anpassungsnotwendigkeit von Diagnose- und Therapieentscheidungen und die damit einhergehende Anforderung an relevante Interaktionsprozesse in der Arbeitsteilung, die zwangsläufig mit Informationsaustauschprozessen verknüpft sind. Die Digitalisierungsebene setzt nun unmittelbar an der Bedeutung der Datenrelevanz und der Datenverfügbarkeit an, die eine Versorgungskontinuität durch eine Informationskontinuität verbessern hilft (vgl. Zerth und Kirchner-Culca 2016)

Das Beispiel des jüngst durch das e-health-Gesetz eingeführten Medikationsplans unterstreicht das Potenzial der Digitalisierungseffekte in der Koordination intra- und intersektoraler Arbeitsteilung, auch wenn der Medikationsplan strenggenommen gegenwärtig noch in der papiergebundenen Form in die Versorgung übersetzt wird. Fehlende Vollständigkeit, fehlerhafte, missverständliche und mehrdeutige oder nicht aktuelle Medikationsdaten sind Teil von unerwünschten Arzneimittelinteraktionen und Arzneimittelnebenwir-

kungen und wirken insbesondere bei den Sektorenübergängen in besonderer Weise ein. In dieser Hinsicht steht der Medikationsplan exemplarisch für die Bedeutung eines Schnittstellenmanagements, das Aufbereitung und Kontextualisierung von Daten notwendig macht.

Verschiedene Studien weisen beispielsweise darauf hin, dass eine Vielzahl der Verordnungen Folge einer wiederholten Medikation sind (vgl. etwa Morecroft et. al. 2006 oder auch De Smet und Dautsenberg 2004), darüber hinaus steigt die Anzahl der Medikationen mit dem Alter der Patienten an, was die Relevanz von Informationskontinuität auch an dieser Stelle wieder deutlich macht. Der Blick auf die Versorgungs- und Informationskontinuitäten in der (Langzeit-)Pflege lassen die Bedeutung einer adäquaten Schnittstellenorganisation, etwa durch die Implementierung eines Medikationsmanagements sowohl in der inter- als auch der intrasektoralen Arbeitsteilung erkennen. Ein wichtiger Baustein ist dabei das Zusammenspiel zwischen behandelndem (Haus-)Arzt, den Pflegekräften im Heim sowie den betreuenden Apotheken im Sinne eines Kommunikationsdreiecks (vgl. etwa Zerth et. al. 2016).

Gerade Veränderungen der Medikation stoßen auf die Notwendigkeit, die verschiedenen Stakeholder in ihren Organisationsrationalitäten miteinander abzustimmen. Eine gemeinsame Kommunikationsplattform, die sowohl die relevanten Medikationsdaten integriert und kontextualisiert und im Idealfall noch eine Feedback-Lösung mit anbietet, bietet sich als ein Lösungsweg an.

Der Medikationsplan selbst kann dann ein Standardisierungsformat für eine organisationsrelevante Technologie sein. Informations- und Versorgungskontinuität sind gewährleistet, wenn der Interaktionsaspekt Medikation zwischen den handelnden Akteuren transparent wird, somit

2 Schallermaier beschreibt die Verknüpfung von institutioneller Verortung (Professionsanspruch) mit einer vorinstitutionellen Verortung, etwa durch Ehrenamtstätigkeiten in der Pflege (1999, S. 32)

3 Der Zusammenhang zwischen informeller und formaler Pflege ist teilweise auch im Hinblick auf das versorgungspolitische Ziel zu unterscheiden. So können Bolin et. al. (2008) beispielsweise zeigen, dass informelle Pflege im Kontext von häuslicher Unterstützung – Fokus Aktivitäten des täglichen Lebens – eher ein Substitut ist, im Zusammenhang einer korrespondierenden Krankenhausbegleitung aber tendenziell komplementär wirkt.

der Informationsaustausch zwischen den Akteuren (intrasektorale Arbeitsteilung) untermauert werden kann als auch die Information in die Organisationsumgebung jedes einzelnen Akteurs integrierbar ist (intrasektorale Arbeitsteilung) (vgl. Zerth und Kirchner-Culca 2016).

Jüngere Studien zur Relevanz eines interprofessionellen Medikationsmanagement bestätigen die Notwendigkeit einer unterstützenden Organisationsform abgestimmter arbeitsteiliger Prozesse zwischen Sektoren und zwischen den Professionen (vgl. Köberlein et. al. 2016 sowie Alldred et. al. 2013). Dabei ist aber der Blick auf die Implementierung der Informationstechnologie in die Organisationsbeziehungen zu nehmen.

Ein Blick auf Übersichtsarbeiten zur (gesundheitsökonomischen) Wirkung von Informationstechnologien in der Gesundheitsversorgung zeigt unterschiedliche Beförderungsfaktoren auf, die entweder an der Handlungsebene der beteiligten Stakeholder bzw. am Interaktionsprozess der beteiligten Akteure ansetzen (vgl. Abbildung 3)

Informationstechnologien wirken wie in der Abbildung dargestellt weniger direkt über Veränderungen im unmittelbaren Diagnose- und Therapieprozess ein, sondern entfalten die gesundheitsökonomischen Effekte über komplextäre Hebel im Sinne einer angepassten Organisations- und Prozesseffizienz⁴. Aus pflegeökonomischer Sicht besteht hier ein besonderes Potenzial zur Effizienz, da gerade im Zeitverlauf eines Pflegearrangements, beispielsweise bei der Demenzbetreuung, der Organisationsmix zwischen ehrenamtlich organi-

Beförderungsfaktoren	Erläuterung
Adaptionkosten: ist die Informationstechnologie in ein Organisationsmodell integriert?	Adaptionsstrategien erzeugen Folgekosten in Prozessstandards
Ko-Investitionskosten werden unterschätzt	Anpassungskosten der Organisationsveränderung sind relevant
Bedeutung nicht-monetärer Anpassungskosten	Akzeptanzbedingungen der relevanten „handelnden“ Stakeholder
Netzwerkeffekte und Komplementaritäten	Anpassungskosten an technische und organisatorische Standards werden unterschätzt

Abb. 3: Informationstechnologien und Effizienzpotenziale – was befördert?

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Dranove et. al. (2014), S. 247-249

sierter, informeller Pflege und professioneller Pflege mit verschiedenartigen Interaktionseffekten zusammenspielen muss und insbesondere die Informations- und Koordinationsabgleiche zwischen den Pflegeakteuren für einen positiven Pflege-Outcome hoch relevant sind⁵.

4. Implikationen für eine gesundheitspolitische Strategie

Auch wenn die Untersuchungen beispielsweise von Dranove et. al. oder auch von McCollough et. al. zu einem großen Teil Effekte einrichtungsinterner Patientenakten adressiert haben und somit eine intrasektorale Arbeitsteilung abbilden helfen, zeigt sich die Bedeutung des Zusammenspiels zwischen Informations- und Versorgungskontinuität über den Heben der Organisationskomplementarität (vgl. McCullough et. al. 2016). Diese Effekte sind jedoch erst mit Zeitverzögerung auf gesellschaftlicher Ebene realisierbar und unmittelbar abhängig von der Komplexität der Arbeitsteilung, etwa in Relation zur Fallschwere. Zusammen-

gefasst verändern Informationstechnologien im Gesundheitswesen, die langfristige Wirkung entfalten sollen, sowohl die Such- und Kommunikationsprozesse und die Verfügbarkeit von Wissen über medizinische und pflegerische Expertise.

