

# RPG

Band 28 | Heft 1 | 2022

1 | 2022

## RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

### ■ Zur Diskussion gestellt

**Opt-ional? Rahmenbedingungen zur Nutzung der Elektronischen Patientenakte**

### ■ Übersicht

**Rechtliche Zulässigkeit einer allgemeinen Corona-Impfpflicht?**

**Internationale Erfahrungen zu teambasierten Vergütungsmodellen und ihre Implikationen für die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) in Deutschland**

83

#### HERAUSGEBER

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

#### MITHERAUSGEBER

St. Allroggen  
B. Brennecke  
G. Demmler  
R. von Esebeck  
St. Huster  
O. Kirst  
M. Linz  
M. Meyer  
G. Noelle  
U. A. Richter  
C. Schmidtke  
G. Schulte  
K. Schulz-Asche  
T. Sorge  
A. Tecklenburg  
J. Zerth

#### Autoren des Heftes

Stephanie Helf  
Michael Hippeli  
Guido Noelle

## Editorial

Einen Paradigmenwechsel, der bisher offenbar noch nicht so richtig wahrgenommen wurde, hat die neue Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt: Allen Versicherten soll künftig eine elektronische Patientenakte zur Verfügung gestellt werden, deren Nutzung freiwillig (opt-out) ist. Das wirft eine Reihe grundsätzlicher Fragen auf, die einer weitergehenden politischen Diskussion bedürfen, schreibt unser Präsidiumsmitglied Prof. Guido Noelle in seinem Beitrag. Wir sind gespannt auf ihre Meinung.

Heftige Diskussionen werden nach wie vor um die Einführung einer allgemeinen Corona-Impfpflicht geführt. Eine Übersicht über die historische Entwicklung sowie rechtliche Aspekte zu aktuellen Fragen einer Impfpflicht im Kampf gegen die Covid-19 Pandemie finden Sie in diesem Heft.

Die vor zehn Jahren eingeführte Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung hat die in sie gesetzten Erwartungen bisher nicht erfüllt. Ein Hauptgrund sind die Vergütungsstrukturen analysiert unsere Autorin und beschreibt Lösungsmöglichkeiten.

Jürgen Stoschek  
Geroldsreuth 61  
95179 Geroldsgrün

### Zur Diskussion gestellt

Opt-ional? Rahmenbedingungen zur Nutzung der Elektronischen Patientenakte

*Guido Noelle*

1

### Übersicht

Rechtliche Zulässigkeit einer allgemeinen Corona-Impfpflicht?

*Michael Hippeli*

6

Internationale Erfahrungen zu teambasierten Vergütungsmodellen und ihre Implikationen für die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) in Deutschland

*Stephanie Helf*

14

## Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die *Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. GRPG* hat es sich zum Ziel gesetzt, den interdisziplinären Austausch und die wissenschaftliche Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes wie auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zu fördern. Darüber hinaus möchte die GRPG zu einem verbesserten gegenseitigen Verständnis im Gesundheitswesen beitragen und dazu rechtliche, volkswirtschaftliche, ethische und medizinische Gesichtspunkte vertiefen.

Vor diesem Hintergrund schreibt die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten, bevorzugt von Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern, aus. Die Arbeit muss sich mit Themen aus Gesundheitsversorgung, Gesundheitsrecht oder Gesundheitspolitik beschäftigen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf – mit Ausnahme von Dissertationen und Masterarbeiten – in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein.

Die GRPG nimmt Bewerbungs-Arbeiten für den 27. Wissenschaftspreis bis zum Eingangsschluss 31. Mai 2022 an. Zusendung der Arbeiten und der jeweiligen Gutachten (Erstgutachten und falls vorhanden auch Zweitgutachten) in zweifacher Ausfertigung an: Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München.

Weitere Informationen wie die Satzung des Wissenschaftspreises und der Gesellschaft erhalten Sie unter [www.grpg.de](http://www.grpg.de) oder in der GRPG-Geschäftsstelle.

# Recht und Politik im Gesundheitswesen

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

## Herausgeber

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

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

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

Prof. Dr. Eberhard Wille  
Universität Mannheim  
L7, 3-5  
68131 Mannheim

Dipl.-Volkswirtin Gaby Ulrich  
Böttgerweg 3  
95448 Bayreuth

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

## Mitherausgeber

St. Allroggen  
B. Brennecke  
G. Demmler  
R. von Eisebeck  
St. Huster  
O. Kirst  
M. Linz  
M. Meyer  
G. Noelle  
U. A. Richter  
C. Schmidtke  
G. Schulte  
K. Schulz-Asche  
T. Sorge  
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: 2022 (4 Hefte) Euro 170,– zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

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

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

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

## Verlag

PLANiMED  
Gesellschaft für Strukturdaten  
und Kommunikation mbH  
Holmblick 10  
24857 Fahrndorf  
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 • Anzeigenpreislis-  
te: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout  
und Produktion: creative vision, 44534  
Lünen

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

© 2022 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**.

Guido Noelle

# Opt-ional? Rahmenbedingungen zur Nutzung der Elektronischen Patientenakte

Anfang 2021 ist sie nun endlich gestartet, die Elektronische Patientenakte (EPA) nach § 341 SGB V. Seit dem 01.01.2021 müssen die gesetzlichen Krankenversicherungen ihren Versicherten eine EPA anbieten, deren Nutzung seitens der Versicherten bislang jedoch freiwillig ist. Der Start war erwartungsgemäß ein wenig holprig, insbesondere auch, da Praxen erst seit 01.07.2021 und Kliniken ab 01.01.2022 in der Lage sein müssen, Inhalte in die EPA zu schreiben bzw. aus ihr lesen zu können. In der ersten Version sieht die EPA als mögliche Inhalte zunächst vorwiegend unstrukturierte Dateien wie etwa PDF oder Word vor.

