

RPG

Band 24 | Heft 1 | 2018

1 | 2018

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

■ Übersicht

Mischpreis und Nutzenmonetarisierung

**Pflege morgen – ein Blick auf
Pflegearrangements der Zukunft**

■ Zur Diskussion gestellt

**Digitalisierung als Garant, Gesundheits-
und Pflegeversorgung in der Zukunft
zu gewährleisten**

■ Mitteilungen der Gesellschaft

**Eckpfeiler für eine digitale Transformation
des deutschen Gesundheitswesens**

HERAUSGEBER

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

MITHERAUSGEBER

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

Autoren des Heftes

Maurice Gesser
Stefan Huster
Andreas Meusch
Guido Noelle
Jürgen Stoschek
Jürgen Zerth

Editorial

Die Stärkung der Alten- und Krankenpflege, die langfristige Sicherung der medizinischen Versorgung auf dem Land und die Digitalisierung im Gesundheitswesen gehören sicher zu den zentralen Zukunftsthemen, mit denen sich der neue Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in dieser Legislaturperiode wird beschäftigen müssen. Dass in den kommenden Jahren abschließende Lösungen gefunden werden, ist allerdings kaum zu erwarten. Zu groß sind die Herausforderungen. Um so wichtiger sind die richtigen Weichenstellungen.

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung geht es dabei nicht nur um die Frage, ob für den steigenden Pflegebedarf genügend qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen wird. Geklärt werden muss auch, welchen Beitrag neue Technologien und die Digitalisierung zu einer Verbesserung der Versorgung zum Nutzen der Patienten leisten können.

Zu diesen Themenkomplexen finden Sie in diesem Heft eine ganze Reihe interessanter Beiträge, die ausdrücklich auch zur Diskussion anregen wollen. Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Jürgen Stoschek
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Übersicht

Mischpreis und Nutzenmonetarisierung
Stefan Huster 3

Pflege morgen – ein Blick auf
Pflegearrangements der Zukunft
Jürgen Zerth 11

Zur Diskussion gestellt

Digitalisierung als Garant, Gesundheits- und
Pflegeversorgung in der Zukunft zu gewährleisten
Andreas Meusch | Maurice Gesser 17

Mitteilungen der Gesellschaft

Eckpfeiler für eine digitale Transformation
des deutschen Gesundheitswesens
Guido Noelle 20

25. Mitgliederversammlung der GRPG
und wissenschaftliches Symposium
Jürgen Stoschek 22

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches 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.

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, Zivil-
prozessrecht, 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

St. Allroggen
B. Brennecke
A. Elmer
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
K. Maag
M. Meyer
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 Beziehers 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 • Anzeigenpreisl-
ste: 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 Hinwei-
ses kann nicht geschlossen wer-
den, dass es sich um einen freien
Warennamen handelt. Die Zeitschrift und
alle in ihr enthaltenen Beiträge und Ab-
bildungen sind urheberrechtlich geschützt.
Mit Ausnahme der gesetzlich zugelas-
senen Fälle ist eine Verwertung ohne Ein-
willigung des Verlages strafbar. Weder
Herausgeber noch Verlag haften für
Inhalte, Informationen sowie die Richtig-
keit der Aktenzeichen, die verlagsseitig
mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2018 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**.

Stefan Huster¹

Mischpreis und Nutzenmonetarisierung

Zur neueren Rechtsprechung zum AMNOG-Verfahren²

Die neuere Rechtsprechung des LSG Berlin-Brandenburg zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln und der Bestimmung eines Erstattungsbetrags hat für viel Aufsehen gesorgt, indem sie der Schiedsstelle weitreichende Begründungsanforderungen auferlegt und die Bildung eines Mischpreises für rechtswidrig erklärt hat. Sie kann weder in der Argumentation noch im Ergebnis überzeugen.

I. Einführung

Die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit der nachfolgenden Verhandlung oder Festsetzung eines Erstattungsbetrags (§§ 35a, 130b SGB V) gehört zu den wichtigsten Innovationen des Krankenversicherungsrechts der letzten Jahre. 2011 durch das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) eingeführt, hat sie nicht nur enorme wirtschaftliche Bedeutung gewonnen, sondern auch die juristische Aufmerksamkeit auf sich gezogen.³ Inzwischen liegen erste Gerichtsentscheidungen zum AMNOG-Verfahren vor. Zuständig für Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstelle nach

§ 130b SGB V ist gemäß § 29 Abs. 4 Nr. 3 SGG in erster Instanz das LSG Berlin-Brandenburg. Da der Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) selbst nicht angegriffen werden kann (vgl. § 35a Abs. 8 SGB V) und eine Einigung zwischen GKV-Spitzenverband und Arzneimittelhersteller über den Erstattungsbetrag ebenfalls nicht klagefähig ist, stellt – im Falle des Scheiterns der Preisverhandlungen – die Schiedsstellenentscheidung den ersten Akt dieses Verfahrens dar, der unmittelbar zur gerichtlichen Überprüfung gebracht werden kann.⁴

Dem LSG Berlin-Brandenburg kommt damit – zumindest bis zu einer höchstrichterlichen Klärung durch das BSG – eine Schlüsselrolle zu. Nachdem seine ersten Entscheidungen weithin Sonderfälle und Randfragen betrafen,⁵ hat es sich mit seinem Beschluss vom 1.3.2017 im einstweiligen Rechtsschutz auf Antrag des GKV-Spitzenverbandes, die aufschiebende Wirkung seiner Anfechtungsklage gegen einen Schiedsspruch wiederherzu-

stellen, zum ersten Mal ausführlich mit zwei Grundproblemen beschäftigt: der Zulässigkeit der Bildung von Mischpreisen (II.) und den Kriterien der Monetarisierung des Zusatznutzens durch die Schiedsstelle (III).⁶ Diese Entscheidung hat viel kritische Aufmerksamkeit gefunden, weil sie zu recht überraschenden Ergebnissen gekommen ist.⁷ Nun liegt das Urteil in der Hauptsache vor, das diese Ergebnisse weithin bestätigt.⁸

II. Der Mischpreis

1. Die Mischpreis-Praxis

In dem zu entscheiden Verfahren hatte der G-BA in seinem Nutzenbewertungsbeschluss nach § 35a Abs. 3 SGB V fünf Patientengruppen unterschieden, von denen er nur bei einer Gruppe einen (geringen) Zusatznutzen anerkannte. Die Möglichkeit einer derartigen Differenzierung von Subgruppen setzt § 35a Abs. 1

1 Der Autor ist Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie sowie Direktor des Instituts für Sozial- und Gesundheitsrecht (ISGR) an der Ruhr-Universität Bochum.

2 Der Aufsatz ist erschienen in „Neue Zeitschrift für Sozialrecht“, Heft 18, Seite 681-720, 26. Jahrgang, 15. September 2017. Der Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Verlags.

3 Monografisch vgl. etwa *Apeltauer*, Zusatznutzen von *Arzneimitteln*. Begriff und rechtliche Anforderungen an den Nachweis, 2016; *Münkler*, Kosten-Nutzen-Bewertungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Perspektive zur Ausgestaltung des krankensicherungsrechtlichen Wirtschaftlichkeitsgebots?, 2015; *Stadelhoff*, Rechtsprobleme des AMNOG-Verfahrens, 2016; Wien, Regulierung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen – *Eine interdisziplinäre und internationale vergleichende Analyse des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG)*, 2016.

4 Die Nutzenbewertung durch den G-BA nach § 35a Abs. 3 SGB V kann im Rahmen dieses Verfahrens dann allerdings incidenter überprüft werden; vgl. dazu nur LSG Berlin-Brandenburg, 14.3.2017, L 1 KR 372/16 KL ER, Rn. 25.

5 Vgl. etwa LSG Berlin-Brandenburg, NZS 2013, 584 ff.; KrV 2013, 180; RPG 2014, 22; KrV 2014, 125 ff.; KrV 2016, 79 ff.

6 LSG Berlin-Brandenburg, 1.3.2017, L 9 KR 437/16 KL ER, PharmR 2017, 204 ff.

7 Vgl. Anders, A&R 2017, 80 ff.; *Stallberg*, PharmR 2017, 212 ff.

8 LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL.

Satz 3 Nr. 4 SGB V ausdrücklich voraus;⁹ sie kommt auch in etwa der Hälfte der Verfahren der frühen Nutzenbewertung zum Einsatz.¹⁰ In solchen Konstellationen stellt sich nun immer wieder die Frage, wie ein Erstattungsbetrag zu bestimmen ist. Die Praxis der Verhandlungspartner und auch der Schiedsstelle hatte sich insoweit bisher mit der Bildung eines Mischpreises beholfen, der (fiktive) Erstattungsbeträge für die einzelnen Patientengruppen berechnete und diese dann – nach der Patientenanzahl gewichtet – verrechnete, um zu einem – aufgrund der Vorgabe des § 78 Abs. 2 Satz 2 AMG – notwendigerweise einheitlichen – Erstattungsbetrag zu gelangen. Nach diesem Modell war auch hier verfahren worden.

2. Die Kritik des LSG

Das LSG hielt diese Praxis bereits in der Eilentscheidung für rechtswidrig; die Entscheidung in der Hauptsache bestätigt diese Einschätzung nun. Seine Argumentation beruht dabei maßgeblich auf § 130b Abs. 3 Satz 1 SGB V, wonach der Erstattungsbetrag für Arzneimittel ohne Zusatznutzen nicht zu höheren Jahrestherapiekosten als die zweckmäßige Vergleichstherapie führen darf.¹¹

9 Vgl. auch § 7 Abs. 2 Satz 7 Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung (AM-NutzenV): Bei der Nutzenbewertung wird u.a. geprüft, „welcher Zusatznutzen für welche Patientengruppen in welchem Ausmaß belegt ist“.

10 Vgl. dazu die Angaben bei Greiner/Witte, AMNOG-Report 2017, 2017. Zu den methodischen Aspekten vgl. Behring, in: Interdisziplinäre Plattform zur Nutzenbewertung, Heft 1, Juli 2015, 22 ff.

11 LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 72. Durch das GKV-Arzneimittel-versorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) ist diese Vorschrift zu einer „Soll-Regelung“ abgeschwächt worden. Dies soll die Möglichkeit eröffnen, Marktaustritte zu verhindern, indem Arzneimitteln, die zwar ihren Zusatznutzen (noch) nicht nachgewiesen haben, in der Versorgungspraxis aber benötigt werden, ein höherer Erstattungsbetrag zugesprochen werden kann; vgl. dazu Huster/Ströttchen, GesR 2017, 352 ff. Für die hiesige Problematik wird man daraus nichts schließen können, weil diese Gesetzesänderung ersichtlich nicht den Zweck verfolgte, die Bildung eines Mischpreises zu ermöglichen.

Tatsächlich verstößt die Bildung eines Mischpreises scheinbar gegen diese Vorgabe, weil dieser Mischpreis bei den Patientengruppen, für die kein Zusatznutzen festgestellt werden konnte, die Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie überschreitet. Nur liegt das Gegenargument auch auf der Hand: Es handelt sich hier gar nicht um ein Arzneimittel, dem – wie § 130b Abs. 3 Satz 1 SGB V voraussetzt – jeglicher Zusatznutzen abgesprochen wurde. Man könnte daher mindestens ebenso gut davon ausgehen, dass diese Norm auf eine Mischpreisbildung gar nicht anwendbar ist, die die „Unterzahlung“ des Zusatznutzens in einem Segment durch eine „Überzahlung“ in einem anderen Segment kompensiert.¹² Allein mit dem Wortlaut der Norm lässt sich das Ergebnis des LSG daher nicht begründen – eher im Gegenteil. Zudem lässt die Auffassung des LSG noch aus einem weiteren Grund ratlos zurück: Was hätte die Schiedsstelle denn tun sollen, wenn der G-BA nun einmal verschiedene Patientengruppen unterschieden hat?¹³ Wenn ein Mischpreis nicht möglich ist und man das Argument aus § 130b Abs. 3 Satz 1 SGB V ernst nimmt, wäre der Schiedsstelle nichts anderes übrig geblieben, als bei dem Erstattungsbetrag insgesamt die Kosten der Vergleichstherapie nicht zu überschreiten – ein sinnwidriges und für den Hersteller ersichtlich noch unakzeptableres Ergebnis als die Bildung eines Mischpreises.¹⁴

12 Ebenso Stallberg, PharmR 2017, 212 (214).

13 Zur Verbindlichkeit der Festlegungen des Nutzenbewertungsbeschlusses des G-BA für die Schiedsstelle vgl. LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 51; offengelassen dagegen bei LSG Berlin-Brandenburg, 22.5.2014, L 1 KR 108/14 KL ER, KrV 2014, Rn. 116 ff.; Stallberg, PharmR 2017, 212 (213); anders wohl LSG Berlin-Brandenburg, 23.12.2015, L 1 KR 550/15 KL ER, KrV 2016, 79, Rn. 53.

14 Es mutet daher etwas kurios an, dass das LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 73, den Mischpreis als (auch) für den Hersteller unzumutbar ansieht.

Das LSG bringt dann noch zwei Argumente bei, die sich als Hinweise auf den systematischen Zusammenhang des AMNOG-Verfahrens rekonstruieren lassen. So führe die Mischpreisbildung zum einen zu einer verzerrten Ausgangslage für zukünftige Preisbildungen: Trete in einer Patientengruppe nämlich ein neues Medikament auf den Plan, dem das nun bewertete Arzneimittel dann als zweckmäßige Vergleichstherapie gegenübergestellt werde, seien dessen Jahrestherapiekosten entweder zu hoch oder zu niedrig.¹⁵ Dieser Hinweis überzeugt aber schon deshalb nicht, weil er etwas verlangt, was nur selten der Fall ist: dass nämlich die Kosten der jeweiligen Vergleichstherapie auf einer Nutzenbewertung und einer dementsprechenden Preisfindung beruhen. Spätestens seitdem der Bestandsmarktaufruf abgeschafft wurde,¹⁶ den man ohnehin nicht flächendeckend hätte vollziehen können, wird man sich auf lange Zeit mit der Situation abfinden müssen, dass die Kosten der Vergleichstherapie häufig völlig kontingent sind und jedenfalls mit dem (Zusatz-)Nutzen des jeweiligen Arzneimittels wenig zu tun haben. Das ist durchaus ein Problem, aber dieses betrifft dann alle AMNOG-Preisfindungen und zuallerletzt die Verzerrungen durch den Mischpreis.¹⁷

Zum anderen weist das LSG auf die durch den Mischpreis ausgelösten Regressrisiken für Vertragsärzte hin:¹⁸ Verordne ein Vertragsarzt das bewertete Arzneimittel in einer Patientengruppe ohne Zusatznutzen, setze er sich dem Vorwurf des unwirtschaftlichen Verhaltens aus, da

15 LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 74.

16 Vgl. Art. 1 Nr. 1 14. SGB V-Änderungsgesetz, durch das § 35a Abs. 6 SGB V a.F. aufgehoben wurde. Eine – eng begrenzte – Möglichkeit der Nutzenbewertung des Bestandsmarkts hat das AMVSG wieder eingeführt; vgl. § 35a Abs. 6 SGB V.