Schlussendlich liegt aber vor allem das Potenzial in der verbesserten intersektoralen Abstimmung und daher ist die Umsetzung in einer erweiterten „Team-Produktionslogik“ der Gesundheits- und Pflegeproduktion hilfreich. Somit kann eine Digitalisierungsstrategie als verbindendes Element an eine fortgeführte Logik „integrierender Versorgung“ verstanden werden, in der verschiedene Koordinationslogiken die verschiedenen Sektoren prozessorientiert verknüpfen (vgl. Abbildung 4).

Es gilt aber festzuhalten, dass digitalisierte Prozesse im Gesundheitswesen nur eine Infrastrukturlösung für notwendige Organisationsveränderungen anbieten, die parallel mit organisatorischen Re-Organisationsentwicklungen und vor allem mit Qualifikationsveränderungen sowohl innerhalb als auch zwischen den medizinisch-pflegerischen Professionen einher gehen werden. Viele Fragestellungen zur klientenorientierten Ausprägung des Gesundheitswesens sind hier noch offen, können aber durch die Digitalisierung einen Auftrieb erhalten.

4 Vgl. dazu auch McCullough et. al. (2016) die gesundheitsökonomischen Effekte in Abhängigkeit des Schweregrades untersuchen. Beim Median-Patienten lassen sich keine direkten Effekte einer IT-Implementierung feststellen, dies ändert sich jedoch mit wachsender Fallschwere und dadurch induzierter komplexer Informationsbeziehungen.

5 Exemplarisch könnten hier beispielsweise die Ergebnisse von Van Houtven und Norton (2004) zum Zusammenspiel von formaler und informeller Pflege oder auch Allen et. al. (2013) genannt werden.

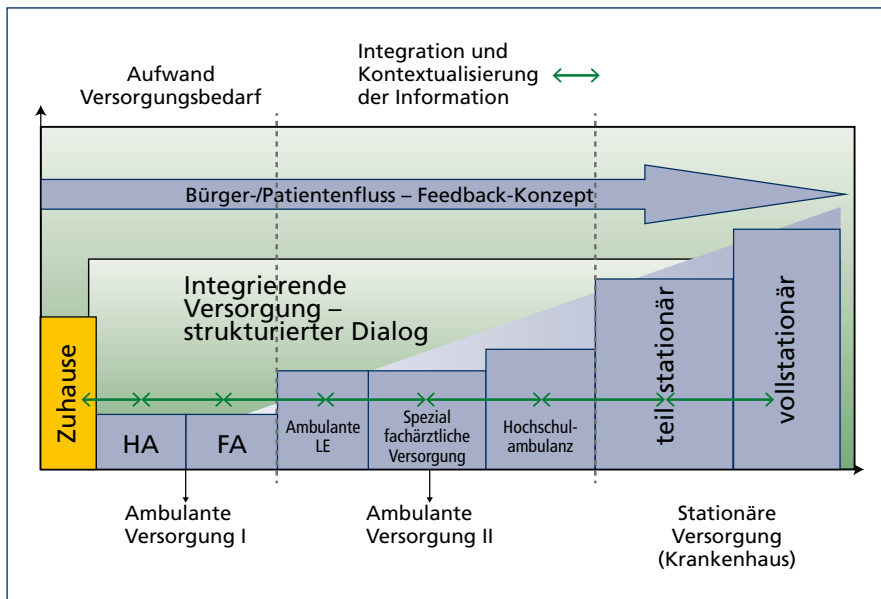


Abb. 4: Digitalisierung als Strategie einer „reorganisierten“ „integrierenden Versorgung“

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schulte (2006) und Oberender et. al. (2016)

Literatur

Allred, D.; Raynor, D., Hughes, C.; Barber, N.; Chen, T. and P. Spoor (2013): Interventions to optimize prescribing for older people in care homes, in: *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD009095 (2013).

Allen, K.; Glasby, R.; Rodrigues, R. (2013): Joint Working between Health and Social Care, in: Leichsenring, K.; Billings, K.; Nies H. (eds.): *Long-Term Care in Europe. Improving Policies and Practice*, Houndsmill, pp. 81-99.

Balia, S., R. Braun and R. Brau (2013): A Country for old Men? Long-Term Home Care Utilization in Europe, in: *Health Economics*, published online, DOI: 10.1002/hec.2977

Baumol, W. (2012): *The Cost Disease. Why Computers get cheaper and Health Care doesn't*, New Haven & London, Yale University Press.

Bolin, K., Lindgren B. and P. Lundborg (2008): Informal and formal care among single-living elderly in Europe, in: *Health Economics* 17(3): 393-409.

Bornewasser, M. ; Frenzel, S. und A.-S. Tombeil (2016): Ansatzpunkte zur Bestimmung der Produktivität von Dienstleistungen im Krankenhauskontext, in: Pfannstiel, M.; Rasche, C. und Mehlich, H. (Hrsg.): *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus*, Wiesbaden, S. 47-68.

Colombier, C. (2012): Drivers of Health Care Expenditure: Does Baumol's Cost Disease Loom Large?. *FiFo Discussion Papers*, No 12-5.

Cutler, D. (2010): What are the health care entrepreneurs? The failure of organizational innovation in health care. *Innovation Policy and the Economy* 11 (1): 1-28 (2010)

De Smet, P. and M. Dautsenberg (2004): Repeat Prescribing: Scale, Problems and Quality Management in Ambulatory Care Patients, in: *Drugs*, 64(16):1779-1800.

Dranove, D.; Forman, C.; Goldfarb, A. and S. Greenstein (2014): The Trillion Dollar Conundrum: Complementarities and Health Information Technology, in: *American Economic Journal: Economic Policy* 6 (4): 239-270.

Grönroos, C. and K. Ojasalo (2004): Service Productivity. Towards a conceptualization of the transformation of inputs into economic results in services, in: *Journal of Business Research* 57 (4): 414-423.

Hinzpeter, B.; List, S. M.; Lampert, T. und T. Ziese (2011): Entwicklung chronischer Krankheiten, in: Günster, T., Klose, J. und N. Schmacke (Hrsg.): *Versorgungs-Report 2011- Schwerpunkt: Chronische Krankheiten*, Stuttgart, S. 3-28.

Köberlein, J.; Mennemann, H., Hamacher, S., Waltering, I, Jaehde, U. und O. Schaffert (2016): Interprofessionelles Medikationsmanagement bei multimorbiden Patienten, in: *Deutsches Ärzteblatt*, J. 113, Heft 44, 741-748 (2016)

Lux, G.; Steinbach, P.; Wasem, J. Weegen, L.; Walendzik, A. (2013) Demografie und Morbiditätsentwicklung. In: Klauber, J.; Geraedts, M., Friedrich, J.; Wasem, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2013. Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?*, Stuttgart, Schattauer, 69-82.