Weitere, ab 2022 geplante Anwendungen sind u.a. der Impfpass, der Mutterpass, das Kinderuntersuchungsheft, das Zahnbonusheft sowie Hebammendokumente. Ab 2023 stehen dann die Patientenkurzakte, DiGA-Informationen und der weitergehende Medikationsplan als zusätzliche Bestandteile zur Umsetzung an. Die genannten Fachanwendungen stehen als sogenannte Medizinische Informationsobjekte (MIO) strukturiert zur Verfügung und werden durch die KBV bzw. ihr Tochterunternehmen MIO42 GmbH gemäß Auftrag nach § 355 SGB V entwickelt. Unter der Nutzung strukturierter Informationen werden die Inhalte der EPA dann zunehmend auch auswertbar und so für Forschung und Wissenschaft interessant. Ab 2023 sollen nach derzeitiger Planung Daten aus der EPA auch als freiwillige Datenspende pseudonymisiert für Forschungsfragen zur Verfügung stehen.

In die Diskussion kam die EPA 2021 durch den Bundesdatenschützer Ulrich Kelber, der u.a. eine fein granulare Verwaltung der Zugriffsrechte durch Dritte lesend und schreibend anmahnt. Diese ist nun für 2022 angekündigt.

Bei bisherigen Investitionskosten von ca. 3 Milliarden Euro seit 2008 entwickeln sich die von den Krankenkassen angegebenen Nutzerzahlen seit 01.01.2021 bislang eher schleppend, der Nutzen ist in der aktuell vorliegenden ersten Version für den Patienten sehr übersichtlich, die Einschreibung dagegen kompliziert, so dass die EPA bislang auch seitens der Krankenkassen nur wenig bei ihren Mitgliedern aktiv beworben wird. Was also tun?

Mitte 2021 veröffentlichte der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens sein Gutachten „Digitalisierung für Gesundheit, Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems“. Das knapp 400-seitige Gutachten ist eine aktuelle Bestandsaufnahme rund um viele Themen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen und vermittelt anschaulich, welche Maßnahmen getroffen werden muss(t)en, um die Chancen, die sich aus der Digitalisierung ergeben (können), optimal nutzen zu können.

Weiter vermittelt es den Eindruck, sehr detailliert und kompetent die oft ange-mahnte, fehlende Gesamtstrategie der

Politik zu dem Themenkomplex ersetzen zu können, in dem es auch zahlreiche zusätzliche, sinnvolle künftige Anwendungsfelder aus Patientensicht für die EPA beschreibt.

Die in der Fachöffentlichkeit hauptsächlich zur Kenntnis genommene Forderung aus dem Gutachten ist jedoch das so genannte „Opt-out“ Verfahren im Rahmen einer Teilhabe an der EPA durch die Versicherten.

Während bislang für die freiwillige Teilnahme „Opt-in“ als aktive Zuspruchslösung gilt, soll Opt-out künftig als Widerspruchslösung gelten. Dies bedeutet, dass grundsätzlich für jeden Versicherten von Geburt an eine EPA angelegt wird, solange der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter nicht aktiv widerspricht. Auch für die geplante freiwillige Datenspende soll zukünftig eine Widerspruchslösung gelten.

Die Vorteile für Opt-out liegen dabei scheinbar auf der Hand: Der Nutzungsgrad liegt damit auch ohne weitergehende begleitende Marketingmaßnahmen auf konstant 90–95%, wie internationale Erfahrungen zeigen. Damit amortisieren sich die erheblichen Investitionskosten der

Krankenkassen zeitnah, die EPA kann ihr Potential, die Versorgung und Rahmenbedingungen für die (Versorgungs-) Forschung zu verbessern, auch in der Fläche, und nicht nur individuell in Bezug auf einen einzelnen Versicherten, voll entfalten. Gesteigerte Nutzung bedeutet dabei potentiell auch mehr gesammelte Daten. Bereits Mitte 2020 fand dagegen im Rahmen der Überarbeitung des Transplantationsgesetzes eine Widerspruchslösung keine parlamentarische Mehrheit. Insbesondere führende Politiker der FDP und Grünen sprachen sich seinerzeit dagegen aus. Dabei ist die Organspende im Vergleich zur EPA ein mehr oder weniger in sich geschlossenes, überschaubares und den BürgerInnen zu vermittelndes Thema. Aktuelle Diskussionen um den Datenschutz im Rahmen neuerer Anwendungen (wie die Corona Warn App) im Kontext der Corona Pandemie oder einer allgemeinen Impfpflicht zeigen zudem, wie schwierig und sensibel das Thema ist und wie leicht es als Einschränkung der (informationellen) Selbstbestimmung wahrgenommen werden könnte. Der gesellschaftspolitische Diskurs über eine Rechtsgüterabwägung der individuellen Freiheit zu Gunsten des Gemeinwohles hat dabei gerade erst begonnen. Vor dem Hintergrund des geplanten Umfangs der EPA und der mit ihr verbundenen komplexen Prozesse scheint es nun umso überraschender, dass Mitte November 2021 im Rahmen der Koalitionsverhandlungen der SPD, Grünen und FDP nunmehr das Opt-out Modell bei der EPA ein Verhandlungsergebnis ist bzw. politisches Ziel zur Umsetzung sein soll und damit die Forderungen aus dem SVR zumindest teilweise Berücksichtigung finden. Das dürfte selbst die Mitglieder des SVR erstaunt haben, schreiben sie doch in ihrem Gutachten, dass sie ihre Forderung aktuell für nicht politisch durchsetzbar halten.