17 Vgl. näher dazu unten bei III.2.

18 LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 85 ff.

mit der zweckmäßigen Vergleichstherapie eine kostengünstigere Behandlungsalternative zur Verfügung stehe, zumal – so erwägt das Gericht etwas spekulativ – die Vertragsärzte bisher möglicherweise nicht hinreichend über die Nutzenbewertungsbeschlüsse des G-BA und die darin enthaltenen Differenzierungen von Patientengruppen informiert seien. Nun mögen diese Probleme durchaus realer Natur sein, aber in juristischer Hinsicht zäumt das LSG hier das Pferd von hinten auf: Wenn der Mischpreis bisher zu unzumutbaren Regressrisiken führt, wäre die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach den §§ 106 ff. SGB V aufgerufen, sich dieser Frage anzunehmen, zumal ja das LSG selbst auch der Ansicht ist, dass es jedenfalls in Einzelfällen gerechtfertigt sein könne, das teurere von zwei grundsätzlich gleichwertigen Arzneimitteln zu verordnen.¹⁹ Den Mischpreis selbst wird man allein mit dem Hinweis auf derartige „Regressrisiken“ – im Grunde heißt das: ein nicht gut funktionierendes, weil nicht hinreichend mit dem AMNOG-Verfahren abgestimmtes System der Wirtschaftlichkeitsprüfung - nicht kritisieren können.

3. Was tun?

Das LSG hat hier in doppelter Hinsicht ohne juristische Not eine neue Baustelle aufgemacht: Weder überzeugt die Mischpreis-Kritik noch war sie zur Begründung des Entscheidungsergebnisses erforderlich, das ausschließlich auf den Erwägungen zur Monetarisierung des Zusatznutzens beruht.²⁰ Dass das LSG sich trotzdem zu diesen Erwägungen veranlasst sah, kann man nur dadurch erklären, dass es eine Vorlage liefern wollte, das AMNOG-System an dieser Stelle grundlegend umzubauen. Tatsächlich ist dies seine „Lösung“: Der Gesetzgeber oder

mindestens die Parteien der Rahmenvereinbarung nach § 130b Abs. 9 SGB V (RahmenV) müssten den Mischpreis regeln.²¹

Nun ist der Ruf nach dem Normgeber in juristischen Falllösungen selten überzeugend. In der Sache wird aber wohl tatsächlich nichts anderes übrig bleiben, als den Mischpreis ausdrücklich zu normieren, wenn sich die Ansicht des LSG in der Rechtsprechung durchsetzt – denn der Mischpreis oder ein ähnliches Instrument wird (zumal in Zeiten einer zunehmend personalisierten oder stratifizierten Medizin²²) fraglos gebraucht. Das – vermeintliche - Hindernis des § 130b Abs. 3 Satz 1 SGB V könnte man dabei leichter Hand aus dem Weg räumen, indem klargestellt wird, dass diese Norm nur für Arzneimittel gilt, die *insgesamt keinen Zusatznutzen bescheinigt bekommen* haben.²³ Eine darüber hinausgehende positive Regelung des Mischpreises und seiner Berechnung, wie sie dem LSG vorzuschweben scheint, drängt sich schon deshalb nicht auf, weil dann nur positiviert werden könnte, was Verhandlungspartner und Schiedsstelle eh schon tun; sie ist auch verfassungsrechtlich nicht geboten, wie das LSG mit

dem Hinweis auf die „Wesentlichkeit“ dieser Frage²⁴ wohl suggerieren will. Es gibt aber andere Stellen, an denen man tätig werden könnte oder sogar müsste:

- Für die *Kostenträger* besteht im Kern kein Problem, weil sich aus ihrer Sicht zu hohe und zu niedrige Preise kompensieren, solange sich die Verordnungen in dem Rahmen halten, der der Festsetzung des Mischpreises zugrunde lag.
- Für die *pharmazeutischen Unternehmer* birgt der Mischpreis dagegen die Gefahr, dass durch die Berücksichtigung der Patientengruppen ohne Zusatznutzen der Erstattungsbetrag nach unten gezogen wird und ihnen dadurch aufgrund des Systems der internationalen Preisreferenzierung weitere Nachteile drohen. Dazu gibt es zwei Lösungen: Zum einen könnte man ihnen in dieser Situation gesetzlich die Möglichkeit eines Teil-Opt-outs für diejenigen Patientenpopulationen einräumen, in denen kein Zusatznutzen anerkannt wurde.²⁵ Zum anderen könnte man sicherzustellen versuchen, dass das Arzneimittel in den Patientenpopulationen ohne (nachgewiesenen) Zusatznutzen nicht, nur in begründeten Einzelfällen oder jedenfalls nicht über das Ausmaß hinaus, von dem die Mischpreisbildung ausgeht, verordnet wird. Im hiesigen Verfahren hatte die Schiedsstelle dies zu erreichen versucht, indem das Unternehmen verpflichtet wurde, das Arzneimittel für diese Gruppen nicht zu bewerben, dem GKV-Spitzenverband ein Sonderkündigungsrecht für den Fall eingeräumt wurde, dass das Arzneimittel in diesen Gruppen häufiger verordnet wird, als im Rahmen der Mischpreisbildung ange-

21 LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 76 f.

22 Vgl. dazu aus juristischer und ethischer Sicht etwa nur *Huster/Gottwald*, GesR 2012, 449 ff.; Keil, Rechtsfragen der individualisierten Medizin, 2015; *Kohake*, Personalisierte Medizin und Recht, 2016; *Vollmann/Sandow/Wäscher/Schildmann* (Hrsg.), *The Ethics of Personalised Medicine. Critical Questions*, 2015.

23 So der Vorschlag der KBV in ihrer Stellungnahme vom 21.4.2017, S. 5 f., zur Anhörung zum Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften; im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens wurde bereits – erfolglos – versucht, den Gesetzgeber zu einer Korrektur der LSG-Rechtsprechung zu bewegen. Dass § 130b Abs. 3 Satz 1 SGB V einer Mischpreisbildung nicht entgegensteht, wenn das Arzneimittel in unterschiedlichen Gruppen einen unterschiedlich großen Zusatznutzen hat, wird nicht bestritten (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, 1.3.2017, L 9 KR 437/16 KL ER, PharmR 2017, 204 (211)), obwohl auch in diesen Fällen der Mischpreis für die einzelnen Subgruppen nicht zu einem Zusatznutzenadäquaten Erstattungsbetrag führt.

24 Vgl. LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 76.

25 Vgl. dazu *Huster/Gassner/Grotjahn/Nitz*, PharmR 2017, 273 ff.

19 LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 88.

20 Vgl. dazu unter III.

nommen wurde, und die Vertragsärzte angehalten wurden, Verordnungen nur in der Zusatznutzengruppe vorzunehmen. Ob die gesetzlichen Grundlagen für derartig weitreichende Maßnahmen ausreichen, mag man durchaus bezweifeln. Näher läge daher die Lösung, dass der G-BA mit dem Nutzenbewertungsbeschluss in der Arzneimittelrichtlinie eine entsprechende Verordnungseinschränkung vornimmt. Mit dem GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) sollte diese Möglichkeit ausdrücklich in den Sätzen 5 bis 7 des § 35a Abs. 3 SGB V geregelt werden.²⁶ Man hat letztlich darauf mit der Erwägung verzichtet, dass der G-BA bereits jetzt zu entsprechenden Regelungen befugt sei.²⁷ Das mag man so sehen,²⁸ aber es ist – wie auch ein Teil-Opt-out – eine etwas grobe Lösung, die dem Umstand nicht gerecht wird, dass es aus ärztlicher Sicht sinnvoll sein kann, im Einzelfall ein teureres Medikament zu verordnen, auch wenn eine kostengünstigere gleichwertige Alternative an sich – d.h. nach der Ergebnissen der frühen Nutzenbewertung – zur Verfügung steht. Will man diese Möglichkeit nicht von vornherein ausschließen und sieht auch keine entsprechende Öffnungsklausel vor, läuft dieses Verfahren im Grunde darauf hinaus, dass die ärztliche The-

rapiefreiheit und das Patienteninteresse dem Interesse des Unternehmers geopfert werden, dass der Erstattungsbetrag durch die Berücksichtigung der Populationen ohne Zusatznutzen nicht verwässert wird.

- Die *Vertragsärzte* wiederum befürchten Regresse, wenn sie ein Mischpreis-Arzneimittel in den Patientengruppen verordnen, in denen kein Zusatznutzen belegt ist.²⁹ Dieses Problem wird man aber auch auf gesetzlicher Ebene nicht bei der Regelung des Mischpreises, sondern nur bei der Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in den Griff bekommen können.³⁰ Hinzuweisen ist in dem Zusammenhang darauf, dass es jedenfalls nicht angehen kann, *zunächst* einen Mischpreis festzusetzen und dann die Verordnung des Arzneimittels in den Indikationen ohne Zusatznutzen unter Rückgriff auf das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder durch Verordnungsausschlüsse des G-BA zu unterbinden. Dies wäre ersichtlich inkonsequent und unfair, weil sich der „zu niedrige“ Mischpreis in den Zusatznutzen-Populationen nur durch den „zu hohen“ Preis in den anderen Subgruppen rechtfertigt. Es liegt daher in der Logik des AMNOG-Systems – auch wenn die Kostenträger und teilweise auch die Politik dies nicht anerkennen wollen –, dass der Mischpreis die Wirtschaftlichkeit einer zweckmäßigen

Verordnung in allen vom G-BA im Nutzenbewertungsbeschluss aufgeführten Patientengruppen sicherstellt – auch in den Gruppen, für die kein Zusatznutzen nachgewiesen werden konnte.³¹ Was hier „wirtschaftlich“ ist, wird abschließend durch das AMNOG-Verfahren festgelegt; dessen Ergebnisse können nicht durch den Rückgriff auf das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V konterkariert werden.³² Gleichzeitig gibt es ein legitimes Interesse der Kostenträger sicherzustellen, dass die Verordnungen in den Gruppen ohne Zusatznutzen nicht aus dem Ruder laufen; vor diesem Hintergrund hat das AMVSG mit der Einfügung des § 130b Abs. 1a SGB V nun gesetzlich klargestellt, dass im Rahmen der Erstattungsbetragsverhandlungen auch Preis-Mengen-Vereinbarungen geschlossen werden können – wobei deren praktische Umsetzung nicht geringe Probleme aufwirft und ihre Akzeptanz auf Herstellerseite ersichtlich davon abhängen wird, dass im Gegenzug auf eine Verordnungssteuerung durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen verzichtet wird.

Selbstverständlich kann der Gesetzgeber auch über andere Modelle als den Mischpreis nachdenken, um die Preisbildung bei Vorliegen unterschiedlicher Subgrup-

26 Vgl. BT-Drks. 18/10208, S. 9.

27 Vgl. BT-Drks. 18/11449, S. 34, und dazu auch LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 91 ff. Ob die Vorgabe in § 92 Abs. 2 Satz 11 SGB V a.F., dass Verordnungseinschränkungen oder -ausschlüsse nur zulässig sind, wenn die Wirtschaftlichkeit nicht durch die Vereinbarung eines Erstattungsbetrags nach § 130b SGB V hergestellt werden kann, auf die hiesige Konstellation anwendbar war, war umstritten (ablehnend LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 90); sie ist durch AMVSG jedenfalls gestrichen worden.

28 Der G-BA selbst sah es in seiner Stellungnahme vom 9.12.2016 zum AMVSG, S. 4, übrigens nicht so. Er hat bisher Subgruppen im Rahmen der frühen Nutzenbewertung auch nur im Einvernehmen mit dem Hersteller ausgeschlossen.

29 Vgl. nur „KBV sieht Regressrisiko für Ärzte“, Dt. Ärztebl. 114 (2017), A-876 f.; *Korzilius*, Dt. Ärztebl. 114 (2017), A-1411.

30 Zur fehlenden Abstimmung von AMNOG-Verfahren und Wirtschaftlichkeitsprüfung vgl. *Bauer/May/Wasem*, Analyse und Beschreibung des AMNOG-Umsetzungsproblems in die Versorgungspraxis. IBES Diskussionsbeitrag Nr. 216, Januar 2016 (https://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/Diskussionspapier_216_Analyse_und_Beschreibung_des_AMNOG-Umsetzungsproblems_in_die_Versorgungspraxis_online.pdf); ferner etwa Sauer/Beck, A&R 2016, 158 ff.

31 Im Grunde ergab sich das sogar ausdrücklich aus dem Gesetz, solange § 92 Abs. 2 Satz 11 SGB V a.F. davon sprach, dass „die Wirtschaftlichkeit (...) durch die Vereinbarung eines Erstattungsbetrags nach § 130b SGB V hergestellt werden“ soll; zu dieser Regelung vgl. bereits oben in Fn. 25.