McCullough, J.; Parente, S. and R. Town (2016): Health information technology and patient outcomes: the role of organizational and informational complementarities, in: *RAND Journal of Economics*, Vol.47 (1): 207-236.

Morecroft, C.; Ashcroft, D. and P. Noyce (2006): Repeat dispensing of prescriptions in community pharmacies: a systematic review of the UK literature, in: *International Journal of Pharmacy Practice*, Vol. 14: 11-19.

Naiditch, M., J. Triantafillou, P. Di Santo, S. Carretero, E. Durrett (2013): User Perspectives in Long-Term Care and the Role of Informal Carers,

in: K. Leichsenring, J. Billings, H. Nies H. (eds.): *Long-Term Care in Europe. Improving Policies and Practice*, Houndsmill, pp. 45-80.

Oberender, P.; Zerth, J.; Engelmann, A. (2016): *Wachstumsmarkt Gesundheit, 4. komplett überarbeitete Auflage*, Stuttgart.

Picot, A.; Dietl, H.; Franck, E.; Fiedler, M.; Royer, M. (2012): *Organisation. Theorie und Praxis aus ökonomischer Sicht*. 6. Auflage, Schäffer Poeschel, Stuttgart.

Rothgang, H. und J. Larisch (2014): Pflegeökonomie – eine neue Subdisziplin der Gesundheitsökonomie, in: Matusiewicz, D. und J. Wasem (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie. Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektive*, Berlin, S. 211-240.

Schallermaier, C. (1999): Ökonomische Merkmale sozialer Dienstleistungen und deren Beschäftigungspotentiale am Beispiel der stationären Altenpflege, Bayreuth.

Schmidt, L. und H.-W. Wahl (2016): Wie verändert Technik das Alter(n) und die Gerontologie?, in: *Angewandte Gerontologie Appliquée* 1/16, DOI 10.1024/2297-5160/a000003

Schneider, M.; Besser, J. und J. Zerth (2017): Individualisierung durch Digitalisierung am Beispiel der stationären Pflegeversorgung – Organisations- und informationsökonomische Aspekte, in: Pfannstiel, M.; Da-Cruz, P. und H. Mehlich (Hrsg.): *Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II: Impulse für das Management*, Wiesbaden, S. 205-226.

Schulte, G. (2007): "Ambulant vor stationär" – ein gesundheitspolitischer Grundsatz auf dem Prüfstand. In: Ulrich, V.; Ried, W. (Hrsg.): *Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen*, Baden-Baden, S. 517-540.

Van Houtven, C.; Norton, E. (2004): Informal Care and Health Care Use of Older Adults, in: *Journal of Health Economics*, Vol. 23, pp. 1159-1180.

Zerth, J. und S. Kirchner-Culca (2016): Akzeptanz des bundeseinheitlichen Medikationsplanes: Eine Betrachtung aus gesundheitsökonomischer Sicht, in: Duesberg, F. (Hrsg.): *e-Health 2016. Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen*, 129-135

Zerth, J., S. Schmidt, J. Mathes, S. Kirchner und R. König (2016): Defizite in der sektorenübergreifenden Vernetzung im Medikationsmanagement zwischen Pflege, Apotheke und Arzt – Stakeholderanalyse und Akzeptanzfaktoren, in: Stoßberg, G. (Hrsg.): *Das e-Health-Journal* (1), S. 39-43.

Autor:

Prof. Dr. Jürgen Zerth
Wilhelm Löhe Hochschule für angewandte Wissenschaften
Forschungsinstitut IDC
Merkurstraße 41
90763 Fürth
Juergen.zerth@wlh-fuerth.de

Selbstmanagement von informeller Pflege durch e-Health

1. Einleitung

Dem Einsatz von e-Health, d. h. der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien, wird in der ambulanten medizinischen Versorgung eine hohe Bedeutung zugewiesen (vgl. *PwC Strategy& (Germany) GmbH 2016* sowie *Fischer et al. 2016*). Es wird davon ausgegangen, dass sich durch deren Einsatz u. a. gravierende strukturelle Änderungen hin zu einer effizienteren und effektiveren gesundheitlichen Versorgung ergeben. So ist denn auch das e-Health-Gesetz u. a. zur Unterstützung dieses strukturellen Wandels konzipiert worden. Mit dem Gesetz ist zudem die Öffnung der Telematik-Infrastruktur für weitere Leistungserbringer intendiert, mit anderen Worten, e-Health-Technologien und -Dienstleistungen sollen umfänglich genutzt werden (*Fischer et al. 2016*, S. 18). Prinzipiell besteht somit die Möglichkeit, auch die sektorale Trennung von gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung zu überwinden. Durch den Einsatz von e-Health-Technologien gelingt zudem die Überwindung der Ortsgebundenheit in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, was insbesondere in ländlicheren Regionen ein bedeutender Aspekt ist. Es ergibt sich für Anbieter und Nachfrager die Möglichkeit, ihre Organisationsstrukturen zu optimieren, und mit Blick auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung eine patientenzentrierte Ausgestaltung zu realisieren (*Fischer et al. 2016*, S. 8 ff., sowie *Weiß et al. 2013*, S. 103 f.). Der Gesundheitsstandort privater Haushalt als

„point of care“ kann so auch für Pflegebedürftige realisierbar sein.

Neben dem Einsatz von e-Health-Technologien bei der eigentlichen Grundpflege spannt sich das Spektrum der Einsatzmöglichkeiten angefangen bei der Prävention und Gesundheitsförderung über therapeutische Maßnahmen bis hin zur Rehabilitation (*Fischer et al. 2016*, S. 7 ff., und *Weiß et al. 2013*, S. 35). Da die gesamte Bandbreite im Folgenden nicht behandelt werden kann, richten sich die Ausführungen auf die Möglichkeiten des Selbstmanagements in der informellen pflegerischen Versorgung.¹ Selbstmanagement führt dabei potentiell nicht nur zu einer kosteneffektiveren Bereitstellung von Pflegeleistungen, sondern zu mehr Selbstbestimmung, zu einer Aufrechterhaltung und gegebenenfalls Stärkung des eigenverantwortlichen Handelns und damit zu größerer Unabhängigkeit des Pflegebedürftigen und zu einem höheren Selbstwertgefühl (vgl. *Walter et al. 2008*; *Müller 2004* sowie *Gaßner und Conrad 2010*, S. 15).