So besteht latent die Gefahr des politischen „Rosinenpickens“ der Forderungen aus dem Gutachten, um die EPA möglichst schnell zu einer politisch vermeintlichen Erfolgsgeschichte zu entwickeln, was sie Stand 2021 so noch nicht für sich in Anspruch nehmen kann.

Unabhängig davon bliebe zu vermuten, dass für den Fall der zeitnahen Umsetzung der weiteren Ideen aus dem Gutachten in Richtung Patientennutzen und Anwendungsfällen die Akzeptanz und damit auch die Nutzung der EPA bei den BürgerInnen deutlich gesteigert werden könnte. Das Gutachten zeigt hier ein großes inhaltliches Potential auf, das bislang brach liegt. So könnten sich BürgerInnen entschließen, ihre EPA zunächst etwa nur zur Hinterlegung ihrer Patientenverfügung oder Behandlungsvollmacht zu verwenden, um später festzustellen, dass auch die Nutzung weiterer Anwendungen innerhalb der EPA sinnvoll ist. Dies entspräche aber einem abgestuften, anwendungsfallbezogenen aktiven Mehrfach-Opt-in's!

Die Umsetzung einer Opt-out Widerspruchsregelung wirft jedoch auch Fragen auf, die innerhalb des Gutachtens nur zum Teil diskutiert werden, aber einer rechtlichen, organisatorischen wie auch ökonomischen Folgeabschätzung und deren Bewertung bedürfen und in einer weitergehenden politischen Diskussion Berücksichtigung finden müssen.

Opt-in Modelle haben bei intensiver Vermarktung von guten Produkten Erfolgsquoten von 10 bis maximal 20%, wie etwa die Erfahrungen aus Frankreich bei der EPA zeigen. Sie setzen aber, wie auch im Gutachten thematisiert, entsprechende Schulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen bei den Leistungserbringern und Versicherten voraus (Stichworte: Medienkompetenz, Health Literacy, Digitale Gesundheitskompetenz). Opt-out Modelle weisen dagegen Nutzungsraten von

90–95% auf, das heißt, dass die Mehrzahl der BürgerInnen nicht von ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch macht.

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass bei einem Opt-out Modell ca. 70–85% der BürgerInnen zwar eine EPA „besitzen“, diese aber möglicherweise nicht „aktiv“ nutzen werden. Erschwert wird diese Überlegung dadurch, dass Digitale Gesundheitskompetenz wenn vor allem bei jüngeren und damit potentiell gesünderen BürgerInnen verbreitet ist gegenüber älteren, kranken BürgerInnen.

Das für 2022 erwartete feingranulare Rechtekonzept in der EPA setzt jedoch voraus, dass BürgerInnen die Administration ihrer Daten und deren Zugriffsberechtigungen aktiv wahrnehmen. Unter der Annahme, dass ein Opt-out Modell für sich allein genommen die Anzahl der aktiven Nutzer nicht wesentlich erhöhen wird, stellt sich die Frage nach den Bedingungen und Spielregeln für den großen Rest „passiver“ „Nutzer“?

Welche Leistungserbringer können bzw. müssen sogar in welchem Umfang die EPA im Rahmen der Behandlung und Versorgung bespielen? Was sind mögliche vorkonfigurierte Standardeinstellungen? Wenn beispielsweise ein Nutzer seine EPA nicht aktiv administriert, müssen gesetzliche Regelungen Default Einstellungen festlegen: Entweder haben alle oder kein Leistungserbringer Zugriff auf die EPA.

Der SVR sagt dazu, dass per Default alle unmittelbar behandelnden Leistungserbringer Zugriff haben sollten. Dieser durchaus pragmatische Ansatz bedarf aber der eindeutigen Definition, wer und wie lange ein Leistungserbringer ein „behandelnder“ Leistungserbringer ist. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob es darüber hinaus noch formale strukturelle Einschränkungen im Rahmen von Standardeinstellungen geben muss: Soll etwa ein Sanitätshaus den Psychotherapie Befund per Default lesen dürfen?

Ein zusätzlicher sinnvoller Lösungsansatz könnte das Modell aus Estland sein: Protokollierung aller Zugriffe via Blockchain auf die persönlichen Gesundheitsdaten mit verbindlicher und strafbewährter Rechtsnorm und jeweils aktueller Einsichtsmöglichkeit der Zugriffe (Wer, wann und was) durch die Patienten.

Obleich die Primärsysteme der Ärzte und Krankenhäuser die EPA nach Vorgaben der gematik und KBV mit lokalen Kopien füllen/beschreiben/aktualisieren können und müssen, liegt es bislang einzig in der Verantwortung des Patienten, ob bzw. welche Informationen in seine EPA gelangen sollen. Dabei wurde das bereits vorher bestehende Recht des Patienten nach § 630g BGB auf Einsicht und (elektronische) Abschrift in Bezug auf die EPA im § 347 ff. SGB V erweitert.

Im Rahmen eines Opt-out Modells kommt es hier jedoch zu einem Paradigmenwechsel. Der Patient ist zwar „Besitzer“ seiner Daten, bestimmt aber nicht mehr den quantitativen und qualitativen Umfang. Für einen nicht „aktiven“ EPA Nutzer bedeutet dies die Notwendigkeit eines automatisierten Informationsflusses seitens der Leistungserbringer in seine EPA. Sollen nun gar keine Daten oder etwa gar alle automatisiert seitens der Leistungserbringer in die EPA abgestellt werden? Dazu bedarf es verbindlicher gesetzlicher Vorgaben, insbesondere auch hinsichtlich der Aktualisierung von „lebenden“, fortgeschriebenen Daten wie etwa Medikationsplan, Impfpass oder Kurzakte.