32 Die für die Lösung dieses Problems prinzipiell geeignete Vereinbarung von Praxisbesonderheiten (§ 130b Abs. 2 SGB V) spielt in der Praxis nur eine geringe Rolle.

pen in den Griff zu bekommen.³³ Wohin die Reise auch immer gehen mag, wenn eine Korrektur der Sozialrechtsprechung oder eine weitergehende Verbesserung des jetzigen Rechtszustandes erforderlich erscheint: Viele Überlegungen laufen auf eine größere Bedeutung von Verordnungseinschränkungen oder -ausschlüssen hinaus; einer rein preisrechtlichen Steuerung wird offensichtlich nicht mehr getraut. Dabei spielen hier nicht nur die Interessen der Kostenträger eine Rolle, sondern auch das leidige Problem der internationalen Preisreferenzierung, das die deutsche Preisfindung unter Druck setzt und es auch aus Sicht der Hersteller klug erscheinen lassen kann, auf die eine oder andere Subgruppe ohne nachgewiesenen Zusatznutzen zu verzichten, um den Preis des Arzneimittels nicht zu verwässern. Jedenfalls entfernt sich das System damit von der ursprünglichen Idee des AMNOG, das sicherstellen wollte, dass innovative Arzneimittel zeitnah jedermann zur Verfügung stehen.³⁴ Ob dieser Richtungswechsel für die Versorgungspraxis hilfreich ist, entzieht sich einer juristischen Beurteilung. Bedenken erweckt allerdings der Umstand, dass Ärzte es vielfach für erforderlich halten, jedenfalls in Einzelfällen auch in Subgruppen, für die ein Zusatznutzen eines Arzneimittels nicht nachgewiesen werden konnte – was bekanntlich etwas anderes ist als der Nachweis, dass ein Zusatz-

nutzen nicht vorhanden ist –, auf dieses Präparat zurückgreifen zu können.³⁵ Wie schon angesichts der nicht unerheblichen Zahl von Marktaustritten³⁶ konstatiert werden muss, droht auch hier das AMNOG von einem Instrument der Rationalisierung durch Preisregulierung zu einem Rationierungsverfahren zu werden.

III. Die Monetarisierung des Zusatznutzens

1. Die fehlende Begründung des „Zuschlags“

Einem echten Problem ist das LSG dagegen auf der Spur, wenn es die Art und Weise, wie die Schiedsstelle hier den Zusatznutzen des Arzneimittels monetarisiert hat, sowie die mangelnde Begründung dieser Festsetzung kritisiert; dies ist auch der Aspekt, der in dem Urteil das Ergebnis der Rechtswidrigkeit der Schiedsstellenentscheidung trägt. Stein des Anstoßes ist die Frage, wie die Schiedsstelle dazu gelangt ist, den Zusatznutzen in der einschlägigen Patientenpopulation mit 1.200 Euro zu bewerten.³⁷ Das LSG erkennt zwar an, dass die Entscheidungen der Schiedsstelle – allgemeinen Grundzügen folgend³⁸ – nur eingeschränkt gerichtlich überprüfbar sind.³⁹ Auch mag es nachvollziehen, wie die Schiedsstelle hier die rechtlich vorgegebenen (vgl. § 130b Abs. 1 Satz 1, Abs. 9 Satz 3 SGB V, §§ 5, 6 RahmenV)

Preisbestimmungskriterien – Ausmaß des Zusatznutzens nach dem G-BA-Beschluss, Abgabepreise in anderen Ländern und Jahrestherapiekosten vergleichbarer Arzneimittel – gewichtet und dann die Patientensubgruppen verrechnet hat. Es fehle aber jede nachvollziehbare Begründung für den Wert von 1.200 Euro. Dieser sei „frei gegriffen“⁴⁰ und entbehre – auch wenn man keinen „Entscheidungsalgorithmus“ verlange⁴¹ – einer erforderlichen „einzelfallbezogene(n), nachvollziehbare(n) und alle rechnerischen Elemente objektivierende(n) Begründung“.⁴² Eine maßgebliche Rolle für diese Beurteilung spielt dabei der Umstand, dass das LSG der Vorgabe in § 5 Abs. 2 Satz 1 RahmenV, dass der Erstattungsbetrag „durch einen Zuschlag auf die Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie“ vereinbart wird, eine „zentrale“ rechtliche Bedeutung zumisst.⁴³ Aufgrund ihres zentralen Charakters sei diese Vorgabe von der Schiedsstelle „besonders sorgsam zu bedenken“ und auch in der schriftlichen Begründung ihres Schiedsspruchs zu berücksichtigen. Hier sei aber nicht ersichtlich, wie man von den Kosten der in der Subgruppe mit Zusatznutzen einschlägigen Vergleichstherapie in Höhe einer Spanne von 46,27 bis 252 Euro über einen „Zuschlag“ auf 1.200 Euro komme. Der Schiedsspruch habe sich vielmehr gar nicht an diesen Kosten orientiert, sondern ohne weitere Begründung auf eine „Zahlungsbereitschaft der Krankenkassen“ abgestellt. Dabei gelte, dass die Begründungslast für die Schieds-

33 Vgl. dazu etwa das Konzept des „Indication-Specific Pricing“ (Bach, JAMA 2014, 1629 ff., dazu Stadelhoff, Rechtsprobleme des AMNOG-Verfahrens, 2016, S. 278 ff.) oder das vom GKV-Spitzenverband vorgelegte Modell der „nutzenorientierten Erstattung“, das zwischen einem Basispreis und einem Zusatznutzenaufschlag unterscheidet (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/amnog_verhandlungen/20160608_Konzeptpapier_NoE_AMNOG.pdf); dazu wiederum – kritisch – Cassel/Ulrich, Nutzenorientierte Erstattung für stratifizierte AMNOG-Präparate?, Oktober 2016 (http://www.fwi.uni-bayreuth.de/de/download/WP_01-16.pdf).

34 Ähnlich Stallberg, PharmR 2017, 212 (214 f.). Zu den Zielen des AMNOG vgl. BT-Drks. 17/2413, S. 1.

35 Vgl. etwa Bausch, Ärzte-Zeitung v. 26.6.2017, S. 2.

36 Zu deren Folgen für den Versorgungsanspruch vgl. Huster/Ströttchen, GesR 2017, 352 ff.

37 Zum Folgenden vgl. LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL., Rn. 55 ff.

38 Zur Gestaltungsfreiheit der Schiedsämter und zur gerichtlichen Kontrolldichte vgl. Düring/Schnapp, in: dies. (Hrsg.), Handbuch des sozialrechtlichen Schiedsverfahrens, 2. A. 2016, Rn. 156 ff., 221 f.

39 So zuvor auch bereits LSG Berlin-Brandenburg, 19.3.2015, L 1 KR 499/14 KL ER, Rn. 31; LSG Berlin-Brandenburg, 3.3.2016, L 1 KR 345/15 KL ER, Rn. 30; LSG Berlin-Brandenburg, 10.5.2016, L 9 KR 513/15 KL ER, Rn. 29 f.; LSG Berlin-Brandenburg, 14.3.2017, L 1 KR 372/16 KL ER, Rn. 24.

40 Zu diesem Einwand vgl. auch bereits LSG Berlin-Brandenburg, 3.3.2016, L 1 KR 345/15 KL ER, Rn. 36.

41 Ein derartiger starrer Algorithmus war jedenfalls nicht gewollt; vgl. BT-Drks. 17/13770, S. 24.

42 So die zusammenfassende Formulierung der Begründungsanforderung bei LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 63.

43 Vgl. LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 56: „zentraler rechtlicher Ansatzpunkt“; Rn. 58: „zentrales Element der Preisbildung“.

stelle umso intensiver werde, je weiter die Bildung des Zuschlages sich von den Kosten der Vergleichstherapie – hier um mindestens fast das Fünffache – entferne. In dem Beschluss im einstweiligen Rechtsschutz hatte das LSG sogar noch konkreter vorgegeben, dass diese gesteigerten Begründungsanforderungen greifen, sobald der „Zuschlag“ – gemeint ist wohl: der Erstattungsbetrag – das Doppelte der Kosten der Vergleichstherapie überschreite.⁴⁴

2. Die Problematik des „Zuschlags“ und seiner Begründung

Diese Rechtsprechung wirft zwei Fragen auf, eine inhaltliche und ein institutionelle. Das inhaltliche Problem besteht darin, dass es nicht zielführend ist, die Findung des Erstattungsbetrags in der Weise an die Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie zu binden – das LSG spricht sogar davon, dass diese Kosten die statthafte Höhe des Zuschlags „determinieren“⁴⁵ –, wie es in diesen Entscheidungen geschieht.

Zunächst bleibt unklar, warum der „Zuschlag“-Formulierung in § 5 Abs. 2 Satz 1 RahmenV plötzlich eine derartig zentrale Rolle zukommt. Auch wenn man der RahmenV trotz gewisser legitimationsrechtlicher Bedenken⁴⁶ Verbindlichkeit für die Verhandlungspartner und auch die Schiedsstelle zuerkennt,⁴⁷ bleibt unklar, warum gerade diese Bestimmung, die sich im SGB V nicht findet, ein „zentrales Element der Preisbildung“ sein soll. Das LSG scheint dieser Auffassung zu sein, weil es annimmt, nur auf diese Weise dem Grundgedanken des AMNOG-Verfahrens gerecht werden zu können, dass

sich der Erstattungsbetrag vorrangig aus dem vom G-BA festgestellten Zusatznutzen gegenüber der Vergleichstherapie ergeben soll. Damit überstrapaziert es jedoch die „Zuschlag“-Formulierung deutlich. Wie hätte das LSG eigentlich entschieden, wenn sich diese Formulierung in der RahmenV nicht fände: Hätte sich dadurch wirklich etwas „Zentrales“ an dem AMNOG-Verfahren geändert?

Das LSG versucht hier – *ferner* – ein Strukturproblem des AMNOG-Verfahrens mit untauglichen Mitteln zu lösen. Man kann sich dieses Problem an einem einfachen Beispiel klarmachen: Nehmen wir an, ein neues Arzneimittel hat den Zusatznutzen X (z.B. eine durchschnittliche Verlängerung der Lebenszeit um sechs Monate) gegenüber der Vergleichstherapie. In welchem Sinne sollte nun der „Zuschlag“ bzw. der Erstattungsbetrag von den Kosten der Vergleichstherapie abhängen? Selbstverständlich sollten diese Kosten einen Einfluss auf die absolute Höhe des Preises haben: Wenn wir bereit sind, für diesen Zusatznutzen X einen Betrag von 100.000 Euro aufzuwenden, sollte der Erstattungsbetrag bei 150.000 Euro liegen, wenn die Vergleichstherapie Jahrestherapiekosten von 50.000 Euro verursacht; liegen diese Kosten dagegen niedriger (z.B. bei 1.000 Euro) sollte – *ceteris paribus* – auch der Erstattungsbetrag nur bei 101.000 Euro liegen. Das LSG scheint dagegen davon auszugehen, dass die Vergleichstherapie den „Zuschlag“ bzw. Erstattungsbetrag noch in weiterem Sinne festlegt: Auch die Höhe der Bewertung des Zusatznutzens soll in dem Sinne relativ zu den Kosten der Vergleichstherapie sein, indem eine Vervielfachung dieser Kosten regelmäßig nicht möglich oder jedenfalls besonders begründungsbedürftig sein soll. Das hieße dann: In dem ersten Fall wäre erst ein Erstattungsbetrag über 100.000 Euro (dem Doppelten der Kosten der Ver-

gleichstherapie) begründungsbedürftig, im zweiten Fall bereits jeder Erstattungsbetrag über 2.000 Euro.

Ein derartiges Ergebnis wäre recht offensichtlich unsinnig. Denn angesichts des Umstandes, dass die Kosten der Vergleichstherapien regelmäßig ihrerseits nicht auf Nutzenbewertungen und entsprechenden Festsetzungen von Erstattungsbeträgen beruhen, sondern völlig kontingent zustande gekommen sind,⁴⁸ käme man so zu ganz unterschiedlichen Monetarisierungen des gleichen Zusatznutzens – mit abwegigen Folgen sowohl für die Arzneimittelhersteller als auch für die versorgungspolitischen Anreize. Es ist daher nicht überraschend, dass die Schiedsstelle bereits häufig Erstattungsbeträge festgelegt hat, die die Kosten der Vergleichstherapie um ein Vielfaches übersteigen. Man mag sich ja darüber streiten, ob z.B. eine Verdreitausendfachung eines Preises sich noch als ein „Zuschlag“ auf diesen Preis verstehen lässt; und in diesem Sinne lädt die „Zuschlag“-Formulierung in der RahmenV tatsächlich zu Missverständnissen ein. In der Sache kann aber kaum ein Zweifel bestehen, dass eine Bindung an die Kosten der Vergleichstherapie, wie sie in der Konsequenz der Ausführungen des LSG liegt, weder gerecht noch versorgungspolitisch zielführend wäre. Im Grunde wiederholt sich hier eine Diskussion, die es vor dem AMNOG im Rahmen der zuvor geltenden, nie recht in Gang gekommenen und inzwischen ins Abseits des § 35b SGB V gestellten Regelung zur Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln bereits gegeben hatte. Das IQWiG hatte dazu das Preisfindungsmodell der sog. „Effizienzgrenze“ entwickelt („10% besser, als auch 10% teurer“), das ebenfalls zu derartig schiefen Ergebnissen

44 LSG Berlin-Brandenburg, 1.3.2017, L 9 KR 437/16 KL ER, PharmR 2017, 204 (213).

45 LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 61.

46 Zur Diskussion vgl. *Huster*, KrV 2013, 1 ff.

47 So LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 48.

48 Vgl. dazu bereits oben II.2.

geführt hätte und deshalb scharf kritisiert worden ist.⁴⁹

Und damit erschließt sich – *schließlich* – auch die Ursache der gesamten Verwirrung: Die Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie sind nur für die absolute Höhe des Erstattungsbetrags, nicht aber für die Monetarisierung des Zusatznutzens ein sinnvoller Anhaltspunkt. Für Letzteres bräuchte man nämlich etwas, das die deutsche Gesundheitspolitik scheut wie der Teufel das Weihwasser: eine Kosten-Nutzen-Bewertung, die die Zahlungsbereitschaft des Solidarsystems für den Zusatznutzen X bestimmt. Im gegenwärtigen Recht findet das aber nur äußerst ansatzweise und verschämt statt, nämlich über die Preisfindungskriterien der Abgabepreise in anderen Ländern und der Jahrestherapiekosten vergleichbarer Arzneimittel. Eine Orientierung an diesen Kriterien mag in begrenztem Umfang eine sinnvolle Einschätzung des Zusatznutzens leisten. Wie aber darüber hinaus der Zusatznutzen ökonomisch zu bewerten ist, lässt die Rechtsordnung offen, weil insoweit die Kosten der Vergleichstherapie keine Orientierung bieten. Der Schiedsstelle bleibt daher gar nichts anderes übrig, als eine mehr oder weniger willkürliche⁵⁰ Schätzung unserer Zahlungsbereitschaft – oder in ihren Worten etwas seriöser formuliert: eine „wertende Entscheidung“⁵¹ – vorzunehmen; Gesetz und RahmenV lassen sie hier allein und verweisen insoweit sogar auf die „freie Würdigung aller Umstände des Einzelfalls“ (§ 130b Abs. 4 Satz 2 SGB V). Um

den Begründungsanforderungen des LSG zu genügen, müsste die Schiedsstelle eigentlich etwas tun, was politisch gerade vermieden werden sollte, nämlich ein konsistentes Kosten-Nutzen-Bewertungsmodell entwickeln, das dann in allen Verfahren zur Anwendung kommen könnte. Dass sie das nicht tun kann und will, wird man nicht kritisieren können. Dann gilt aber: besser eine grobe und notwendigerweise immer subjektive „wertende Entscheidung“ als eine Pseudorationalität und –transparenz durch Orientierung an einem völlig unpassenden Bewertungsparameter.