2. Potentiale zur Förderung von Selbstmanagement in der informellen Pflege

Bei e-Health-Technologien handelt es sich generell um komplexe Konglomerate aus Technologien und Dienstleistungen (vgl. *Fachinger 2014*, S. 14 ff.). Zur Charakterisierung der Einsatzmöglichkeiten in der

informellen Pflege kann dabei zwischen zwei Arten von Technologien unterschieden werden:

- Technologien, die mittelbar darauf ausgerichtet sind, dem Pflegebedürftigen den Verbleib in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen und eine stationäre Unterbringung zeitlich hinauszuzögern oder sogar zu verhindern (vgl. *Hülken-Giesler 2015*),
- Technologien, die den Pflegenden im Pflegeprozess unmittelbar, d. h. direkt u. a. durch Informationsbereitstellung, Handlungshilfen oder automatisierte Dokumentation unterstützen (*PwC Strategy& (Germany) GmbH 2016*, S. 42; vgl. auch *Gaugisch 2015*).²

Damit ein Selbstmanagement durch den Einsatz von e-Health-Technologien in der informellen Pflege realisiert und aufrechterhalten werden kann, ist eine entsprechende Unterstützung erforderlich. So können die Bewältigung des Alltagslebens und der Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen durch vielfältige assistierende Techniken in Verbindung mit Dienstleistungen erfolgen, in denen e-Health-Technologien integriert sind. Unterstützungssysteme ermöglichen die Verrichtung täglicher Aktivitäten unabhängig von betreuenden Personen, sodass pflegebedürftige Personen eigenständig entscheiden können, wann und wie sie die Anforderungen des Alltags bewältigen möchten. Service-roboter können beispielsweise hauswirt-

¹ Siehe zum Begriff des Selbstmanagements z. B. *Haslbeck und Schaeffer (2007)*.

² Zur Charakterisierung wird auch der Begriff Telepflege verwendet, vgl. etwa *Weiß et al. (2013)*, S. 16 ff.

schaftliche Tätigkeiten übernehmen – so z. B. das Transportieren von Gegenständen, aber auch Reinigungssysteme sind hierzu zu zählen. Ferner gehören dazu assistierende Techniken, die den pflegebedürftigen Menschen unterstützen, bestimmte Bewegungen und Handlungen auszuführen, und dadurch dessen Mobilität sichern.

E-Health- und e-Mental-Health-Technologien, die unmittelbar dem Selbstmanagement in der informellen Pflege dienen, sind nachfolgend nach zentralen Funktionen kategorisiert aufgeführt, um das breite Anwendungsspektrum zu verdeutlichen:

- **Dokumentationsfunktion**
Diese umfasst u. a. die Dokumentation der Medikamenteneinnahme sowie den elektronischen Medikationsplan wodurch u. a. eine Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit erreicht werden kann.
- **Kontroll-/Monitoringfunktion**
Hierzu gehören u. a. die kontinuierliche Messung von Vitalparametern, wie Blutdruck, Glukose- und FeNO-Messung, Elektrokardiogramm-Geräte, Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme, der Medikamenteneinnahme sowie die Messung von physischen und psychischen Indikatoren und von medizinisch-abnormalem Verhalten wie auch die sensorgestützte Mobilitätsmessung (vgl. *Güttler 2015*, S. 268-280).
- **Erinnerungsfunktion**
Als ein Beispiel für diese Funktion sei das Medikamentenmanagement genannt, d. h. nicht nur die Erinnerung an die Medikamenteneinnahme, sondern darüber hinaus u. a. das Ordern neuer Medikamente. Die Erinnerungsfunktion kann aber auch die Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bis hin zur Tagesstrukturierung umfassen.

- **Unterstützungsfunktion**
Zu dieser Funktion sind e-Health-Techniken zu zählen, die dem Ausgleich körperlicher Einschränkungen dienen, wie Hör- und Sehhilfen, aber auch eine sensorbasierte Lichtsteuerung. Neben der Helligkeits- und Farbregulierung kann diese zur Unterstützung des circadianischen Rhythmus sowie beim nächtlichen Toilettengang zur Markierung bzw. Beleuchtung des Wegs zum Bad im Sinne eines Leitsystems dienen (*Weiß et al. 2013*, S. 77 f.).
- **Trainingsfunktion**
Diese Funktion kann zum einen die kognitive Fähigkeit und zum anderen die physische Leistungsfähigkeit betreffen.
 - ▶ **Gedächtnisübung oder kognitive Aktivierung**
Prinzipiell ermöglichen e-Health-Techniken, die u. a. im Rahmen von sogenannten serious games zur Anwendung kommen, den selbständigen Umgang mit kognitiven Beeinträchtigungen und können dem Pflegebedürftigen zu mehr Autonomie verhelfen (*Müller 2004*). Für die eigenständige Aufrechterhaltung kognitiver Fähigkeiten sei exemplarisch die technisch-unterstützte Biografiearbeit genannt. Mithilfe von Daten über das Leben des Pflegebedürftigen, z. B. Bilder, Texte oder Musik, können Erinnerungen festgehalten und bei Bedarf u. a. über Internetdienste abgerufen werden (*Weiß et al. 2013*, S. 6 f.).
 - ▶ **Mobilitätstraining**
E-Health-Technologien können motorische Fähigkeiten und den Erhalt der Muskelkraft, z. B. im Rahmen der Sturzprävention, fördern. Hierzu dienen Computer- sowie Videospiele oder robotisch-unterstützte Trainingsgeräte (*Schultz et al. (Hrsg.) 2014*, S. 6 f.).

- ▶ **e-Mental-Health Training**
Derartiges Training kann online als autonome Selbsthilfession oder mit externer Begleitung erfolgen. Als Beispiel sei auf das Online-Training GET.ON M.E.D. für Personen mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 zur Reduktion depressiver Beschwerden verwiesen (*Nobis et al. 2015*).
- **Kommunikationsfunktion**
E-Health-Technologien, die diese Funktion umfassen, können der emotionalen Unterstützung, der Förderung von sozialen Interaktionen, zur Aufrechterhaltung der kognitiven Leistungsfähigkeit oder zur Verlangsamung des fortschreitenden Prozesses der Degeneration dienen (*Scheermesser et al. 2013*, S. 291). Social Robots bzw. Kompagnon-Roboter können dem Gefühl der Einsamkeit entgegenwirken oder kommen als tierähnliche Roboter in der Therapie zum Einsatz (*Campa 2016; Shibata and Wada 2011*)
- **Beratungsfunktion**
Zu dieser Funktion gehört die Nutzung von Internetplattformen, Blogs, Bewertungsportalen über medizinische Leistungsanbieter, Chaträumen, Internetforen u. ä. Für eine adäquate Nutzung derartiger Informationen müssen diese allerdings verstanden und ihre Qualität beurteilt werden können, was ein Mindestmaß an gesundheitlicher Bildung voraussetzt (*Walter et al. 2008* sowie *Baumann und Link 2016*, S. 402). Welche Bedeutung dieser Funktion mittlerweile zukommt, lässt sich daran ermesen, dass eine repräsentative Befragung in Deutschland gezeigt hat, dass 64,5 % das Internet nutzen, um medizinischen Fragestellungen nachzugehen (*Eichenberg und Brähler 2012*, S. 66).
Allerdings befinden sich viele Systeme noch in einer Test- oder Pilotphase. Daher ist man von einer flächendeckenden

Nutzung von e-Health-Technologien in der informellen Pflege noch weit entfernt und es ist derzeit nicht absehbar, wann diese Technologien und damit verbundene Dienstleistungen in größerem Umfang in der informellen Pflege zum Einsatz kommen. Es lässt sich aber prinzipiell festhalten, dass e-Health-Technologien Pflegebedürftigen die Möglichkeit bieten, ihre gesundheitliche und pflegerische Versorgung zu gestalten – bis hin zu einer „on demand“- bzw. „just-in-time“-Versorgung.