Im Rahmen solcher Festlegungen würde die zeitliche Belastung der Leistungserbringer erheblich zunehmen, so denn gesetzlich festgelegte Synchronisationsmechanismen in der Primärsoftware nicht automatisiert implementiert wären. Sollten die derzeitigen, geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen jedoch auch in einem Opt-out Modell Bestand haben,

wäre der unterstellte Nutzeneffekt nahezu verpufft.

Das Opt-out Modell wird zwar zu einer schnelleren Amortisierung der Investitionskosten der Krankenkassen führen, diese zumindest je Versicherten rein rechnerisch senken, dabei gleichzeitig aber auch zu deutlich höheren Betriebs- und damit weiteren Folgekosten führen. So hat das Vorhalten der Infrastruktur für weitgehend alle Versicherten Konsequenzen auf Hardware und andere Rechenzentrumskapazitäten, inhaltliche Erweiterungen und Updates führen auf Dauer unmittelbar zu höheren Supportkosten. Gerade vor dem Hintergrund der für 2022 geplanten Umsetzung des feingranularen Zugriffsmanagements werden zusätzliche erhebliche Umbaukosten der Software entstehen. Gleiches gilt für die Hersteller der Primärsysteme bei der Umgestaltung der Anbindung dieser.

Hier wird nach Errichtung des Dachstuhls das Fundament und der Keller des Hauses erneuert! Weitere (finanzielle) Herausforderungen werden darüber hinaus durch die Telematik Infrastruktur (TI) 2.0 entstehen. Eine genauere Hochrechnung der zu erwartenden Zusatzkosten ist somit sicher erforderlich und zwingend in dem weiteren politischen Entscheidungsprozess einzubeziehen.

In Anbetracht der absehbar angespannten Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen wäre auch unter Berücksichtigung der Privatversicherten zu diskutieren, ob die weitere Finanzierung zu Gunsten weitgehend einheitlicher Software nicht besser zu Lasten der Öffentlichkeit gehen sollte und die dadurch eingesparten Gelder der Krankenkassen für Investitionen in Digitalisierungsaktivitäten über die EPA hinaus – auch im wettbewerblichen Sinne für Versorgungsinnovationen – nicht besser investiert wären. Wirft der Koalitionsvertrag, der auch vorsieht die gematik künftig zu einer digi-

talen Gesundheitsagentur auszubauen, hier womöglich schon seine politischen Schatten voraus?

Der Vorstoß des SVR zu Gunsten einer zukünftigen Opt-out Regelung bei der EPA führt zu einer Reihe von ethischen, juristischen und ökonomischen Fragestellungen. Sollte das Opt-out Modell, wie es sich aktuell im Koalitionsvertrag abzeichnet, von der kommenden Regierungskoalition aufgegriffen werden, bedarf es Ausdetaillierung und Festlegung zu den betrachteten, offenen Punkten, aber sicher auch einer Rechtsgüterabwägung im Kontext der Datenschutzgrundverordnung. Hier darf man gespannt bleiben, ob die Datenschützer der Auslegung und Interpretation des SVR zu folgen vermögen oder bestehende Einschränkungen fortschreiben, die in Folge dem bestehenden Opt-in Modell gleichkämen.

## Weiterführende Quellen

<https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Das-leise-Voranschreiten-der-ePA-422498.html>  
<https://www.br.de/nachrichten/bayern/elektronische-patientenakte-viel-geld-fuer-nichts>  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte.html>  
<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2020/kw03-de-transplantationsgesetz-674682>  
<https://www.hss.de/publikationen/opt-in-oder-opt-out-pub224/>  
<https://mio42.de/ueber-uns/>  
[https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag\\_2021-2025.pdf](https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf)  
[https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2021/SVR\\_Gutachten\\_2021.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf)

### Autor:

**Prof. Dr. Guido Noelle**  
**gevko GmbH || Gesundheit –**  
**Versorgung – Kommunikation**  
**Max-Planck-Straße 49,**  
**53177 Bonn**  
**Französische Straße 48,**  
**10177 Berlin**  
**m +49 152 015 679 51**  
**guido.noelle@gevko.de**

Michael Hippeli

# Rechtliche Zulässigkeit einer allgemeinen Corona-Impfpflicht?

## I. Einleitung

Die Krankheit COVID-19 und der Krankheitserreger SARS-CoV-2 (Corona) halten auch weiterhin Deutschland und die Welt in Atem. Ausgehend von den Regierungsbeschlüssen im Nachbarland Österreich ab dem 19.11.2021 (bundesweiter Lockdown ab dem 22.11.2021 und allgemeine Corona-Impfpflicht ab dem 1.2.2022 mit Stichtag des zu erbringenden positiven Nachweises bei Aufforderung ab dem 15.3.2022) stellt sich die Frage, ob diese Maßnahmen nun auch in Deutschland drohen. Zwar wird derzeit (Stand: 26.1.2022) in Deutschland immer noch über eine allgemeine Impfpflicht ab 18 Jahren (mit der abgeschwächten Alternative erst ab 50 Jahren) diskutiert, doch zeigt sich, dass sämtliche österreichischen Maßnahmen in der Corona-Krise kurz danach auch in Deutschland getroffen wurden.