3. Das Verfahren der Schiedsstelle: welche Art von Verfahrensgerechtigkeit?

Diese inhaltliche Struktur der Monetarisierungsentscheidung wird verschärft durch ein zweites Problem, das die Schiedsstelle als Institution betrifft. Zurecht betont das LSG, dass die Schiedsstelle öffentliche Gewalt ausübt und damit den öffentlichrechtlichen Bindungen unterliegt.⁵² Die Frage ist aber, was daraus im Einzelnen folgt, und hier gerät das LSG nochmals auf Abwege. Nach Ansicht des LSG haben wir es hier mit einer Art von Ermessensentscheidung zu tun, die – insbesondere hinsichtlich ihrer Begründung – wie das Handeln jeder anderen Behörde gerichtlich überprüft werden kann.⁵³ Dies steht aber ersichtlich in einem Spannungsverhältnis zur Struktur und zur Vorgehensweise der Schiedsstelle: Hier entscheidet nämlich nicht – wie das LSG selbst zuvor bereits zutreffend entschieden hat⁵⁴ – der Vorsitzende der Schiedsstelle allein über den Erstattungsbetrag, sondern er

muss eine Abstimmungsmehrheit organisieren, also mindestens eine der konkurrierenden „Bänke“ – die Vertreter der Kassen oder des Arzneimittelherstellers – sowie ein weiteres unparteiisches Mitglied zur Zustimmung bewegen.⁵⁵ Hält man sich nun noch einmal die Vagheiten und Imponderabilien der Zusatznutzenmonetarisierung – auch und gerade unter Berücksichtigung des (weiten) rechtlichen Rahmens – vor Augen, so ist es völlig klar, dass die Begründungsmöglichkeiten hier begrenzt bleiben müssen: Denn letztlich kommt es auf die Zustimmung einer Seite an. Wenn etwa die Vertreter des Arzneimittelherstellers auf einem Erstattungsbetrag von mindestens 1.000 Euro bestehen und die Kassenvertreter nur 100 Euro zu zahlen bereit sind, mag der Vorsitzende einen Preis von 500 Euro für das am besten begründbare Ergebnis halten – es hilft ihm nichts, solange er nicht eine der „Bänke“ zu diesem oder einem anderen von ihm noch für akzeptabel gehaltenen Betrag bewegen kann. Dann wird aber die Begründung des konkreten Betrags nicht selten ehrlicherweise nur lauten können, dass dieser nun einmal das Ergebnis eines zähen Aushandlungsprozesses ist, in dem der Schiedsstellenvorsitzende die Schmerzgrenzen beider Seiten ausgetestet und sie – notfalls durch die Drohung, ansonsten der Gegenseite weit entgegenzukommen – zu Zugeständnissen genötigt hat.

Mit dieser Ausgestaltung der Schiedsstelle und ihres Verfahrens hat der Gesetzgeber Elemente des Verhandlungsprozesses, auf deren Scheitern das Schiedsstellenverfahren reagiert, bewusst beibehalten. Innerhalb des weiten rechtlichen Rahmens geht

49 Vgl. dazu *Huster*, GesR 2008, 449 ff. mwN.

50 Zum Willkürvorwurf vgl. LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 58. Ganz aus der Luft gegriffen scheinen die Werte aber nicht zu sein: Im vorliegenden Verfahren hatte der GKV-Spitzenverband den Zusatznutzen immerhin auch mit 1000 Euro bewertet. Das sind zwar weniger als 1.200 Euro, liegt aber in durchaus vergleichbarer Dimension ebenfalls sehr deutlich über den Kosten der Vergleichstherapie.

51 Zitiert bei LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 18.

52 LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 52.

53 Vgl. LSG Berlin-Brandenburg, 28.6.2017, L 9 KR 213/16 KL, Rn. 54.

54 Vgl. LSG Berlin-Brandenburg, 10.5.2016, L 9 KR 513/15 KL ER, Rn. 31 ff.

55 Zur Zusammensetzung der Schiedsstelle vgl. § 130b Abs. 5 Satz 2 SGB V, zum Mehrheitsprinzip vgl. § 8 Abs. 1 Satz 2 der Verordnung über die Schiedsstelle für Arzneimittelversorgung und die Arzneimittelabrechnung (Schiedsstellenverordnung - SchStV) sowie § 19 Abs. 1 der GeschO der Schiedsstelle.

ÜBERSICHT

es im Schiedsstellenverfahren nicht um das Erkennen des einzigen angemessenen oder des angemessensten Preises, sondern dessen Angemessenheit ergibt sich erst aus dem Verfahren selbst. Gerechtigkeits-theoretisch formuliert: Es handelt sich hier nicht um einen Fall *unvollkommener* Verfahrensgerechtigkeit, in dem – wie bei einem Gerichtsverfahren – das richtige Ergebnis gefunden werden soll, sondern um eine Konstellation *reiner* Verfahrensgerechtigkeit, in der – wie bei einer Kaufpreisverhandlung – das Verfahren die Richtigkeit des Ergebnisses erst konstituiert.⁵⁶

In einer solchen Konstellation eine substantielle inhaltliche Begründung für die Monetarisierung des Zusatznutzens zu fordern, beruht auf einer Verkennung des

⁵⁶ Zur Unterscheidung vgl. grundlegend *Rawls*, Eine Theorie der Gerechtigkeit, 1975, S. 105 ff.

Charakters der Schiedsstelle und ihres Verfahrens; es ist ähnlich sinnlos, wie nach dem Abschluss eines Kaufvertrages von den Vertragspartnern eine „objektivierende Begründung“ zu verlangen, warum der von ihnen vereinbarte Kaufpreis der einzig richtige ist. Und da der Gesetzgeber sich bewusst für dieses Verfahren entschieden hat, spricht aus juristischer Sicht nichts dagegen, die Begründungsanforderungen an dessen Struktur und Charakter anzupassen und entsprechend zurückzunehmen.

IV. Fazit

Das neue Urteil des LSG Berlin-Brandenburg zum AMNOG-Verfahren vermag nicht zu überzeugen. Mit Blick auf die Mischpreisbildung findet es Probleme, wo keine sind. Dass dagegen durch den

bewussten Verzicht auf eine Kosten-Nutzen-Bewertung die Monetarisierung des Zusatznutzens weithin in der Luft hängt, ist richtig, wird sich aber nicht kompensieren lassen, indem nun Anforderungen an die Schiedsstelle gestellt werden, die sie weder inhaltlich noch institutionell erfüllen kann. Das BSG wird in der vom LSG zugelassenen Revision hoffentlich die Gelegenheit haben und nutzen, diese Rechtsprechung zu korrigieren.

Autor:

Prof. Dr. Stefan Huster
Lehrstuhl Öffentliches Recht,
Sozial- und Gesundheitsrecht
und Rechtsphilosophie
Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstraße 150
44801 Bochum

Buchbesprechung

Dieter Cassel, Volker Ulrich: **AMNOG-Check 2017.**

Gesundheitsökonomische Analysen der Versorgung mit Arzneimittel-Innovationen.

Schwerpunktthema: Gefährdungsmomente der GKV-Versorgung bei AMNOG-Präparaten.

Nomos Verlagsgesellschaft,
Baden-Baden 2017,
205 S., Broschiert,
ISBN 978-3-8487-4546-3,
44 Euro

Was verbirgt sich hinter „Mondpreisen“, „Mischpreisen“ oder dem „AMNOG-Paradoxon“? Ist dadurch die Finanzierbarkeit der GKV gefährdet? Gibt es noch beträchtliche „Einsparpotenziale“? Was ist von der Idee der „Nutzenorientierten Erstattung“ zu halten? Welche Folgen hat das jüngste „Mischpreisurteil“ des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg? Und nicht zuletzt: Gibt es „Versorgungslücken“ bei Arzneimittel-Innovationen?

Hierauf gibt der AMNOG-Check 2017 profunde Antworten. Nach sechs Jahren Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) stellt er die damals neuartige

Preisregulierung für neue Medikamente auf den gesundheitsökonomischen Prüfstand: Die Frühe Nutzenbewertung und Verhandlung von Erstattungsbeträgen werden mit Daten bis Ende 2016 auf Regulierungsdefekte, Ergebnismängel und Reformfordernisse hin untersucht.

Die beiden Autoren, Prof. em. Dr. Dieter Cassel von der Universität Duisburg-Essen und Prof. Dr. Volker Ulrich von der Universität Bayreuth, sind ausgewiesene Gesundheitsökonominnen und mehrfach durch pharmakökonomische Publikationen und Gutachten hervorgetreten.

Das Werk ist Teil der Reihe Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 58.

Jürgen Zerth

Pflege morgen – ein Blick auf Pflegearrangements der Zukunft

1. Pflege revisited: eine Replik der grundlegenden Herausforderungen

Ein Blick auf die Entwicklung der (Langzeit-)Pflege dokumentiert eine kontinuierliche gesundheitspolitische Herausforderung, nicht nur in Deutschland. Über verschiedene europäische Sozialsysteme hinweg lassen sich kurz folgende Herausforderungen für die Gestaltung der Pflege als Organisation der Langzeitpflege herausarbeiten¹:

Pflege im Sinne von Langzeitpflege ist in den meisten europäischen Ländern in Strukturen eines Quasi-Marktes eingebunden (vgl. Rodriguez et al. 2014). Die Nachfragenden nach Pflegeleistungen haben daher die Option zwischen unterschiedlichen Leistungsarrangements wählen zu können bzw. zu müssen. Diese Leistungsarrangements umfassen Angebote professioneller Pflege in unterschiedlicher Intensität der Pflegearbeit als auch die Selbstproduktion von Pflege, sei es in Form der Selbstpflege oder durch pflegende Angehörige oder Freunde im Sinne informeller Pflege. Die vom Staat oder von Parafiski unterstützten Pflegearrangements sind häufig Teil eines regulierten Wettbewerbsmodells, in dem unterschiedliche Trägerformen um Vertragsabschlüsse mit den Nachfragenden nach Pflegeleistungen konkurrieren. Im Vergleich zur

¹ Der vorliegende Beitrag widmet sich ausschließlich der Fortentwicklung von Langzeitpflege. Die Diskussion zur Weiterentwicklung des Pflegeberufs insbesondere in Krankenhäusern soll daher nicht in Abrede gestellt werden, würde aber stärker die Frage des Zusammenspiels der unterschiedlichen medizinischen Fachberufe in den Vordergrund stellen (vgl. diesbezüglich beispielsweise Agurzkzy et al. 2016).

Steuerungsphilosophie in der Gesundheitsversorgung übernehmen Kostenträger, insbesondere Versicherungen, eine geringere Steuerungsrolle (vgl. etwa Bode et al. 2011).

Pflegesysteme, die parallel von ehrenamtlichen, nur teilweise institutionell unterlegten Strukturen sowie von institutionell-organisierten Versorgungsstrukturen geprägt sind, sehen sich einer wachsenden und veränderten Nachfragestruktur ausgesetzt. Die Wechselbeziehungen zwischen stationärer Pflegebedürftigkeit sowie der Bedarf stationärer Krankenhausversorgung wächst mit dem Alter und zunehmender Fallschwere (vgl. grdsl. Forder 2009). So lässt sich festhalten, dass typische Nutzer von Pflegeangeboten bei der Erstnutzung von Pflegeangeboten im Zeitablauf älter werden und gleichzeitig soziale Versorgungsbedarfe sowie medizinische Betreuungsbedarfe stärker miteinander verknüpft sind. Beim Blick auf die Inanspruchnahme stationärer Pflege in Deutschland gilt, dass fast jeder zweite Gepflegte pro Jahr aus dem Pflegeheim Krankenhausleistungen in Anspruch nimmt, im Durchschnitt 1,9 Leistungen pro Gepflegten (vgl. grdsl. Schwinger et al. 2016, S. 302 ff.).

Die veränderte Nachfrage nach Pflege bzw. die veränderte Nachfragestruktur hat wiederum unmittelbar Rückwirkungen auf die Organisation der Pflege-Bedarfe und somit auf den Pflege-Mix zwischen formal, professionell Pflegenden und informell Pflegenden. Die wachsende Komplexität und Fallschwere gerade in der Langzeitpflege macht die Bedeutung von Kompetenzzuwachs im

Care-Mix in unterschiedlichen Untersuchungen deutlich. Es gewinnt zunehmend der Zusammenhang zwischen dem Qualitätsniveau der Pflegekräfte und der Pflegequalität an Bedeutung, was insbesondere bei sektorübergreifenden oder gar institutionenübergreifenden Pflegeverläufen - beispielsweise Drehtüreffekte zwischen Krankenhaus und Pflegeheim – relevant ist (vgl. Görres et al., S. 11 ff.).

Vor dem Hintergrund einer veränderten Nachfragestruktur stellt sich somit gleichzeitig die Frage, wie ein Pflege-Mix aus informeller und formeller Pflege mittel- bis langfristig zu gestalten ist, wenn sowohl eine Abnahme der informellen Pflegekapazität in den europäischen Ländern konstatiert werden muss (vgl. etwa Colombo et al. 2011, S. 64 ff.) und gleichzeitig bei professionell Pflegenden offene Stellen schwierig zu besetzen sind bzw. die Fluktuation im Pflegeberuf zunimmt (vgl. etwa Colombo et al. 2011, S. 159 ff. oder auch Schulz und Geyer 2016). An dieser Stelle stellt sich zwangsläufig die Frage nach Perspektiven für veränderte Pflegearrangements, auch im Hinblick auf die Möglichkeiten des Technikeinsatzes in der Pflege.

2. Pflege als Interaktionsarbeit – wer pflegt mit welcher Kompetenz und welchem Anreiz

Ein Blick auf die Organisation von Pflege, insbesondere im Bereich Langzeitpflege, macht den Unterschied zur üblichen Gesundheitsversorgung deutlich: Langzeitpflege ist zunächst auf die Erhaltung

ÜBERSICHT

und auf die Sicherstellung eines Betreuungs- und Hilfebedarfs im Kontext des alltäglichen Lebens eines Menschen ausgerichtet und somit nehmen Ergebnisfaktoren, wie sie häufig in der medizinischen Versorgung dominieren, weniger Bedeutung ein (Rothgang und Larisch 2014). Die Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit im Sinne einer Selbstmanagementkompetenz oder die Förderung individueller Kompetenzen des einzelnen Menschen stehen im Vordergrund der Pflege.