In diesem Zusammenhang sei noch auf einen weiteren wichtigen Aspekt verwiesen: Mit e-Health-Technologien können Gruppen erreicht werden, die ansonsten keinen Zugang zur Versorgung hätten bzw. diesen nicht nutzen würden. Das Online-Training GET.ON M.E.D. ist ein Beispiel dafür. Die teilnehmenden Personen wurden nach dem Grund für ihre Teilnahme gefragt. Die Antworten auf diese Frage weisen auf die Potentiale derartiger Selbstmanagement-Programme hin. So wurde mit 37 % am häufigsten genannt, dass bereits früher an einer face-to-face Psychotherapie teilgenommen und nach einer Alternative gesucht wurde. Jeweils 20 % gaben an, dass eine Psychotherapie nicht möglich war bzw. dass Bedenken aufgrund der Stigmatisierung ausschlaggebend waren, die face-to-face Therapie nicht zu beginnen (Nobis et al. 2015, S. 172).

3. Fazit

Grundsätzlich zeigen die voranstehenden Ausführungen, dass es eine Vielzahl an Möglichkeiten des Selbstmanagements von informeller Pflege durch e-Health gibt, die Pflegebedürftige u. a. bei der Verrichtung alltäglicher Arbeiten, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte oder im Umgang mit körperlichen oder kognitiven Beeinträchtigungen potentiell unter-

stützen. Prinzipiell zeichnet sich somit auch im Bereich der informellen Pflege ein erhebliches Potential des Einsatzes von e-Health-Technologien ab (Fachinger 2017), das zu mehr Autonomie für den Pflegebedürftigen führt.

Bei all dieser eher optimistischen Einschätzung sei abschließend auf einige Problembereiche hingewiesen, die mit dem Einsatz von e-Health-Technologien und -Dienstleistungen verbunden sein können. So ist – trotz aller Entwicklungen – darauf hinzuweisen, dass auch in absehbarer Zeit gerade für Pflegebedürftige mit schwerwiegenden kognitiven Beeinträchtigungen die Möglichkeiten des Selbstmanagements begrenzt sein werden.

Werden Technologien im Rahmen des selbständigen Umgangs mit Pflegebedürftigkeit und Erkrankungen eingesetzt, ist das Erlernen von bestimmten Kompetenzen notwendig. Daher erscheinen zur Förderung des Selbstmanagements Edukations- und Informationsangebote erforderlich, die Pflegebedürftige befähigen, Kompetenzen im Umgang mit ihrer Pflegebedürftigkeit bzw. Erkrankung zu entwickeln und eigene Entscheidungen über die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen treffen zu können (Weiß et al. 2013, S. 87; Baumann und Link 2016, S. 385 f.).

Ein weiterer Problembereich ist mit dem Begriff Datenschutz charakterisiert (Enquete-Kommission „Internet und digitale Gesellschaft“ 2012, S. 80). Im Rahmen des Einsatzes von e-Health-Technologien erfolgt geradezu zwangsläufig eine Datensammlung, deren Nutzung einerseits u. a. im Rahmen von Kontroll- bzw. Monitoringfunktionen das Selbstmanagement unterstützt, andererseits aber auch für Dritte wesentliche Informationen bereitstellen könnte und daher deren Zugriff ohne Zustimmung des Pflegebedürftigen nicht möglich sein sollte.

Des Weiteren ergeben sich vielfältige Haftungsfragen (PwC Strategy& (Germany)

GmbH 2016, S. 117 f.). Diese betreffen einerseits die Geräte selbst – hier sei nur auf das Medizinproduktegesetz verwiesen –, andererseits aber auch die Dienstleister, beispielsweise im Zusammenhang mit Konsultationen.

Beim gegenwärtigen Stand des Wissens besteht erheblicher Forschungsbedarf bezüglich der (Aus-)Wirkungen derartiger Technologien auf das Selbstmanagement und somit auch auf die Gesundheit sowie Lebensqualität von Pflegebedürftigen (Weiß et al. 2013, S. 69; Baumann und Link 2016, S. 402). Es mangelt an einer systematischen Evaluation im Kontext der informellen Pflege. Ebenso gilt es, Faktoren für eine erfolgreiche Implementierung zu identifizieren. Aus ökonomischer Sicht wäre insbesondere eine evidenzbasierte Evaluation der Effektivität, wie sie z. B. für das Online-Training GET.ON M.E.D. durchgeführt wurde, erforderlich, sollten diese Techniken in Verbindung mit Dienstleistungen gegebenenfalls in der Regelversorgung übernommen werden. Dies steht aber für viele dieser Technologien noch aus (Stellefson et al. 2013, S. e35; Baumann und Link 2016, S. 402).

Abschließend bleibt festzuhalten, dass insgesamt gesehen eher von einem evolutiven, sich über einen längeren Zeitraum vollziehenden und sukzessiv sich verstärkenden Einsatz von e-Health-Technologien und -Dienstleistungen in der Pflege auszugehen ist.

Literatur

Baumann, E. und Link, E. (2016): Onlinebasierte Gesundheitskommunikation: Nutzung und Austausch von Gesundheitsinformationen über das Internet, in: Fischer, F. / Krämer, A. (Hrsg.): eHealth in Deutschland: Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 385-406.

Campa, R. (2016): The Rise of Social Robots: A Review of the Recent Literature, in: Journal of Evolution and Technology 26, Heft 1, S. 106-113.

Eichenberg, C. und Brähler, E. (2012): Internet als Ratgeber bei psychischen Problemen. Bevölke-

rungsrepräsentative Befragung in Deutschland, in: Psychotherapeut 58, Heft 1, S. 63-72.

Enquete-Kommission „Internet und digitale Gesellschaft“ (2012): Fünfter Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Internet und digitale Gesellschaft“. Datenschutz, Persönlichkeitsrechte. Bundestags-Drucksache 17/8999. Berlin: Deutscher Bundestag.

Fachinger, U. et al. (2014): Gesund altern: Sicherheit und Wohlbefinden zu Hause. Marktpotenzial und neuartige Geschäftsmodelle altersgerechter Assistenzsysteme. Baden-Baden: Nomos.

Fachinger, U. (2017): Technikeinsatz bei Pflegebedürftigkeit, in: Jacobs, K. et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2017. Die Pflegebedürftigen und ihre Versorgung. Stuttgart: Schattauer.

Fischer, F. et al. (2016): eHealth: Hintergrund und Begriffsbestimmung, in: Fischer, F. und Krämer, A. (Hrsg.): eHealth in Deutschland: Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Gaßner, K. und Conrad, M. (2010): ICT enabled independent living for elderly. A status-quo analysis on products and the research landscape in the field of Ambient Assisted Living (AAL) in EU-27. Berlin: Institute for Innovation and Technology (iit).