Eine allgemeine Corona-Impfpflicht war zumindest bis November 2021 in Deutschland eher kein Thema. Auch der Koalitionsvertrag der neuen Ampel-Koalition auf Bundesebene schweigt hierzu.<sup>1</sup> Gerichte stellten vielmehr fest, dass bislang weder aus dem Maßnahmenkatalog des IfSG noch aus einer anderen gesetzlichen Grundlage oder verbindlichen Empfehlung heraus eine rechtliche oder faktische allgemeine Corona-

Impfpflicht folgt.<sup>2</sup> Die Einführung einer allgemeinen Corona-Impfpflicht wurde und wird allerdings insbesondere aus der Ecke der Corona-Leugner, Impfgegner und Reichsbürger seit längerem befürchtet.<sup>3</sup>

## II. Meinungsstand der Politik während der Corona-Pandemie

Der bis Dezember 2021 amtierende geschäftsführende Bundesgesundheitsminister Spahn (CDU) lehnte die Einführung einer allgemeinen Corona-Impfpflicht in Deutschland auch noch Ende November 2021 weiterhin ab, insbesondere weil eine solche Impfpflicht zu spät käme, um die vierte Corona-Welle im Winter 2021/22 zu stoppen.<sup>4</sup>

Für eine Impfpflicht waren zu diesem Zeitpunkt allerdings bereits mehrere Ministerpräsidenten eingetreten, darunter der bayerische Ministerpräsident Söder (CSU) und der baden-württembergische

Ministerpräsident Kretschmann (Grüne).<sup>5</sup> Die sich im Wahlkampf zur Bundestagswahl strikt gegen eine Impfpflicht wendende FDP zeigte sich Ende November 2021 unvermittelt offen zumindest für eine sodann beschlossene partielle Impfpflicht in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen<sup>6</sup>, um wenige Tage später auch über die Einführung einer allgemeinen Corona-Impfpflicht zumindest zur Brechung einer etwaigen fünften Welle zu beraten<sup>7</sup>. Auf Ebene der neuen Ampel-Koalition auf Bundesebene galt die FDP bis dahin als einziger Blockierer einer Impfpflicht. Dieser Widerstand scheint mittlerweile weitestgehend erloschen, wobei es jedoch auch den Antrag des Bundestagsvizepräsidenten Kubicki (FDP) gegen die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht gibt. Die Kanzlerpartei SPD hatte sich bereits offen für eine allgemeine Corona-Impfpflicht gezeigt.<sup>8</sup> Auch Bundeskanzler Scholz (SPD) hatte sich zuletzt für eine allgemeine Corona-Impfpflicht ab März 2022 zum Brechen einer absehbaren fünften Corona-Welle ausgesprochen.<sup>9</sup> Der-

2 Vgl. etwa OLG Nürnberg, Beschluss v. 14.4.2021 – 10 UF 72/21, NJW 2021, S. 2052 (2054); OLG Rostock, Beschluss v. 10.12.2021 – 10 UF 121/21 – NUFam 2022, 69 (70); OVG Saarlouis, Beschluss v. 1.9.2021 – 2 B 197/21, BeckRS 2021, 25256; VGH München, Beschluss v. 14.9.2021 – 25 NE 21.2375, BeckRS 2021, 28478; OVG Bautzen, Beschluss v. 15.10.2021 – 3 B 355/21, BeckRS 2021, 31370; OVG Münster, Beschluss v. 29.10.2021 – 13 B 1393/21.NE, BeckRS 2021, 32815; LSG Mainz, Urteil v. 6.9.2021 – L 2 U 159/20, BeckRS 2021, 25151.

3 Vgl. etwa VG Karlsruhe, Beschluss v. 9.4.2021 – 10 K 1307/21, BeckRS 2021, 11184; VG Augsburg, Urteil v. 15.6.2021 – Au 8 K 20.1616, BeckRS 2021, 23937.

4 Vgl. www.deutschlandfunk.de/gesundheitsminister-jens-spahn-zu-impfpflicht-100.html (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

5 Vgl. www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/laute-rufe-nach-corona-impfpflicht-spahn-weiter-skeptisch,SpZQ2m8 (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

6 Vgl. www.tagesschau.de/inland/impfpflicht-debatte-109.html (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

7 www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/generalsekretaer-wissing-fdp-beraet-ueber-allgemeine-impfpflicht,Spwn3RL (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

8 Vgl. www.tagesschau.de/inland/corona-allgemeine-impfpflicht-101.html (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

9 Vgl. www.tagesspiegel.de/politik/scholz-will-impfpflicht-fuer-alle-bis-februar-das-ist-der-ampel-plan-gegen-die-vierte-corona-welle/27846366.html (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

1 Vgl. www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag\_2021-2025.pdf (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

zeit ist immer noch offen, ob die allgemeine Impfpflicht auch in Deutschland kommt. Wie noch zu zeigen sein wird, hat auch die Corona-Variante Omikron zwischen November 2021 und Januar 2022 die Parameter verschoben.

Sollte die allgemeine Impfpflicht gleichwohl auch in Deutschland eingeführt werden, wird wohl das österreichische Gesetz<sup>10</sup> weitestgehend die Blaupause darstellen. Dort lauten die finalen Eckdaten: Impfpflicht ab 18 Jahren; Liste zugelassener Impfstoffe; Ausnahmen etwa für Schwangere und aus gesundheitlichen Gründen nicht impfbare Personen; dreifache Impfvorgänge (Erstimpfung, Zweitimpfung und Boosterimpfung); Eintragungen im zentralen Impfregister ELGA; Erinnerungsschreiben mit Impfangebot; 600 Euro Verwaltungsstrafe bei nicht erbrachtem Impfnachweis (auf Aufforderung hin, bis zu viermal im Jahr festsetzbar). Der grundlegende Unterschied zu Deutschland besteht darin, dass es die digitale Struktur des Impfregisters bereits gibt, während ein solches in Deutschland nicht mehr rechtzeitig einführbar wäre. Der neue Bundesgesundheitsminister Lauterbach (SPD) hat insoweit aber bereits angekündigt, auf die Einführung eines zentralen Impfregisters verzichten zu wollen, es ginge auch ohne.<sup>11</sup>

Neben Österreich diskutier(t)en auch die sog. Visegrád-Staaten (Polen, Ungarn, Tschechien, Slowakei) über die Einführung einer allgemeinen Corona-Impfpflicht.<sup>12</sup> Tschechien kippte nach einem

Regierungswechsel im Januar 2022 noch die zuletzt von der Vorgängerregierung eingeführte Impfpflicht für Senioren ab 60 Jahren und bestimmte Berufsgruppen, um die Gesellschaft nicht weiter zu spalten.<sup>13</sup> Am 1.12.2021 hatte auch EU-Kommissionspräsidentin von der Leyen angekündigt, dass eine EU-weite allgemeine Corona-Impfpflicht geprüft werden soll.<sup>14</sup> Hierzu gab es bislang keine wesentlichen Fortschritte.