Pflege lässt sich ohne Einschränkung der Allgemeinheit als eine Form der personenorientierten Dienstleistung umschreiben, wobei Dienstleistungsgeber und Dienstleistungsnehmer durchaus zusammenfallen können (Selbstpflege) bzw. es eine Mischung aus professionellen und informellen Leistungserbringern gibt (vgl. etwa Schallermaier 1999). Aus einer organisationstheoretischen Ausarbeitung unterscheiden sich die beiden Pole traditioneller Pflegesettings deutlich, nämlich ambulante Pflege einerseits und stationäre Pflege andererseits, nicht nur aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit in der Frage, wer den Hoheitsraum definiert – der Gepflegte eindeutig in der ambulanten Pflege, die Pflegeinstitution mit subsidiärer Einflussnahme in der stationären Pflege – sondern insbesondere in einer systematischen Unterscheidbarkeit im Pflege-Mix:

In der ambulanten Altenpflege dominiert die Pflegeleistung der informell-pflegenden Angehörigen, die partiell durch professionelle Pflege ergänzt werden. In der stationären Pflege tritt der Pflegenden in eine eigene Organisationseinheit ein und somit verschiebt sich die Ko-Produktion von formaler und informeller Pflege.

Gerade mit Blick auf die Ko-Produktion sind zwei relevante Formen der Interaktionsarbeit zu erkennen, die einerseits den Pflegenden andererseits den Gepflegten besonders herausfordern: Grundsätzlich

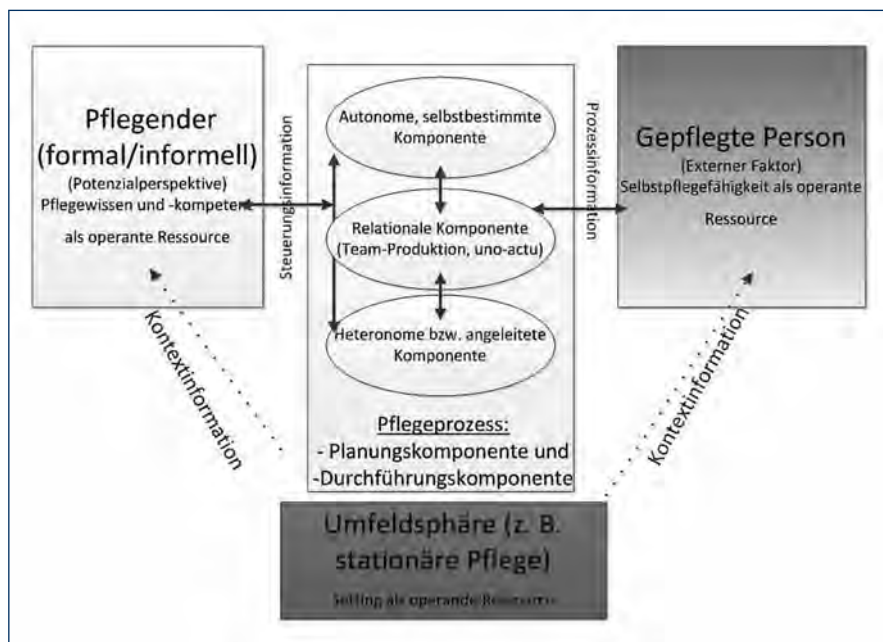


Abbildung 1: Eigene Darstellung in weiter Anlehnung an Schneider et al. 2017 sowie Zerth 2017, S. 249

sind Pflegeleistungen regulär durch planende und durchführende Komponenten gekennzeichnet (vgl. exemplarisch Schneider et al. 2017, S. 216). Die vorbereitende Arbeit, etwa die Pflegeplanung, liegt im autonomen Bereich der Pflegekraft und hier spielt die Frage nach Informationen über und von den Gepflegten eine wesentliche Rolle. Somit werden gerade an dieser Stelle Möglichkeiten zur Effektivitätsveränderungen etwa durch Digitalisierungsentwicklungen offenbar. Davon zu unterscheiden sind heteronome angeleitete Pflegeleistungen durch den Gepflegten selber, die als Selbstpflege oder als angeleitete Pflege wirksam werden können².

Ein Blick auf die Veränderungen von Pflegeoperationen setzt an um- oder neu-

gestalteten Formen der Interaktionsarbeit an und somit an Änderung der Arbeitsteilung in der Pflege. Ohne auf explizite Anreizmodelle der Pflegearbeit näher eingehen zu wollen (vgl. exemplarisch Norton 2000), lässt sich festhalten, dass die Arbeitsteilung zwischen formaler und informeller Pflege unmittelbar von der Kostenteilung zwischen beiden Pflegeakteuren abhängig ist, dabei die nicht-monetären Kosten gerade für Familienpflegende eine wesentliche Rolle einnehmen. Vor diesem Hintergrund gewinnt der Blick auf gegenwärtige und zukünftige Pflegearrangements an Bedeutung.

3. Ein Kaleidoskop verschiedener Pflegearrangements als Antwort auf kapazitive Veränderungen

Sowohl der Status quo der Pflegeanspruchnahme als auch insbesondere der Wandel lässt sich approximativ mit den Begrifflichkeiten des Case- und des Care-

Mix beschreiben, wobei beim letztgenannten Begriff sowohl ein Bezug zum Skill- als auch zum Staff-Mix ableitbar wird (vgl. Görres et al., S. 8 ff.). Im Hinblick auf die Veränderung des Case-Mix korrespondiert die Entwicklung der Pflegebedarfe mit einem veränderten Gesundheits- und Pflegebegriff, der dem wachsenden Bedürfnis der Menschen Rechnung trägt, solange als möglich in einer selbstbestimmten und selbstgewählten Umgebung leben zu können, in dem Gesundheit/Pflege als Teil einer sozialen Teilhabe und Grundbedingung sozialer Mobilität gesehen wird (vgl. etwa Kuhlmeier und Blüher 2015). Ein Blick auf die geäußerten Präferenzen von bevorzugten Pflegearrangements zeigt deutlich die Tendenz in einem ambulanten Setting gepflegt zu werden, wobei ein Care-Mix zwischen professioneller und informeller Pflege durchaus von den Befragten etwa der COMPASS-Studie angegeben wird (vgl. Abbildung 2).

Die Präferenzen für verschiedene Pflegearrangements treffen nun auf eine Kapazität

entwicklung der Pflege, die den traditionellen Pflegemix mehr als herausfordert und insbesondere die Frage nach einer Erweiterung der Interaktionsarbeit Pflege stellt. Exemplarisch soll dies für die deutsche Pflegesituation skizziert werden:

Schulz und Geyer prognostizieren beispielsweise, dass die Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen in der Langzeitpflege bis 2025 (Basisjahr 2010: 2501 Tsd., die formale Pflege in Anspruch genommen haben) für Deutschland zwischen 13 und 30 % steigen wird, die informelle Pflegekapazität wird jedoch im gleichen Zeitraum (Basisjahr 2010: 2476 Tsd. Personen älter als 50, die informelle Pflegearbeit leisten) nur zwischen 10 bis 16 % zunehmen (vgl. Schulz und Geyer, S. 32). Colombo et al. machen deutlich, dass in fast allen OECD-Ländern das informelle Pflegepotenzial rückgängig ist (vgl. Colombo et al. 2011, S. 64 ff.).

M. a. W. die informelle Pflegekapazität geht zurück und gleichzeitig stellt sich die Frage nach der formalen Pflegekapazität. In Deutschland wächst der Anteil

der organisierten Pflegeanspruchnahme (einschließlich betreutem Wohnen oder Wohngruppen) stärker als die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen (Effekt der Hochaltrigkeit, wenngleich hier eine abnehmende Tendenz durch politische Förderung „ambulant vor stationär“ zu konstatieren ist) (vgl. Schulz und Geyer 2016). Mit wachsender Hochaltrigkeit und Verlagerung der institutionellen Pflegebedürftigkeit bei sehr alten Personen steigt das Verhältnis der Zahl der Leistungsbezieher zur erforderlichen Beschäftigung formaler Pflegekräfte an und wird die Bedeutung einer Lücke zusätzlicher professioneller Pflegekräfte virulent. Je nach Schätzung und Annahme gleicher Alters- und Pflegeprävalenz werden bis 2030 zwischen 260 Tsd. bis 430 Tsd. professionelle Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Pflege benötigt³.

Vor dem Hintergrund der bedarfs- und nachfrageseitigen Entwicklungen und den aufgrund demographischer Entwicklungen und Präferenzen für Pflegetätigkeiten eher trägen Angebotsreaktionen gewinnen die institutionellen und organisatorischen Modelle für ein Care-Mix von Pflege an Bedeutung und einschließlich der Möglichkeit, durch Technik die Produktivität und auch die Entlastung von formalen und informell Pflegenden zu erreichen (vgl. etwa Fachinger 2017, auch Zerth 2017). Ein Blick auf die Angebotsseite von Pflege lässt somit die Frage nach einer tragfähigen Gestaltung von adäquaten Pflegearrangements und Organisationsmodellen für Pflege und Betreuung in den Mittelpunkt rücken. An dieser Stelle ist zunächst grundlegend Pflege als Teil einer „Caring-Umgebung“ zu beschreiben,

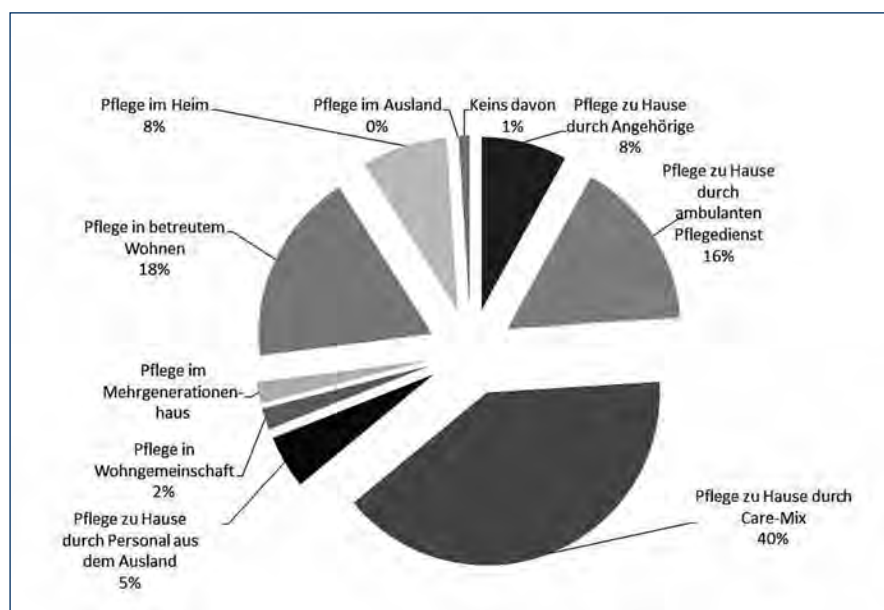


Abbildung 2: Eigene Darstellung in enger Anlehnung an Kuhlmeier und Blüher 2015, S. 7

³ Rothgang et al. schätzen die Zahl der Fachkraftlücke durch unterschiedliche Care-Mix-Annahmen zwischen informeller und formaler Pflege. Den geringsten Zuwachs an professionellen Fachkräften lässt sich bei der Annahme gleicher Prävalenzen für stationären Pflegebedarf erreichen (vgl. Rothgang et al. 2012, S. 36 ff.).

ÜBERSICHT

die sowohl den Bezug zur traditionellen Gesundheits- und Krankenpflege umfasst (CURE) als auch die Gestaltung von Versorgungsstrukturen des „normalen“ Lebens im Blick hat (vgl. exemplarisch Hoberg et al. 2013). Diese Bezugnahme kann einerseits losgelöst von medizinischen Konzepten interpretiert werden, andererseits diesen folgen und etwa im Sinne der Auswirkungen veränderter Diagnose- und Therapiemöglichkeiten die Anforderungen an eine Caring-Struktur verändern. In diesem Sinne kann der Begriff der „Assistenz“ (vgl. Zerth 2017, S. 244) hilfreich sein, um sowohl Einschränkungen des Menschen in seinen Körperfunktionen zu charakterisieren und hier unterstützende Lösungen anbieten zu können als auch die Aktivitäten des Lebens und die Teilhabe am sozialen Leben in eine weitere Betrachtung zu stellen (vgl. Abbildung 3).

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 Bedeutung, erweitert und ergänzt um die Bedeutung von Assistenzsystemen als mögliche Beförderung der Pflegearbeit⁴. Technik kann somit die Varianz von Pflegearrangements erhöhen, gleichzeitig entstehen

4 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.

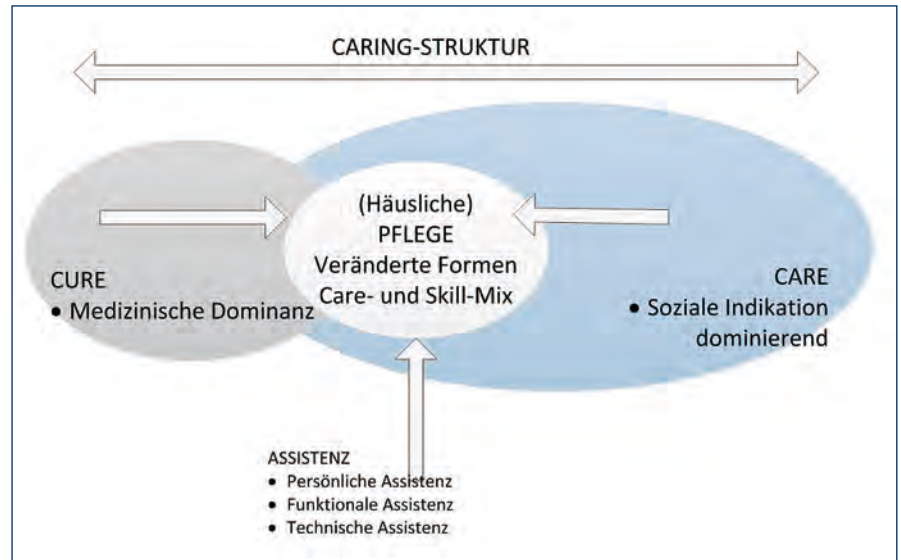


Abbildung 3: Eigene Darstellung in enger Anlehnung an Hoberg et al. 2013, S. 13

Möglichkeiten sowohl von komplementärer als auch von substitutiver Wirkung von Technik sowohl in der Aufbau- als auch Ablauforganisation der Interaktionsarbeit Pflege.