Gaugisch, P. (2015): Technische Assistenz in der ambulanten Pflege, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin / Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.): Intelligente Technik in der beruflichen Pflege. Von den Chancen und Risiken einer Pflege 4.0. Dortmund, Berlin, S. 20-23.

Güttler, J. et al. (2015): Towards a future robotic home environment: a survey, in: Gerontology 61, S. 268-80.

Hülken-Giesler, M. (2015): Neue Technologien in der Pflege. Wo stehen wir – was ist zu erwarten?, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin / Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.): Intelligente Technik in der beruflichen Pflege. Von den Chancen und Risiken einer Pflege 4.0. Dortmund, S. 10-13.

Müller, C. (2004): „Das kannst du doch nicht machen!“ – Wie der Empowerment-Gedanke Pflegenden und Gepflegten nutzen kann, in: Psychiatrische Pflege Heute 10, Heft 4, S. 214-218.

Nobis, S. et al. (2015): Efficacy of a web-based intervention with mobile phone support in treating depressive symptoms in adults with type 1 and type 2 diabetes: a randomized controlled trial, in: Diabetes Care 38, Heft 5, S. 164-174.

PwC Strategy& (Germany) GmbH (2016): Weiterentwicklung der eHealth-Strategie. Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin: PwC Strategy& (Germany) GmbH.

Scheermesser, M. et al. (2013): Robotics and Autonomous Devices in Healthcare. A Technology Assessment Study of Opportunities and Risks, in: Michalek, Tomáš et al. (Hrsg.): Technology Assessment and Policy Areas of Great Transitions. Proceedings from the PACITA 2013 Conference in Prague, S. 289-294.

Schultz, T. et al. (Hrsg.) (2014): Technische Unterstützung für Menschen mit Demenz. Karlsruhe: KIT Scientific Publishing.

Shibata, T. and Wada, K. (2011): Robot Therapy: A New Approach for Mental Healthcare of the Elderly – A Mini-Review, in: Gerontology 57, S. 378-386.

Stellefson, M. et al. (2013): Web 2.0 chronic disease self-management for older adults: a systematic review, in: Journal of medical Internet research 15, S. e35.

Walter, U. et al. (2008): Empowerment bei Älteren, in: Gesundheitswesen 70, Heft 12, S. 730-735.

Weiß, C. et al. (2013): Abschlussbericht zur Studie Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: VDI/VDE Innovation + Technik GmbH und IEGUS – Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH.

Autoren:

Prof. Dr. Uwe Fachinger
Universität Vechta

Institut für Gerontologie

Postfach 1553

49364 Vechta

uwe.fachinger@uni-vechta.de

Mareike Mähs

Universität Vechta

Institut für Gerontologie

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

mareike.maehs@uni-vechta.de

Dr. Stephanie Nobis

GET.ON Institut für Online Ge-

sundheitstrainings GmbH

Bachstraße 38

22083 Hamburg

s.nobis@geton-institut.de

St. Schmidt

Digitale Lösungen zwischen Zukunftsmusik und Versorgungssicherstellung im ländlichen Raum: Erfahrungsbericht aus dem Medical Valley

Spätestens mit dem In-Kraft-Treten des E-Health-Gesetzes Anfang 2016 wurde klar, dass auch die Gesundheitspolitik die Notwendigkeit digitaler Lösungen für die Gesundheitsversorgung von morgen erkannt hat. Ähnlich wie es bei dem Einzug ökonomischer Überlegungen in die Gesundheitsversorgung der Fall war, befindet sich das deutsche Gesundheitswesen aktuell in einem schlep-penden Prozess, in dem sich die Akzeptanz und Verbreitung digitaler Lösungen nur Schritt für Schritt durchsetzt. Vor dem Hintergrund grundlegender Trends wie der demographischen Entwicklung, einem zunehmenden Fachkräftemangel und steigender Fallzahlen chronisch kranker und multimorbider Patienten ist es zwingend notwendig, dass sich IT-Anwendungen zügig als Enabler von mehr Effizienz und Effektivität in der Gesundheitsversorgung etablieren.

Die tatsächlichen Möglichkeiten, die die IT schon heute zur Performancesteigerung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung beisteuern kann, werden jedoch noch nicht ausgeschöpft, was wohl auch daran liegt, dass sie nicht bekannt sind. Natürlich wird ein ineffizienter Prozess durch den Einsatz von IT nicht automatisch besser, allerdings stellen intelligente IT-Tools oftmals den Hebel für mehr Prozesseffizienz beziehungsweise überhaupt erst für die Definition strukturierter Prozesse dar. Dafür müssen nicht

einmal zwingend neue IT-Komponenten angeschafft werden. Oftmals würde es schon ausreichen, die Funktionen bestehender Applikationen – z. B. im Krankenhausinformationssystem in der Klinik – auch tatsächlich zu nutzen oder die Komponenten der IT-Systemlandschaft besser aufeinander abzustimmen.

Sektorübergreifende Strategien notwendig

Zunehmend finden in Pilotvorhaben einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakten Anwendung und tragen damit der Tatsache Rechnung, dass die Behandlung des Patienten nicht erst bei der Einlieferung in das Krankenhaus beginnt und bei der Entlassung abschließend endet. Vielmehr macht der Einsatz von Tools, die prä-stationäre Daten zur Verfügung stellen und die post-stationäre Behandlung bereits zum Zeitpunkt der Hospitalisierung vorbereiten, Sinn – medizinisch wie ökonomisch. Verweildauern können gekürzt, Klinikaufenthalte effizienter gestaltet und Drehtüreffekte vermieden werden. Der Weg zur Nutzung und Auswertung von Personal-Health-Records des Patienten mit ambulanten, stationären und eigenständig gesammelten Daten (zum Beispiel aus Wearables) scheint zwar noch lang, aber erste Schritte sind gemacht. In einer Kooperation der Rhön-Klinikum-AG mit

IBM sollen künftig „Cognitive-Computing“-Technologien (IBM Watson) zum Einsatz kommen, um bereits vor dem stationären Aufenthalt eine datenbasierte Patientennavigation einzuleiten, die ineffiziente Fehlzuleitungen vermeidet. Wenngleich wir erst am Beginn der Entwicklungen von Cognitive-Computing und Künstlicher Intelligenz stehen, lässt sich bereits erahnen, welche Potenziale für mehr Qualität und Effizienz im klinischen Alltag liegen können: Entscheidungsunterstützungssysteme in Therapie und Diagnostik, Predictive und Precision Medicine durch Mustererkennung und eine intelligente Vernetzung von Medizintechnik und IT. Insgesamt also eine Vielzahl an Hebeln, die den Reifegrad medizinischer, pflegerischer und administrativer Prozesse signifikant erhöhen können.