### III. Historische Entwicklung von Impfpflichten in Deutschland

Impfpflichten gibt es in Deutschland seit geraumer Zeit. Freiwillige Impfungen lösten allerdings den Impfwang immer weiter ab<sup>15</sup>, so dass Impfpflichten jedenfalls bis 2020 immer mehr aus dem Fokus der deutschen Bevölkerung geraten waren.

#### 1. Pocken-Impfpflichten seit 1807

Die Mutter aller Impfpflichten stellt dabei die Pockenschutzimpfung dar. Pocken (auch Blattern oder Variola genannt) sind eine für Menschen gefährliche und mitunter lebensbedrohliche Infektionskrankheit, die von Pockenviren (*Orthopoxvirus variolae*) verursacht wird. Die Übertragung beim Menschen erfolgt durch Tröpfcheninfektion. Bis etwa zum Jahr 1800 starben in Deutschland noch bis zu 10 % aller Kleinkinder an Pocken.<sup>16</sup>

Die Letalität bei Pocken betrug Mitte des 20. Jahrhunderts nach Schätzungen bei Ungeimpften bis zu 30 % aller Erkrankten<sup>17</sup>, aber auch bei Überlebenden musste mit schweren bleibenden Schäden gerechnet werden. Pocken gelten laut der WHO seit 1979 als weltweit ausgerottet.<sup>18</sup>

Insgesamt liegt eine deutliche Vergleichbarkeit von Pocken mit COVID-19/Corona vor. Denn auch hierbei handelt es sich um eine durch Viren hervorgerufene Erkrankung, die sowohl letal enden als auch langfristige Schäden verursachen kann, wobei die Letalität (Stand: Juni 2021) aber in etwa 10mal geringer ist als sie es bei Pocken war.<sup>19</sup>

#### a. Deutsche Staaten und Deutsches Reich

1801 wurde in Deutschland das erste Vakzin gegen das Pockenvirus entwickelt.<sup>20</sup> In der Folge erließ das Königreich Bayern 1807 als weltweit erstes Land eine Pocken-Impfpflicht.<sup>21</sup> Andere deutsche Staaten folgten, z.B. das Großherzogtum Baden 1809, das Königreich Preußen 1815 und das Königreich Württemberg 1818.<sup>22</sup> In Preußen wurde 1835 sogar eine allgemeine Pocken-Impfpflicht einge-

10 Vgl. [www.sozialministerium.at/dam/jcr:00b24d05-268b-4b7a-bf9f-4b6f92b1b665/Begutachtungsentwurf\\_Bundesgesetz\\_ueber\\_die\\_Impfpflicht\\_gegen\\_COVID-19.pdf](http://www.sozialministerium.at/dam/jcr:00b24d05-268b-4b7a-bf9f-4b6f92b1b665/Begutachtungsentwurf_Bundesgesetz_ueber_die_Impfpflicht_gegen_COVID-19.pdf) (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

11 Vgl. [www.faz.net/aktuell/politik/inland/lauterbach-will-kein-impfregister-einfuehren-sorge-um-datenschutz-17737121.html](http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/lauterbach-will-kein-impfregister-einfuehren-sorge-um-datenschutz-17737121.html) (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

12 Vgl. [www.orf.at/stories/3238368/](http://www.orf.at/stories/3238368/) (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

13 Vgl. [www.sueddeutsche.de/politik/pandemie-tschechien-kippt-impfpflicht-1.5511085](http://www.sueddeutsche.de/politik/pandemie-tschechien-kippt-impfpflicht-1.5511085) (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

14 Vgl. [www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/von-der-leyen-will-corona-impfpflicht-in-der-eu-pruefen,SqlM8A3](http://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/von-der-leyen-will-corona-impfpflicht-in-der-eu-pruefen,SqlM8A3) (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

15 Klein/Schöneberg/Krause, Bundesgesundheitsbl 2012, S. 1512.

16 Gerabek/Haage/Keil/Wegner, Enzyklopädie Medizingeschichte, Bd. 1, 2007, S. 660; Jäkel, PharmR 2021, S. 401 (404).

17 Thomas, Atlas der Infektionskrankheiten, 2010, S. 246; v. Domarus, Grundriss der inneren Medizin, 2013, S. 25.

18 Adam/Doerr/Link, Die Infektiologie, 2013, S. 769; Kaufmann, Impfen: Grundlagen, Wirkung, Risiken, 2021, S. 145.

19 Vgl. [www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html?jsessionid=FC25B47A44445C5674E2D45407AA3000.internet051?nn=13490888#doc13776792bodyText13](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html?jsessionid=FC25B47A44445C5674E2D45407AA3000.internet051?nn=13490888#doc13776792bodyText13) (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

20 Gerabek/Haage/Keil/Wegner, Enzyklopädie Medizingeschichte, Band 1, 2007, S. 134 f.; Jäkel, PharmR 2021, S. 401 (405).

21 Hofmann/Tiller, Praktische Infektiologie: Erreger, Diagnose, Therapie, 2012, S. 340; Mohr/Staehlin, Infektionskrankheiten, 2013, S. 178.