4. Gesundheitspolitische Implikationen für Deutschland

Ein Blick auf die Entwicklung der (Langzeit-)Pflege zeigt eine kontinuierliche gesundheitspolitische Herausforderung. Die demographische Entwicklung greift im Bereich Pflege auf eine doppelte Problematik, unbeachtlich der notwendigen Auseinandersetzung um die finanzielle Nachhaltigkeit der Sozialen Pflegeversicherung. Schätzungen zufolge kann bei einer Fortschreibung der derzeitigen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten und unter Beibehaltung der derzeitigen Beschäftigungsstruktur spätestens nach 2025 der Bedarf an Pflegepersonal nicht mehr gedeckt werden. Darüber hinaus erschweren demografische und gesellschaftliche Entwicklungen wie die zunehmende Erwerbstätigkeit der

Frauen sowie der Trend zur Singularisierung der Haushalte ohne Familienanbindung die informelle Pflege innerhalb sozialer Betreuungs- und Versorgungsnetze. Die Auseinandersetzung mit dem Status quo von Pflegearrangements heute und der Fortentwicklung derselben, d. h. dem Zusammenspiel zwischen Bedarfen der Gepflegten und den Möglichkeiten zur Selbstpflege, zur Unterstützung pflegender Angehöriger sowie zur Fort- und Weiterentwicklung der professionellen Pflegekräfte ist wohl die Hauptaufgabe für die künftige Pflegepolitik. Ein Hinweis auf Systematiken und Erfahrungen in anderen europäischen Ländern kann dabei sehr hilfreich sein, insbesondere im Hinblick, welche systematische Rolle der Familie als originäres Versorgungsnetz künftig noch zugeschrieben werden kann (vgl. exemplarisch (Colombo et al. 2011, S. Chapter 6).

Die jüngsten Gesetzgebungsentwicklungen, etwa durch die Pflegestärkungsgesetze, versuchen sowohl den systematischen Ort für die Pflegeverantwortung, die pflegenden Angehörigen, zu stärken als auch die Flexibilität für von Pflegearrangements zu befördern. Hat das

Pflegestärkungsgesetz II vor allem der Erweiterung des funktionalen Gesundheitsbegriffs Rechnung tragen wollen, adressiert das Pflegestärkungsgesetz III die Bedeutung der Pflegeberatung und -koordination und interpretiert insbesondere die Rolle der Kommunen neu. Beispielweise haben diese künftig ein Initiativrecht für die Etablierung von Pflegestützpunkten bzw. so genannte Optionskommunen können die Pflegeberatung gemäß dem Prinzip Betreuung aus einer Hand übernehmen. Gleichwohl wird die Notwendigkeit einer integrierenden Sichtweise auf Pflegekonstellationen, die einer medizinischen Perspektive folgen (Cure) und diese mit einer versorgenden Pflege (Care) kombinieren, immer relevanter. Exemplarisch dafür kann beispielsweise wieder das Themenfeld „Entlassmanagement“ stehen, wo die nachsorgende Perspektive zwar medizinisch unter dem Vorbehalt der Verordnungsverpflichtung des Arztes gemäß SGB V steht und neben dem Krankenhaus gemäß § 39 SGB auch Vertragsärzte für das Entlassmanagement zuständig sein können (vgl. etwa Heberlein und Heberlein 2017).

Genau an dieser Stelle stellt aber die Fusion unterschiedlicher Perspektiven auf den nachsorgenden Bedarf, etwa aus einer medizinischen, einer pflegerischen sowie einer sozialen Indikationsstellung eine wesentliche Bedingung für eine zweckmäßige Gestaltung einer nachsorgenden Umgebung dar. Die Frage, wie die Verantwortungsteilung zwischen vorinstitutioneller, ehrenamtlicher Pflege einerseits und professioneller Pflege andererseits sowie die notwendige infrastrukturelle Einbettung ausgestaltet werden könnte, gilt es damit in den Blick von institutioneller Gestaltung zu nehmen.

Dabei gilt es festzuhalten, dass zunächst vielfältige Schnittstellenprobleme zwischen der Krankenversorgung, den insti-

tutionalisierten Pflege- sowie den sozialräumlichen Betreuungsstrukturen zu klären sind. So stehen Leistungsveränderungen in der Gesetzlichen Krankenversicherungen im Licht der Refinanzierungsregelungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, wohingegen in der Pflegeversicherung ein Ausgabenausgleich vorliegt. Hier sind verschiedene Verwerfungen und schwierige institutionelle Zuordnungen zwischen den sozialen Sicherungssystemen anzugehen. Als durchaus nicht neuer Vorschlag ist etwa die Idee zu diskutieren, die Behandlungspflege, etwa im Bereich stationärer Pflege, aus der Finanzierungsverantwortung der Sozialen Pflegeversicherung herauszunehmen und den Krankenversicherungen zurückbelasten. Aus ordnungspolitischer Sicht wäre diese Maßnahme ein Baustein zur Wettbewerbsgleichheit von ambulant-orientierten Angeboten mit stationär-basierten Angeboten, etwa im Bereich der tagespflegerischen Versorgung. Natürlich hätte die Re-Integration der Behandlungspflege in die Gesetzliche Krankenversicherung auch wieder Rückwirkungen auf die Re-Finanzierungsregelungen in der Krankenversicherung. Die Verknüpfung von behandlungsorientierten Pflegeverordnung und in einem weiten Sinn „Sorgearbeit“ im Sinne regional wirksamer Versorgungsstrukturen wirft die Notwendigkeit sozialräumlicher Koordination im Sinne einer infrastrukturellen Verantwortung auf. Hier liegen Bezüge zur Weiterentwicklung der Daseinsvorsorge im sozialen Raum vor.

Da leistungsrechtliche Beziehungen zwischen Pflegenden und Gepflegten innerhalb dieser strukturellen Bezüge vonstattegehen, greift beispielsweise auch der siebte Altenbericht hier exemplarisch die Rolle der Kommunen auf, die im Sinne einer veränderten Infrastrukturverantwortung eingebettet sind. Hier erwächst die Notwendigkeit eines interdisziplinär

angelegten, wissenschaftlichen Austausches, der sich der ordnungspolitischen Konsequenzen von veränderten Pflegebedarfen und Pflegeverantwortungen bewusst ist.

Literaturverzeichnis

- Augurzky, B.; Bünnings, C.; Dördelmann, S.; Greiner, W.; Hein, L.; Scholz, S.; Wübker, A. (2016): Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. Hg. v. RWI (rwi Materialien, Heft 104).
- Bode, I.; Laurent, G.; Nyssens, M. (2011): Quasi-marketization in domiciliary care: Varied patterns, similar problems? In: *International Journal of Sociology and Social Policy* 31, S. 225–235.
- Bolin, K.; Lindgren, B.; Lundborg, P. (2008): Informal and formal care among single-living elderly in Europe. In: *Health Economics* 17, S. 393–409.
- Colombo, F.; Llana-Nozal, A.; Mercier, J.; Tjadens, F. (2011): Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: OECD-Publishing.
- Fachinger, U. (2017): Technikeinsatz bei Pflegebedürftigkeit. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegenden*. Stuttgart: Schattauer, S. 83–93.
- Forder, J. (2009): Long-Term Care and Hospital Utilisation by Older People: An Analysis of Substitution Rates. In: *Health Economics* 18, S. 1322–1338.
- Görres, S.; Seibert, K.; Stiefler, S.: Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix, S. 3–17.
- Heberlein, I.; Heberlein, I. (2017): Versorgungsbereiche im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegenden*. Stuttgart: Schattauer, S. 217–228.
- Hoberg, R.; Klie, T.; Künzel, G. (2013): *Strukturreform Pflege und Teilhabe. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe*. Freiburg. Online verfügbar unter www.agp-freiburg.de, zuletzt geprüft am 10.03.2018.
- Kuhlmeier, A.; Blüher, S. (2015): Pflegebedürftigkeit: Herausforderung für spezifische Wohn- und Versorgungsformen - eine Einführung in das Thema. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß und A. Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit*. Stuttgart: Schattauer, S. 3–14.
- Lusch, R.; Nambisan, S. (2015): Service Innovation: A Service-Dominant Logic Perspective. In: *MIS Quarterly* 39, S. 155–175.
- Norton, E. (2000): Long-Term Care. In: A. Culyer und J. Newhouse (Hg.): *Handbook of Health Economics*. Amsterdam et. al.: Elsevier (Volume 1B), S. 955–993.
- Rodriguez, R.; Leichsenring, K.; Winkelmann, J. (2014): The ‘Make or Buy’ Decision in Long-term Care: Lessons for Policy. Hg. v. European Centre for Social Welfare Policy and Research. Vienna.
- Rothgang, H.; Larisch, J. (2014): *Pflegeökonomie – eine neue Subdisziplin der Gesundheitsökonomie*.

ÜBERSICHT

In: D. Matusiewicz und J. Wasem (Hg.): Gesundheitsökonomie. Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektive. Berlin: Duncker&Humblot, S. 211–240.

Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Bertelsmann Stiftung.

Schallermair, C. (1999): Ökonomische Merkmale sozialer Dienstleistungen und deren Beschäftigungspotentiale am Beispiel der stationären Altenpflege. Bayreuth: P.C.O.-Verlag.

Schmidt, L.; Wahl, H.-W. (2016): Wie verändert Technik das Alter(n) und die Gerontologie? In: Angewandte Gerontologie Appliquée (1), S. 7–10.

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

Schulz, E.; Geyer, J.: Societal Change, Care Need and Long-Term Care Workforce in Selected European Countries. DIW Berlin (Neujobs Working Paper, D 12.2).

Schulz, E.; Geyer, J. (2016): Wer pflegt? Personen- und Professionen-Mix in ausgewählten europäischen Ländern. In: K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer, S. 19–35.

Schwinger, A.; Jürchott, K.; Tsiasioti, C.; Rehbein, I. (2016): Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer, S. 275–328.

Zerth, J. (2017): Assistenzsysteme als Teil einer Organisationsinnovation in der häuslichen Pflege. In: H. Rebscher und S. Kaufmann (Hg.): Digitalisierungsmanagement in Gesundheitssystemen. Heidelberg: medhochzwei, S. 239–257.

Autor:

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

Aus der Rechtsprechung

Das LG Koblenz hat entschieden, dass ein Arzt für die Erstellung eines Wieder eingliederungsplans, der bei einem als Lagerist tätigen Patienten das Heben von Lasten bis zu 40 kg erlaubt, auf Schadensersatz haftet, wenn sich dadurch die Schmerzen des Patienten nach einer Oberschenkelhalsbruch-OP verschlimmern und sogar die Implantierung einer Hüftprothese erforderlich wird.

Urteil vom 25.01.2018, Az.: 1 O 359/16

Der 26. Zivilsenat des OLG Hamm hat entschieden, dass zur Abklärung eines unklaren Herdbefundes in der Brust einer Patientin ein behandelnder Arzt zu einer Exzision mittels einer offenen Biopsie raten darf, wenn diese gegenüber einer ebenfalls in Betracht kommenden Stanzbiopsie die größere diagnostische Sicherheit bietet und zugleich als therapeutischer Eingriff in Betracht kommt. Die nach einer derartigen ärztlichen Aufklä-

rung erteilte Einwilligung der Patientin ist wirksam und rechtfertigt den mit einer offenen Biopsie durchgeführten ärztlichen Eingriff.

Urteil vom 09.01.2018, Az.: 26 U 21/17

Der 26. Zivilsenat des OLG Hamm hat entschieden, dass die Einwilligung einer Patientin in eine Operation mit einer neuen, noch nicht allgemein eingeführten Methode (Neulandmethode) unwirksam ist, wenn die Patientin nicht besonders darauf hingewiesen wird, dass es sich um ein neues Verfahren handelt, bei dem auch unbekannte Risiken auftreten können. Die mit einer unwirksamen Einwilligung vorgenommene Operation ist rechtswidrig und kann Schadensersatzansprüche der Patientin begründen.

Urteil vom 23.01.2018, Az.: 26 U 76/17

Das SG Berlin hat entschieden, dass die Kassenärztliche Vereinigung (KV) zwar

Honorarkürzungen vornehmen darf, wenn Ärzte die Weiterbildungsassistenten zur Vergrößerung ihrer Kassenpraxis oder zur Aufrechterhaltung ihres übergroßen Praxisumfanges als billige Arbeitskräfte missbrauchen, allerdings könne nicht automatisch von einem unzulässigen Praxisumfang ausgegangen werden, sobald die Zahl der behandelten Patienten das Doppelte des durchschnittlich Üblichen betrage.

Erst ab einem Praxisumfang von 250% über dem Durchschnitt der Fachgruppe liege ein übergroßer – und damit eine Honorarkürzung rechtfertigender – Praxisumfang vor, so das Sozialgericht. Selbst dann müsse die KV zusätzlich noch beweisen, dass der überdurchschnittliche Praxisumfang auch tatsächlich auf dem missbräuchlichen Einsatz von Assistenten beruhe.

Urteil vom 13.09.2017,

Az.: S 83 KA 423/14

Andreas Meusch | Maurice Gesser

Digitalisierung als Garant, Gesundheits- und Pflegeversorgung in der Zukunft zu gewährleisten

Unsere wichtigsten Ziele sind es, die Qualität der Versorgung zu verbessern und den Menschen Zugang zur medizinischen Versorgung und zum medizinischen Fortschritt zu gewährleisten. Dies wird uns nur gelingen, wenn wir den demographischen Wandel und die Digitalisierung nicht als Bedrohung betrachten, sondern diese Trends als elementare für Zukunftsszenarien nutzen. Wir verspielen unsere Zukunft, wenn wir versuchen, gegen diese Trends anzukämpfen: Don't fight the current, nicht gegen die Strömung ankämpfen, die Weisheit der Rettungsschwimmer gilt auch für uns, die wir die Zukunft unseres Gesundheitswesens gestalten wollen. Dabei ist gerade die Digitalisierung das Schlüsselement, um vor dem Hintergrund des demographischen Drucks die flächendeckende Gesundheitsversorgung in Zukunft gewährleisten zu können.