Während Manches noch nach Zukunftsmusik und der Perfektion von Spitzenmedizin klingen mag, übernimmt IT auf der anderen Seite künftig eine immer größere Rolle in der grundlegenden Sicherstellung medizinischer und pflegerischer Versorgung. Besonders gilt dies für ländlich geprägte Räume. Bereits heute sind dort viele Krankenhäuser in ökonomischen Schwierigkeiten, die Haus- und Facharzt-dichte befindet sich – mit Tendenz zur Verschlechterung – auf einem kritischen Niveau und auch die wohnortnahe Versorgung mit Arzneimitteln und Hilfsmit-

teln durch Apotheken und Sanitätshäuser ist längst keine Selbstverständlichkeit mehr. Während bundesweit der Gesamtversorgungsgrad nicht in Gefahr ist und manche Regionen sogar als überversorgt gelten können, stellen sich innerhalb des Bundesgebietes zunehmend Schiefagen ein. Dabei dürfte die Situation in gefährdeten Regionen in der Zukunft eher noch schwieriger werden, da die Schrumpfung und Überalterung in ländlichen Gebieten simultan von mehreren Effekten begünstigt wird. Der Anteil der älteren und pflegebedürftigen Menschen steigt, während die Jüngeren – mangels beruflicher Perspektiven auf dem Land – abwandern und in urbane Regionen ziehen. Dass die Abwanderungsrate insbesondere bei jungen Frauen hoch ist, erschwert die ambulante und pflegerische Versorgung zusätzlich.

Versorgungsmodelle als Hebel

Um auch künftig in schrumpfenden Regionen den Anteil der alten Bevölkerung, der dort proportional stärker steigt als in wachsenden Gemeinden, versorgen zu können, bedarf es neuer Versorgungsmodelle. Das Ziel, einen Verbleib in den eigenen vier Wänden mit Unterstützung durch häusliche Pflege zu realisieren, stellt insbesondere im ländlichen Raum eine logistische Herausforderung dar und birgt heute noch viel Raum für Effizienzsteigerungen durch den Einsatz digitaler Unterstützungssysteme. Aktuell stellt sich die Situation oft so dar, dass der behandelnde Arzt eine erhebliche Wegstrecke zum Patienten zurücklegen muss. Erfolgt dort eine Verschreibung von Arzneimitteln oder Hilfsmitteln, müssen die Angehörigen ebenfalls den Weg zur Apotheke oder zum Sanitätshaus auf sich nehmen. Da Arzneimittel oftmals allerdings nicht vorrätig sind, werden sie von der Apo-

theke bestellt und später per Botendienst ausgeliefert. Ähnlich stellt sich die Situation bei Hilfsmitteln dar, da diese geordert werden müssen, angefertigt werden müssen oder ausgeliefert werden müssen, da sie z. B. zu sperrig sind. In der Summe bedeutet dies, dass es zu erheblichen Verzögerungen und Aufwänden kommen kann, bis dem Patienten die verordneten Arznei- oder Hilfsmitteln zur Verfügung stehen. Insbesondere bei stark wirksamen Medikamenten, wie z. B. Antibiotika oder Schmerzmitteln, ist eine schnelle Belieferung jedoch zwingend. Hinzu kommt, dass die Mitarbeiter des in die Behandlung des Patienten involvierten Pflegedienstes zum einen ebenfalls eine beträchtliche Anfahrtstrecke haben, zum anderen über eine Neumedikation oder über eine Änderung der Medikation nicht unmittelbar informiert sind. Sie erfahren hiervon erst direkt beim Patienten. Falls Arznei- und Hilfsmittel allerdings noch gar nicht vor Ort sind, bedeutet das eine überflüssige Fahrt zum Patienten. Da pflegende Angehörige gerade im ländlichen Raum auch nicht ständig vor Ort beim Patienten sind, kann es sogar vorkommen, dass der Pflegedienst zunächst nichts über die Neumedikation bzw. die Änderung der Medikation erfährt. Dies kann zu falscher Medikamentenverabreichung mit dramatischen Folgen führen. Kommunikations- und Informationsdefizite zwischen Leistungserbringern über die Medikation sind eine der Hauptursachen, die zu unerwünschten Arzneimittelereignissen führen.

Die geschilderte Problematik zeigt nur auszugsweise, dass aufgrund mangelnder Kommunikation Arzt – Apotheke – Sanitätshaus – Patient – Pflegedienst – Krankenkasse die derzeitige Versorgung häuslich gepflegter Patienten im ländlichen Raum ineffizient, langwierig und mit vielen Fehlerquellen behaftet ist. Durch die digitale Vernetzung der Beteiligten und

eine dadurch verbesserte Kommunikation können eine schnellere Versorgung, eine Verbesserung der Arzneimittelsicherheit für den Patienten sowie beträchtliche Einsparungspotentiale für alle Beteiligten realisiert werden. In verschiedenen Modellprojekten wurde oder wird aktuell daher der Versuch unternommen, durch digitale mobile Versorgungsakten, Workflow-Tools, etc. die Effektivität und Effizienz der häuslichen Versorgung zu verbessern. Der Ansatz einer sektorübergreifenden Versorgung mit dem gemeinsamen Nenner der häuslichen Pflege des Patienten ist dabei nicht nur Beiwerk, sondern explizit auch von der Gesundheitspolitik gewünscht. Es ist unstrittig, dass in der intersektoralen Zusammenarbeit im deutschen Gesundheitswesen noch erhebliche Effizienzreserven ruhen und digitale Lösungen ein zentraler Hebel sein können, um diese zu realisieren.

Somit stellt sich die Frage, warum – insbesondere bei der sektorübergreifenden Vernetzung – das deutsche Gesundheitswesen bei der Digitalisierung im internationalen Vergleich nach wie vor hinterherhinkt. Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Zum einen steht dem gesundheitspolitischen Wunsch nach mehr Zusammenarbeit, Kommunikation, Zentrenbildung und Spezialisierung der ebenfalls gesundheitspolitische Wunsch nach einer bisweilen strikten Trennung und Abschottung der Akteure gegenüber, der in der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen und der Vermeidung (finanzieller) Verflechtungen begründet wird. Das Fernbehandlungsverbot, Zuweisungsverbote, etc. sind dabei im Grundsatz durchaus legitime und gut gemeinte Instrumente, um die beschriebene Zielsetzung sicherzustellen, allerdings müssen diese – gerade in unterversorgten, ländlichen Regionen – von Zeit zu Zeit auch kritisch hinterfragt und überprüft werden, ob sie an der Versor-

gungsrealität vorbeigehen. So profitiert der Patient von der theoretisch objektiven und unabhängigen medizinischen Leistung relativ wenig, wenn sie de facto aufgrund ihrer Rahmenbedingungen nicht stattfinden kann und die Realität dann eine Nicht-Versorgung bedeutet. Insbesondere vor dem Hintergrund der Forderung nach mehr telemedizinischen Verfahren – sowie auch deren Erstattungsfähigkeit – sollte hier ein Überdenken ohne Scheuklappen stattfinden. Gleiches gilt auch im Bereich des Datenschutzes, der noch nicht in allen Belangen den Möglichkeiten der digitalen Gesundheitsversorgung Rechnung trägt und – bei seiner unbestrittenen Bedeutung – innovativen Versorgungsmodellen nicht im Wege stehen sollte.