22 Vgl. Hulverscheidt/Laukötter, Infektion und Institution, 2013, S. 129; Thießen, Immunisierte Gesellschaft: Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert, 2017, S. 20.

führt, zuvor bestand diese Impfpflicht nur für Kinder und Soldaten.<sup>23</sup>

1874 wurde nach der Reichsgründung von 1870/71 erstmals eine reichsweite Impfpflicht gegen Pocken auf Basis des Reichsimpfgesetzes eingeführt. Dafür bedurfte es allerdings weniger der nachhaltigen Einsicht als eines akuten Anlasses. Als die Infektionszahlen nach dem Deutsch-Französischen Krieg von 1870/71 besonders hoch waren, da französische Kriegsgefangene das Virus nach Deutschland eingeschleppt hatten<sup>24</sup>, starben in der Folge mehr als hunderttausend Menschen<sup>25</sup>.

Im Deutschen Reich wurden schließlich alle Deutschen durch das Reichsimpfgesetz verpflichtet, ihre Kinder im Alter von einem Jahr bis zu zwölf Jahren (dann Wiederholungsimpfung) gegen die Pocken impfen zu lassen. Über jede Impfung wurde nach Feststellung ihrer Wirkung vom örtlich zuständigen Impfarzt ein Impfschein ausgestellt, der auf amtliches Einfordern von Eltern, Pflegeeltern und Vormünder vorzulegen war. Wer seine Kinder nicht impfen ließ oder darüber keinen Nachweis führen konnte, erhielt eine Geldstrafe bis 50 Mark oder eine Haftstrafe bis drei Tage. Aber die Durchsetzung der Impfpflicht erfolgte nicht alleine durch diese Sanktionen auf Sekundärebene. Vielmehr wurden Kinder im impfpflichtigen Alter im Kaiserreich und auch noch in der Weimarer Republik mit Polizeigewalt zum Arzt geschleppt, um die Impfung durchzuführen.<sup>26</sup> Dies stellte also auf Primärebene eine echte Zwangsimpfung dar. Die Einführung die-

ser ersten deutschen Impfpflicht führte zu einer anhaltenden Impfgegner-Bewegung<sup>27</sup>, was Assoziationen zur Entwicklung im Vorfeld einer etwaigen allgemeinen Corona-Impfpflicht weckt.

In der Zeit nach 1933 (Nationalsozialismus) wurden die Impfpflichten nach dem Reichsimpfgesetz fortgesetzt, wobei diese Rechtsgrundlage aber um das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934 ergänzt wurde. Die Impfpflichten gerieten nun schnell in das ideologische Fahrwasser des NS-Rassenwahns samt erklärter Bedeutung der Impfung hinsichtlich einer Stärkung und Reinhaltung des deutschen Volks als vorgeblicher Herrenrasse.<sup>28</sup> Kriegsbedingt wurde die Pocken-Impfpflicht jedoch ab 1939 ausgesetzt.<sup>29</sup>

### b. DDR

Die DDR führte unter Beibehaltung der Vorgaben des Reichsimpfgesetzes<sup>30</sup> aufgrund insbesondere von sog. Anordnungen und Richtlinien ab 1953 mehrere damit modifizierte Impfpflichten für Kleinkinder ein, wozu gleich die Pocken zählten. Weitere Impfpflichten waren nach dem rechtsverbindlichen Impfkalendar etwa bezogen auf Tuberkulose (1953), Kinderlähmung (1961), Diphtherie (1961), Wundstarrkrampf (1961) Keuchhusten (1964) sowie Masern (1970).<sup>31</sup> Ebenso wie im Nationalsozialismus gerieten Impfungen unter ideologische Betrachtungen, diesmal unter dem Blickwinkel eines sozi-

alistischen Gesundheitsschutzes.<sup>32</sup> 1966 erfolgte ein Wechsel der Rechtsgrundlage hin zum Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen. Die Pocken-Impfpflicht bestand in der DDR bis 1982, jedoch wurden seit 1980 keine Erstpimpfungen mehr durchgeführt.<sup>33</sup>

Diese Impfpflichten wurden in einer Weise umgesetzt, dass zur Aufnahme in Kinderbetreuungseinrichtungen ein Impfausweis vorgelegt werden musste.<sup>34</sup> Pflichtimpfungen, die vorsätzlich oder fahrlässig nicht eingehalten wurden, konnten nach § 45 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen mit Verweis oder Ordnungsstrafe zwischen zehn und 500 DDR-Mark geahndet werden. Eine echte Zwangsimpfung gab es somit in der DDR nicht.

### c. BRD

Die BRD führte ab 1949 – immer noch gestützt auf das Reichsimpfgesetz und das NS-Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens – mehrere Impfpflichten für Kleinkinder ein. Dies betraf von Anfang an (1949) die Pocken, aber auch Diphtherie und je nach Bundesland teilweise auch Scharlach.<sup>35</sup> 1962 löste das neue Bundes-Seuchengesetz<sup>36</sup>

23 Klein/Schöneberg/Krause, Bundesgesundheitsbl 2012, S. 1512.

24 Hulverscheidt/Laukötter, Infektion und Institution, 2013, S. 129; Klein/Schöneberg/Krause, Bundesgesundheitsbl 2012, S. 1512.

25 Kaltenhäuser/Braun, medstra 2020, S. 24.

26 [www1.wdr.de/stichtag/stichtag-reichsimpfgesetz-wird-erlassen-100.html](http://www1.wdr.de/stichtag/stichtag-reichsimpfgesetz-wird-erlassen-100.html) (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

27 Vgl. Dinges, Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich, 1996, S. 85; Jäkel, PharmR 2021, S. 401 (408 f.).

28 Vgl. Süß, der Volkskörper im Krieg, 2009, S. 222 f.; Klein/Schöneberg/Krause, Bundesgesundheitsbl 2012, S. 1512 (1513).