Auswirkungen der Demographie am Bsp. Demenz

Demenz ist nur eine der Herausforderungen, die mit der älter werdenden Gesellschaft zusammenhängen. Durch eine höhere Lebenserwartung steigt die Anzahl der demenzkranken Bevölkerung. So wird nach einer Untersuchung des Berlin-Institutes aus dem Jahr 2011 erwartet, dass bis 2025 die Zahl der Demenzkranken auf ca. 2 Mio. angestiegen sein wird. Im Vergleich zu 2008 sind das knapp 800.000 mehr Demenzfälle.¹ Es gibt aktuellere Studien. Ich habe bewusst diese Studie gewählt, um deutlich zu machen: Wir haben schon fast die Hälfte der Strecke von der Veröffentlichung der Studie und ihrem Prognosehorizont zurückgelegt. Das soll zeigen: uns zerrinnt die Zeit unter den Fingern, ohne

dass wir die notwendigen Maßnahmen auf den Weg gebracht haben.

Besonders kritisch daran ist die regionale Verteilung der Neuerkrankungen. Dort wo es bereits heute wenige junge Erwerbstätige gibt, wird die Prävalenz um bis zu 70 Prozent steigen. Betroffen sind besonders Regionen in Mecklenburg-Vorpommern, um Berlin und in Teilen Baden-Württembergs.

Neben den hohen Behandlungskosten, die durch Demenz entstehen, ist die personalintensive Betreuung ein Hauptproblem. Bereits heute wird der Personalmangel in der Altenpflege auf 30.000 Stellen beziffert, bis 2025 sollen es 200.000 sein.

Demenz als besonders mit dem Alter zusammenhängende Krankheit steht damit exemplarisch für Herausforderungen, die allgemein mit einer älter werdenden Gesellschaft zusammenhängen. Für diese Herausforderungen müssen wir Lösungen für die Zukunft finden.

Digitalisierung als eine Antwort auf die Herausforderungen der Demographie

Sicher ist Digitalisierung nicht die allein seligmachende Antwort auf die zukünftigen Herausforderungen, jedoch wird in Zukunft ohne proaktive Digitalisierung kaum die Gewährleistung der Versorgung möglich sein.

So kann im Bereich der Pflege das Personal durch Implementierung von vernetzten Betreuungssystemen erheblich entlastet werden und hat so mehr Zeit für die Patienten.

Außerdem können durch die Digitalisierung weitere Rationalisierungsreserven ausgeschöpft werden. Experten schätzen, dass dadurch bis zu 20 Prozent ressourcenaufwendige Routinekontakte mit Patienten vermieden werden.² Das bedeu-

¹ (Berlin-Institut, 2011)

² (Jens Spahn, 2016)

tet weniger Bürokratie, mehr Konzentration auf die Patientinnen und Patienten, die wirklich einen Arzt persönlich sehen müssen: Das ist das Versprechen der Digitalisierung.

Möglich wird dies auch durch Vernetzung der notwendigen Informationen sowie den Einsatz zahlreicher Apps und Expertensysteme. Wichtig ist, dass der Patient entscheiden kann, welche seiner personalisierten Daten wer lesen darf. Wir brauchen aber einen gesellschaftlichen Diskurs darüber, welche Daten unter welchen Voraussetzungen pseudonymisiert oder anonymisiert für Forschungszwecke und Expertensysteme genutzt werden dürfen, um die Ärzte dabei zu unterstützen, Diagnosen zu erstellen und Therapien auszuwählen. Datenschutz ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts kein absolutes, höchstes Gut, sondern bedarf der Güterabwägung mit anderen Grundrechten. Diese Güterabwägung müssen wir heute anders diskutieren als im Jahr 1983, als das Urteil zur informationellen Selbstbestimmung gesprochen wurde.

Grundsätzlich sollte der Datenschutz so ausgestaltet sein, dass er dem Menschen dient, die Frage der Datennutzung also abgewogen wird mit den Chancen zu helfen und zu heilen.

Auch bei der Telemedizin gibt es bereits heute ein großes Potential, um in ländlichen Gebieten die Versorgung sicherzustellen. Fernab der Städte gibt es viele ältere Menschen, die Probleme beim Zugang zur medizinischen Versorgung haben. Es ist deshalb zu begrüßen, dass die Berufsordnungen der Landesärztekammern jetzt auch eine Lockerung der Vorschriften zur Fernbehandlung vorsehen. Die kluge Verbindung von Telemedizin und die Ergänzung ärztlicher Leistungen durch Pfleger und Krankenschwestern ist ein Potential, dessen Möglichkeiten wir in Deutschland gerade erst entdecken.

Durch die vielfältigen Möglichkeiten der Digitalisierung wird sich allgemein das Bild des Arztes weiter verändern. Besonders durch den routinemäßigen Einsatz von Expertensystemen ist zu erwarten, dass der Arzt verstärkt auch zum Vermittler und Berater der Patienten wird. Auf jeden Fall wird der Patient mehr in den Fokus rücken.

Digitalisierung muss mit dem Patienten gehen

Damit die Möglichkeiten der Digitalisierung überhaupt Anwendung finden können, müssen diese von den Patienten eingesetzt werden. Dies betrifft in besonderem Maße Ältere, denen fremdeln mit der Digitalisierung oft unterstellt wird. Jedoch zeigt eine Untersuchung der TK, dass bereits knapp die Hälfte der 60 bis 70jährigen ein Smartphone besitzt – Tendenz steigend. Außerdem sind einer anderen Studie zufolge 85% der über 65-jährigen bereit selbst einen Beitrag zu leisten um eine gute Qualität ihrer medizinischen Versorgung zu erreichen.

Die Bereitschaft ist also vorhanden, die Chancen der Digitalisierung zu nutzen. Dabei scheiterten Apps bei Senioren oft an der für sie fehlende Bedienbarkeit. Um Handyapplikationen immer einfacher und intuitiver zu gestalten, arbeiten viele Entwickler eng mit den Zielgruppen zusammen, so dass abgewogen werden kann, ob Sprachsteuerung oder das Arbeiten mit Bildern und Touchscreen sinnvoller ist.

Zukunft der Pflege

Wie Digitalisierung die Pflege auf vielfältige Art verändern wird, kann in Japan betrachtet werden. Bezüglich des Pflege mangels und einer älter werdenden Gesellschaft kann Japan in vielen Feldern als Zukunftsbild Deutschlands gesehen werden.

Vor allem ist das Potential von Robotern zur Entlastung der Pflegerinnen und Pfleger hervorzuheben. Auch in Deutschland wird inzwischen erforscht, wie Roboter bei Aufgaben der Pflege unterstützen können. Bisher stößt der Gedanke bei vielen Deutschen zwar eher auf Widerstand, jedoch wird sich der spätestens dann legen, wenn der Leidensdruck durch das fehlende Fachpersonal steigt. Nicht zu vernachlässigen ist ebenfalls die Tatsache, dass durch den Einsatz von Robotern die körperliche Belastung des Pflegepersonals deutlich reduziert wird. Insgesamt kann der Einsatz von Robotern und Digitalisierung den Pflegerinnen und Pflegern wieder mehr Zeit für Ihre Patienten geben, insgesamt kann so der Beruf wieder attraktiver werden.

Durch die Digitalisierung wird sich also nicht nur das Berufsbild des Arztes wandeln, sondern auch das der Pfleger, darauf muss in der Ausbildung des Pflegepersonals eingegangen werden um zu vermeiden, dass die positiven Effekte der Digitalisierung konterkariert werden. Denn klar ist auch: Roboter werden den einfühlsamen Pfleger nicht ersetzen können.

Versorgungsforschung wird wichtiger

Um alle Möglichkeiten der Digitalisierung, gerade im Blick auf die Demographie, optimal nutzen zu können, wird Versorgungsforschung immer wichtiger. Die Forschung ist Voraussetzung, um bedarfsgerechte, innovative Versorgung entwickeln zu können. Durch Versorgungsforschung wird ebenfalls verhindert, dass ggf. innovative Konzepte entworfen werden, die in der Entwicklung und Implementierung viel Geld kosten, dann aber gänzlich an den Bedürfnissen der Patienten und des Personals vorbei gehen. Deshalb brauchen wir auch eine Verstärkung der finanziellen Unterstützung

zung für die Versorgungsforschung nach dem Auslaufen der Förderung durch den Innovationsfonds.

Gefahr bei zu wenig Digitalisierung

Die Digitalisierung bietet viele Möglichkeiten die wir aktiv nutzen müssen. Sollten wir dies nicht tun, besteht ein erhebliches Risiko für eine Zwei-Klassen-Pflege. Denn verschärft sich der Pflegenotstand weiter,

wird das dazu führen, dass alle, die es sich leisten können, aus der öffentlich organisierten Pflege aussteigen und sich privat versorgen lassen. Alle anderen hingegen werden die Folgen des sich verschärfenden Pflegenotstandes im öffentlich finanzierten Bereich tragen. Der Verzicht auf Digitalisierung ist deshalb unsozial.

Um das zu verhindern, ist die Digitalisierung proaktiv voranzutreiben. So kann die Gesundheits- und Pflegeversorgung für alle gewährleistet werden.

Autoren:

**Dr. Andreas Meusch,
Maurice Gesser
Wissenschaftliches Institut der
TK für Nutzen und Effizienz im
Gesundheitswesen
Bramfelder Str. 140/A1.05
22305 Hamburg**

Aus der Rechtsprechung

Der 1. Senat des Sächsischen Landessozialgerichts hat über eine Reihe von Verfahren eines Krankenhauses entschieden, in denen die Krankenkasse es abgelehnt hatte, die Kosten einer stationären Chemotherapie zu übernehmen, weil diese auch ambulant hätte erfolgen können.

Das Krankenhaus hatte dagegen beim Sozialgericht Klage erhoben, weil nicht abzusehen gewesen sei, dass die Chemotherapie komplikationslos verlaufen werde; außerdem sei die Therapie als stationäre Behandlung günstiger als eine ambulante Behandlung. Der Bezug der nötigen Medikamente über Apotheken würde höhere Kosten verursachen. Weder das Sozialgericht noch das Sächsische

Landessozialgericht haben diese Argumentation gelten lassen.

„Wurde ein Versicherter in einem Krankenhaus stationär behandelt, obwohl dies nicht im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich war, weil eine ambulante Krankenbehandlung ausgereicht hätte, steht dem Krankenhausträger weder ein Vergütungsanspruch nach dem DRG-Fallpauschalensystem noch ein bereicherungsrechtlicher Anspruch zu; dies gilt auch dann, wenn die ambulante Behandlung für die Krankenkasse höhere Kosten als die stationäre Krankenhausbehandlung verursacht hätte“, heißt es in einer Mitteilung des Gerichts vom 1. August 2017. Nach der Konzeption des Gesetz-

gebers sei die ambulante vertragsärztliche Versorgung vorrangig zu nutzen. Es handele sich daher um eine Fehlbelegung, weil die vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht erforderlich gewesen sei. Die Beurteilung dieser Frage richte sich allein nach medizinischen Erfordernissen. Solche medizinischen Gründe lagen in den entschiedenen Fällen nicht vor. Hinzu kommt, dass die öffentlichen Apotheken bei der Abgabe von Medikamenten an die vorgegebenen Preise gebunden sind. Diese gesetzliche Vorgabe könnte durch die Kostenvorteile der Krankenhausapotheke unterlaufen werden.

Urteile vom 30. Mai 2017, Az.: L 1 KR 244/16, 233/16, 257/16, 23/17, 49/17 und 50/17

Eckpfeiler für eine digitale Transformation des deutschen Gesundheitswesens

7. März 2018 Gemeinsame Erklärung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS), des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC), des Bundes zur Verbreitung digitaler Innovationen im Gesundheitswesen e.V. (BVdIG), des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF), der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) und des Verbandes digitale Gesundheit e.V. (VdigG)

Präambel

Die Digitalisierung hält in das deutsche Gesundheitssystem unaufhörlich Einzug. Politik, Kostenträger, Leistungserbringer, Industrie und Wissenschaft – um nur einige Akteure zu nennen – beschäftigen sich bereits seit mehr als 20 Jahren damit, die elektronische Vernetzung und den digitalen Datenaustausch voranzutreiben. In jüngster Zeit ist zudem ein Boom bei der Entwicklung internetbasierter und mobiler Anwendungen wie den Gesundheits-Apps zu verzeichnen.

Die Erwartungen an die Digitalisierung im Gesundheitswesen sind dabei so vielfältig wie die Zahl der Beteiligten:

- Aus Sicht der Patienten geht es unter anderem um eine bessere Information über und ein stärkeres Einbeziehen in den Behandlungsprozess;
- Aus Sicht von Medizin und Pflege stehen eine bessere Diagnostik und Therapie sowie weniger Bürokratie im Mittelpunkt;
- Aus Sicht der Kostenträger sollen sich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung entscheidend erhöhen;
- Aus Sicht von Politik und Gesellschaft sichert die Digitalisierung ein modernes Gesundheitssystem für alle mit Antworten auf die Fragen von morgen.

Doch ohne die Erwartungen dämpfen oder den Erfolg des bislang Erreichten schmälern zu wollen: Von einer konsequenten und flächendeckenden Digitalisierung des Gesundheitswesens kann keine Rede sein. Noch immer leistet die elektronische Gesundheitskarte nicht das, was sie eigentlich leisten soll. Noch immer gibt es zu viele Insellösungen, die zwar für sich genommen funktionieren, aber nicht mit den Angeboten anderer Akteure verzahnt sind. Noch immer trifft die elektronische Vernetzung auf Unwissenheit, Skepsis und Ablehnung – sei es aus Furcht vor Eingriffen in persönliche Grundrechte oder mangelnde Datensicherheit, sei es aus Sorge vor Veränderung, sei es aus Interesse am eigenen wirtschaftlichen oder politischen Vorteil. Das muss sich ändern – denn die Patientinnen und Patienten müssen in Zukunft stärker als heute von den Chancen eines digitalisierten Gesundheitswesens profitieren können. Die oben genannten Verbände und Organisationen appellieren deshalb an die Politik, im Diskurs mit den Akteuren im Gesundheitswesen und den Bürgerinnen und Bürgern eine inhaltlich schlüssige Agenda für die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens zu erarbeiten und diese konsequent umzu-

setzen – insbesondere die drei Bundesministerien für Gesundheit, Wirtschaft sowie Bildung und Forschung sind hier gefordert. Mit ihrer ersten gemeinsamen Erklärung wollen APS, BMC, BVdIG, DNVF, GRPG und VdigG zugleich einen inhaltlichen Impuls setzen und dokumentieren, dass trotz unterschiedlicher Interessenlagen die Verständigung auf Eckpfeiler für eine digitale Transformation des Gesundheitswesens fachlich-inhaltlich möglich ist.