Veränderungen in der Professions- und Organisationskultur

Neben dem regulatorischen Rahmen bedarf es vielfach aber auch eines Umdenkens am Ort der Leistungserbringung. Vom Dokumenten- und Abtei-

lungsverständnis muss die Bewegung dort hin zu einem Prozessverständnis erfolgen. Zudem muss bei vielen Entscheidungsträgern auch noch Überzeugungsarbeit geleistet werden, dass der IT die Beachtung und Bedeutung zugemessen wird, die sie erfordert. Die Formulierung einer IT-Strategie und die Bereitschaft in innovative Lösungen zu investieren ist Voraussetzung dafür, um die tatsächlichen Potenziale zu entfalten. Stattdessen wird oft nach wie vor an wenig nutzerfreundlichen Applikationen festgehalten, was nicht zuletzt dazu führt, dass viele Anwender im ärztlichen und pflegerischen Dienst IT zwangsläufig negativ assoziieren. Die Akzeptanz des Nutzers als einer der zentralen Treiber der Digitalisierung – Ängste vor Veränderungen und Partialinteressen einzelner Berufsgruppen oder Akteure können maßgeblich zum Scheitern von Digitalisierungsprojekten beitragen – wird damit bereits im Keim erstickt. Allerdings leisten bisweilen auch die Hersteller einen Beitrag dazu, dass die Affinität für digitale Lösungen beim Anwender noch ausbaufähig ist. Proprietäre Lösungen, feh-

lende Standards, Defizite in der Usability und mangelnde Interoperabilität können dazu führen, dass IT nicht als Erleichterung, sondern als Beschwerneis empfunden wird.

Abschließend lässt sich festhalten, dass insbesondere zur Bewältigung der aktuellen und künftigen Herausforderungen in der ländlichen Versorgung digitale Lösungen unabdingbar sind. Um die Möglichkeiten neuer Versorgungsmodelle, die sich durch den Einsatz von IT ergeben können, tatsächlich realisieren zu können, bedarf es aber gemeinsamer Anstrengungen sowohl der Gesundheitspolitik als auch der Akteure der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitswirtschaft.

Autor:

Dr. Steffen Schmidt
Medical Valley EMN e.V.
Henkestraße 91
91052 Erlangen
steffen.schmidt@
medical-valley-emn.de

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausch und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2.500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein. Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

24. Mitgliederversammlung der GRPG und wissenschaftliches Symposion

Angesichts der Bundestagswahlen im September verspricht das Jahr 2017 auch in der Gesundheitspolitik spannende Themen und Diskussionen, erklärte der Präsident der GRPG, Professor Volker Ulrich, bei der Mitgliederversammlung am 17. Februar 2017 in Berlin. Entsprechend hoch war denn auch die Zahl der Teilnehmer am Symposion der GRPG, bei dem es am Folgetag um die Frage ging „Was gehört auf die gesundheitspolitische Agenda der neuen Bundesregierung?“

Zu Beginn der Mitgliederversammlung gedachte die Versammlung an die verstorbenen Mitglieder Professor Dr. Dr. h.c. Erwin Deutsch, Gründungsmitglied und langjähriger Vizepräsident der GRPG, Andreas Reinhold, Gründungsmitglied und langjähriger Beisitzer Juristen, sowie Dr. Johannes Albert Deumlich.

Im vergangenen Jahr habe sich die Mitgliederentwicklung stabilisiert, berichtete Ulrich. Entscheidend sei dafür insbesondere die persönliche Ansprache von potenziellen Mitgliedern. Zum Jahresbeginn zählte die GRPG insgesamt 224 Mitglieder, darunter 20 Firmen/Körperschaften und zwei Patientenverbände.

In einem inzwischen erheblich belebteren Verbändeumfeld werden konsequente werbliche Aktivitäten immer wichtiger die die öffentliche Wahrnehmung der GRPG stärken, betonte Generalsekretärin Susanne Moser. Die GRPG tritt deshalb inzwischen in allen relevanten neuen Medien auf – neben Xing und LinkedIn kamen 2015 Facebook und 2016 Twitter hinzu. Darüber hinaus beteiligte sich die GRPG in 2016 intensiv als wissenschaftlicher Partner bei Tagungen anderer Veranstalter.

Zwei eigene Tagungen im Laufe des Jahres schlossen zufriedenstellend ab: Am 15. Januar 2016 fand im AOK Bundesverband in Berlin das GRPG-Symposion „Arzneimittelinnovationen – Versorgung, Diffusion und Finanzierbarkeit intelligent lösen“ unter Leitung von Professor Georg Marckmann statt. Und am 29. November 2016 fand in der Deutschen Parlamentarischen Gesellschaft in Berlin auf Einladung von Karin Maag, MdB, und moderiert von Gerhard Schulte das 4. GRPG-Abendgespräch „Wie gerecht ist der Morbi-RSA – unter Wettbewerbsbedingungen?“ statt.

Der 21. Wissenschaftspreis der GRPG wurde in diesem Jahr an Dr. Anika Klafki für ihre Dissertation „Risiko und Recht. Risiken und Katastrophen im Spannungsfeld von Effektivität, demokratischer Legitimation und rechtsstaatlichen Grundsätzen am Beispiel von Pandemien“ vergeben. Der Wissenschaftspreis, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird, ist mit 2500 Euro dotiert und wurde in diesem Jahr wiederum von der Firma Servier Deutschland GmbH übernommen.

Da unter den in diesem Jahr eingereichten Bewerbungen von den Gutachtern weitere Arbeiten als ausgezeichnet bewertet wurden, hatte das geschäftsführende Präsidium ausnahmsweise zwei weitere Preise, dotiert mit jeweils 1000 Euro, vergeben. Die beiden Preisträger sind Dr. Christina Berchtold für ihre Dissertation „Der Wandel genetischer Information. Personalisierte Medizin zwischen Informations- und Verschwiegenheitsinteressen“ und Dr. Stefan Werner für seine Dissertation „Schließung und Insolvenz gesetzlicher Krankenkassen – Eine vergleichende Betrachtung unter besonderer Berücksichtigung der Absicherungsverfahren für Gläubiger und Kassenbeschäftigte“

Die nächste Mitgliederversammlung findet voraussichtlich am 22. Februar 2018 in Berlin statt. Das wissenschaftliche Symposion in Verbindung mit der Mitgliederversammlung ist für den 23. Februar 2018 geplant

Autor
Jürgen Stoschek
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

MITTEILUNGEN DER GESELLSCHAFT



Der 21. Wissenschaftspreis der GRPG ging an Dr. Anika Klafki (Mitte), überreicht durch Professor Volker Ulrich (links) und den Sponsor des Preisgeldes der Firma Servier Deutschland GmbH, vertreten durch den Geschäftsführer Oliver Kirst (rechts).



Sonderpreis der GRPG für Dr. Christina Berchtold.



Sonderpreis der GRPG für Dr. Stefan Werner.