Eckpfeiler für eine digitale Transformation des Gesundheitswesens

- Patientinnen und Patienten haben nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (Paragraf 630g) schon heute einen Rechtsanspruch auf die digitale Verfügbarkeit ihrer Daten, der im Rahmen der Europäischen Datenschutz Grundverordnung (EU-DSGVO) ab Mai 2018 nochmals deutlich konkreter wird. Diesen Rechtsanspruch gilt es endlich umzusetzen.
- Digitale Anwendungen und Lösungen sind interoperabel und – wo möglich und sinnvoll – an internationalen Standards orientiert auszugestalten: EDV-technische Insellösungen, die nicht mit

anderen Anwendungen vernetzt werden können, führen in eine Sackgasse. In der Konsequenz heißt das, den Paragraphen 291d im Sozialgesetzbuch (SGB) V um praxisrelevante und intersektorale Schnittstellenlösungen, die auch die Bereiche Apotheken, Pflege, Reha und Heilmittelerbringer umfassen, verbindlich zu ergänzen, insbesondere auch um Fragestellungen aus der Versorgungsforschung angehen und Lösungen für die digitale Arzt-Patienten-Kommunikation entwickeln zu können.

- Eine bundesweit einheitliche Lockerung des Fernbehandlungsverbotes für Ärzte und andere Berufsgruppen über Pilotprojekte hinaus ist überfällig und die Musterberufsordnung für Ärzte entsprechend anzupassen. Hier sollte der nächste Ärztetag ein Zeichen setzen!
- An der Digitalisierung sind über Ärzte und Bürger/Patienten hinaus alle Gesundheitsprofessionen sowie öffentliche und private Kostenträger – einschließlich der Beihilfestellen und Berufsgenossenschaften – zu beteiligen.
- Das informationelle Selbstbestimmungsrecht, Vorgaben der EU-Datenschutz-Grundverordnung und des Sozialgesetzbuches dürfen für die Bürgerinnen und Bürger dabei nicht aufgeweicht werden. Die Digitalisierung ist für die Leistungserbringer Pflicht, für die Patientinnen und Patienten freiwillig. Digitale Angebote müssen für Patienten und Bürger diskriminierungsfrei und ohne besondere technische Zugangshürden gestaltet sein – örtliche und zeitliche Einschränkungen etwa durch eine schlechte Breitbandverkabelung dürfen dabei keine Rolle spielen.
- Patientinnen und Patienten muss eine freiwillige Spende ihrer Daten zu Forschungszwecken nicht nur rechtlich, sondern auch technisch einfach möglich sein. Für Patienten müssen die damit einhergehenden Forschungs-

ergebnisse unmittelbar im eigenen Lebenskontext greifbar sein: Nur konkreter, erlebbarer Nutzen motiviert auf Dauer zur Datenspende.

- Für die Akteure im Gesundheitswesen (Krankenkassen, Leistungserbringer etc.) ist ein dauerhaftes und angemessenes Innovationsbudget für digitale Versorgungsmodelle im Rahmen selektivvertraglicher Regelungen zu schaffen, um solche Angebote ausreichend und vergleichend (auch gegenüber analogen Versorgungsmodellen) auf Evidenz evaluieren zu können. Bei der weiteren Arbeit des Innovationsausschusses im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und dessen Expertenbeirat ist eine wesentlich stärkere Beteiligung von Medizin-Informatikern aus Wissenschaft und Praxis erforderlich.
- Analog zu einem Ausbau der Gesundheitskompetenz („Health Literacy“) ist die „Digital Health Literacy“ zu fördern – nicht nur bei Patientinnen und Patienten, sondern insbesondere auch in der Politik und bei allen Akteuren im Gesundheitswesen. Patienten erwarten in erster Linie von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt sowie von den Heilberufen insgesamt eine entsprechende Beratung und Empfehlung hinsichtlich der für sie geeigneten digitalen Gesundheitsangebote. Hierzu sind adäquate Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote zu schaffen.
- Digitale Anwendungen müssen flächendeckend in ganz Deutschland verfügbar und zugänglich sein – insbesondere in ländlichen Regionen und strukturschwachen Gebieten. Darum müssen Bund und Länder für einen flächendeckenden Breitbandausbau und eine umfassende Internetverfügbarkeit sorgen, nicht zuletzt, um in strukturschwachen Regionen die Gesundheitsversorgung langfristig auch mithilfe von E-Health-Anwendungen aufrechterhalten zu können.

- Es bedarf eines gesamtgesellschaftlichen ethischen Diskurses darüber, für welche Bereiche und Anwendungen der Digitalisierung, auch und insbesondere unter Beachtung der EU-Datenschutzgrundverordnung, künftig so genannte opt-in/opt-out-Lösungen festzulegen sind. Beispielhaft seien hier die Themen Organspende oder Patientenverfügung genannt, bei denen das Prinzip der freiwilligen Hinterlegung von Daten im Notfall an seine Grenzen stoßen kann.

Schlussfolgerungen

Mit ihrer gemeinsamen Erklärung wollen die oben genannten Verbände und Organisationen nicht zuletzt deutlich machen, dass eine Digitalisierung des Gesundheitswesens nur gelingen kann, wenn sich alle wichtigen Akteure dafür engagieren: Politik, Gesundheitsberufe, Kostenträger, Industrie, Wissenschaft, Gemeinsame Selbstverwaltung, Verbände und Organisationen aus dem E-Health-Sektor bis hin zu den Bürgerinnen und Bürgern bzw. den Patientinnen und Patienten. Welche Schritte im Einzelnen von wem erforderlich sind, ist noch zu diskutieren. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), der Bundesverband Managed Care e.V. (BMC), der Bund zur Verbreitung digitaler Innovationen im Gesundheitswesen e.V. (BVdIG), das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF), die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) und der Verband digitale Gesundheit e.V. (VdigG) werden diese Diskussion mit Engagement fortführen.

Verantwortlich im Sinne des Pressegesetzes und Ansprechpartner für Nachfragen:
Prof. Dr. med. Guido Noelle:
info@bvdig.de und
01520 / 156 7951

25. Mitgliederversammlung der GRPG und wissenschaftliches Symposium

Die Partner der großen Koalition haben sich in ihrem Koalitionsvertrag bei den gesundheitspolitischen Zielen auf den kleinsten gemeinsamen Nenner geeinigt, erklärte der Präsident der GRPG, Professor Volker Ulrich, bei der Mitgliederversammlung am 22. Februar 2018 in Berlin. So habe sich die Politik bei der Frage der Honorarangleichung in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung entschieden, zunächst erstmal zu prüfen, ob überhaupt Änderungsbedarf besteht.

Und auch bei der Frage der Digitalisierung im Gesundheitswesen finden sich im Koalitionsvertrag nur wenige unverbindliche Aussagen, bedauerte Ulrich. Andere Länder seien in diesem Punkt längst weiter. Offensichtlich sei jedoch, dass die Pflege wohl eine zentrale Aufgabe der neuen Bundesregierung werden wird. Die Mitgliederentwicklung zeigte im vergangenen Jahr einen leichten Anstieg, berichtete Ulrich. Entscheidend dafür sei insbesondere die persönliche Ansprache von potenziellen Mitgliedern. Auf diesem Weg seien im vergangenen Jahr bis einschließlich Ende Januar 2018 vier neue juristische Mitglieder hinzugekommen. Auch von den 15 neuen Einzelmitgliedern habe die Mehrzahl durch persönliche Empfehlungen von GRPG-Vertretern den Weg in die GRPG gefunden. Zum Jahresbeginn 2018 zählte die GRPG insgesamt 227 Mitglieder.

In einem inzwischen erheblich umfangreichen und kompetitiven Verbändeumfeld werden werbliche Aktivitäten immer wichtiger, die die öffentliche Wahrnehmung der GRPG stärken, betonte Generalsekretärin Susanne Moser. Die GRPG trete inzwischen in allen relevanten neuen Medien auf – neben Xing und LinkedIn kamen 2015 Facebook und 2016 Twitter

hinzu. Darüber hinaus beteiligte sich die GRPG im Jahr 2017 intensiv als wissenschaftlicher Partner bei Tagungen anderer Veranstalter.

Zwei eigene Tagungen im Laufe des Jahres schlossen zufriedenstellend ab: Am 16. Februar 2017 fand in den Räumen des Verbandes der Ersatzkassen in Berlin das GRPG-Symposium „Was gehört auf die gesundheitspolitische Agenda der neuen Bundesregierung?“ unter Leitung von Professor Alexander Ehlers statt. Und am 30. November 2017 fand in der Parlamentarischen Gesellschaft in Berlin auf Einladung der Parlamentarischen Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz und moderiert von Gerhard Schulte das 5. GRPG-Abendgespräch „AMNOG: Wer bezahlt die Rechnung? Konsequenzen nach der Rechtsprechung der Sozialgerichte im AMNOG-Verfahren für Krankenkassen und pharmazeutische Unternehmen“ statt.

Als Nachfolger für den bisherigen Besitzer Zahnärzte, Dr. Stefan Böhm, der sich seit 2017 im Ruhestand befindet, wählte die Mitgliederversammlung Stephan Allroggen, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen.

Durch Änderung der Satzung wurde ein neuer Bereich Medizintechnik geschaffen, für den die Mitgliederversammlung Dr. Michael Meyer, Head of Strategy&Business Development Germany bei Siemens Healthcare GmbH in Erlangen, wählte.

Der 22. Wissenschaftspreis der GRPG wurde in diesem Jahr an Dr. Monique Amoulong für ihre Dissertation „Die Honorarverteilung im Vertragsarztrecht – insbesondere zum Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit“ und an Dr. Johannes Weigel für seine Dissertation „Organvermittlung und Arzthaftung – Regelungskonzept, Verfassungsmäßigkeit, Rechtsnatur und haftungsrechtliche Konsequenzen des Systems der Organvermittlung“ vergeben.

Dr. Monique Amoulong untersucht in ihrer Dissertation die gestalterischen Freiräume, die der Gesetzgeber den Selbstverwaltungspartnern auf untergesetzlicher Ebene bei der Honorarverteilung eröffnet, aber auch die Grenzen, die er ihnen setzt. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen dabei die Regelungen, die sich unmittelbar auf die Verteilung der Vergütung beziehen. Zum anderen findet eine Überprüfung der gerichtlichen

Kontrolle dieser Honorarverteilungsregelungen statt. Dabei widmet sich die Arbeit vor allem einem verfassungsrechtlichen Überprüfungsmaßstab, den das Bundessozialgericht Anfang der 90er Jahre aus einer Verbindung von Berufsfreiheit und dem Allgemeinen Gleichheitsgrund entwickelt hat – dem sogenannten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

Dr. Johannes Weigel untersucht in seiner Dissertation über die verfassungs-, transplantations- und behandlungsvertragrechtliche Bestandsaufnahme des Status quo hinaus den Umfang des Pflichtenprogramms transplantationsrechtlicher Behandlungsverträge. Dabei geht er auch von der Verwaltungsgerichtsbarkeit aufgeworfenen Frage nach, ob der Primärrechtsschutz gegenüber Entscheidungen, welche die Aufnahme in Wartelisten zur Organvermittlung betreffen, als Verwal-

tungsakte vor der Verwaltungsgerichtsbarkeit oder vielmehr als vertragsrechtliche Pflichtverletzungen vor der ordentlichen Gerichtsbarkeit zu suchen ist.

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.

Als Termin für die nächste Mitgliederversammlung wurden der 14. Februar 2019 oder der 21. Februar 2019 in Berlin ins Auge gefasst. Das wissenschaftliche Symposium in Verbindung mit der Mitgliederversammlung ist dann entweder für den 15. Februar 2019 oder den 22. Februar 2019 geplant.

Beim wissenschaftlichen Symposium zum Thema „Wieviel Europa verträgt unser

Gesundheitswesen?“ am 23. Februar ging es unter anderem um den BREXIT und seine Folgen für die Gesundheitspolitik. Diskutiert wurde bei der gut besuchten Veranstaltung auch der Einfluss der Europäischen Union auf nationale Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich, sowie über eine Initiative der Europäischen Kommission für ein einheitliches Vorgehen bei der Nutzenbewertung von Arzneimitteln in Europa, über ein Urteil des EuGH zum Arzneimittelpreis und über europäisches Zulassungsrecht am Beispiel von Medizinprodukten.

**Autor:
Jürgen Stoschek
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün**



Der 22. Wissenschaftspreis der GRPG ging an Dr. Monique Amoulong und an Dr. Johannes Weigel (beide mit Urkunde), überreicht durch Professor Volker Ulrich (links) und den Sponsor des Preisgeldes der Firma Servier Deutschland GmbH, vertreten durch den Geschäftsführer Oliver Kirst (rechts).

Geschäftsstelle
 Widenmayerstraße 29
 80538 München
 Tel.: 089/21 09 69 60
 Tel.: 089/21 09 69 99
 E-Mail: info@grpg.de
 www.grpg.de

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit stelle/n ich/wir Antrag auf Mitgliedschaft als

- Firma, Körperschaft oder Verband** **Patientenverband e.V.** **Individualmitgliedschaft**
 Mitgliedsbeitrag € 1.300,- p. a. Mitgliedsbeitrag € 250,- p. a. - Mitgliedsbeitrag € 180,- p. a.
 - Mitgliedsbeitrag ohne SEPA-Lastschriftmandat € 190,- p.a.

(Die Beiträge beinhalten den Bezug der Zeitschrift RPG)

Vorname, Name	
Firma/Verband/Behörde oder sonstiger Bezug zum Gesundheitswesen	
Position	
Privatanschrift	
Geschäftsanschrift	
Privat: E-Mail/Telefon/Fax	
Geschäft: E-Mail/Telefon/Fax	
Wie sind Sie auf die GRPG aufmerksam geworden?	
Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Angaben von der GRPG gespeichert werden. Die Daten werden ausschließlich für Zwecke der GRPG verwendet.	
Datum	Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000578253
Mandatsreferenz: GRPG-Mitgliedsnummer.

Ich ermächtige die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V. GRPG, Widenmayerstraße 29, 80538 München, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GRPG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	BIC
IBAN DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Ort, Datum	Unterschrift