29 Klein/Schöneberg/Krause, Bundesgesundheitsbl 2012, S. 1512 (1519).

30 Vgl. Jäkel, PharmR 2021, S. 401 (408).

31 Vgl. Jäkel, PharmR 2021, S. 401 (409).

32 Thießen, Immunisierte Gesellschaft: Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert, 2017, S. 305; Klein/Schöneberg/Krause, Bundesgesundheitsbl 2012, S. 1512 (1513).

33 Klein, Zusammenhang zwischen Impfungen und Inzidenz und Mortalität von Infektionskrankheiten. Zeitreihenanalysen mit Meldedaten zu Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis und Tetanus von 1892 bis 2011 in Deutschland, 2013, S. 76; Jäkel, PharmR 2021, S. 401 (408).

34 Klein/Schöneberg/Krause, Bundesgesundheitsbl 2012, S. 1512 (1514).

35 Klein/Schöneberg/Krause, Bundesgesundheitsbl 2012, S. 1512 (1519).

36 Das Reichsseuchengesetz von 1900 beinhaltete demgegenüber in Bezug auf Seuchen/Ansteckungskrankheiten lediglich Meldepflichten und Schutzmaßregeln wie Absonderungsanordnungen, während Impfpflichten alleine im Reichsimpfgesetz geregelt waren.

das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens ab, das Reichsimpfgesetz blieb von der Gesetzgebung allerdings unberührt<sup>37</sup>.

Im Zuge des Bundes-Seuchengesetzes konnten Pflichtimpfungen auf Basis von Rechtsverordnungen des Bundesgesundheitsministeriums nach § 14 Abs. 1 nur noch dann angesetzt werden, wenn eine übertragbare Krankheit in bösartiger Form auftrat und mit einer epidemischen Verbreitung zu rechnen war. Ab 1983 bestanden nach Beendigung der Pocken-Impfpflicht keine weiteren Impfpflichten mehr. 2001 wurde das Bundes-Seuchengesetz schließlich durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) abgelöst. § 14 Abs. 1 des Bundes-Seuchengesetzes findet sich seither adaptiert in § 20 Abs. 6 IfSG wieder.

## 2. Masernimpfpflicht seit 2020

Erstmals seit der Masern-Impfpflicht in der DDR wurde 2020 durch das Masernschutzgesetz<sup>38</sup> das IfSG in einer Weise geändert, dass nach § 20 Abs. 8 – Abs. 14 IfSG eine allgemeine Masern-Impfpflicht in Kraft gesetzt wurde. Diese betrifft schulpflichtige Kinder und in Schulen, Betreuungseinrichtungen sowie Gemeinschaftsunterkünften tätige bzw. befindliche Personen, die nach dem 31.12.1970 geboren wurden. Anknüpfungspunkt ist also eine Ortsenge von Menschen, da dieser Umstand die Verbreitung von Masern bei nicht bestehender Impfung deutlich begünstigt. Hintergrund waren in den Jahren vor 2020 deutlich gestiegene Masernfallzahlen<sup>39</sup> samt der Besonderheit, dass bei Masern erst von einer Her-

denimmunität bei 95 % an geimpfter Bevölkerung ausgegangen werden kann<sup>40</sup>. Masern sind als extrem ansteckende Infektionskrankheit des Menschen anzusehen. Ebenso wie bei Pocken und COVID-19/Corona ist Auslöser ein Virus (Paramyxoviridae aus der Gattung der Morbilliviren). Die Übertragung erfolgt durch eine Kontakt- oder Tröpfcheninfektion.<sup>41</sup> Eine Masernerkrankung verläuft zumeist schwer und zieht Komplikationen und Folgeerkrankungen wie Lungen- und Hirnentzündungen nach sich, allerdings liegen diese Komplikationen und Folgeerkrankungen zusammengerechnet bei weit unter einem 1 %.<sup>42</sup> Bei der Masernimpfung kommt es, wenn auch nur in Einzelfällen, immer wieder zu schwerwiegenden gesundheitlichen Komplikationen.<sup>43</sup> Jedoch erfolgt durch die Impfung in 95 % der Fälle eine langfristige bis lebenslange Immunität, so dass der vorhandene Impfstoff als äußerst wirksam angesehen wird.<sup>44</sup>

Nach § 20 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1 IfSG müssen die betroffenen Personen einen nach Maßgabe von Satz 2 ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder ab der Vollendung des ersten Lebensjahres eine Immunität gegen Masern nachweisen. Für die Aufnahme in die entsprechenden Einrichtungen gilt die Pflicht zur Vorlage eines Impfnachweises. Wird dieser Impfnachweis nicht erbracht, gilt nach § 20 Abs. 9 IfSG ein Aufnahmeverbot und nach § 20 Abs. 12 IfSG ein Betretungsverbot. Verstöße gegen diese und die mei-

sten anderen Verbote in diesem Zusammenhang können nach § 73 IfSG mit einer Geldbuße bis zu 2.500 Euro geahndet werden.<sup>45</sup> Eine echte Zwangsimpfung existiert jedoch nicht.

## IV. Lessons learned – Lehren aus gerichtlichen Entscheidungen insbesondere zur Impfpflicht bei Masern und Pocken

Die Frage dahingehend, ob eine allgemeine Corona-Impfpflicht rechtlich zulässig ist und voraussichtlich vor den Gerichten halten wird, lässt sich am ehesten in Ansehung der Kernaussagen vergleichbarer Judikate beantworten. Dabei handelt es sich um Passagen der Pockenschutz-Entscheidung des BVerwG<sup>46</sup>, der Masernschutz-Eilentscheidung des BVerfG<sup>47</sup> sowie zuletzt auch der Bundesnotbremse-Entscheidungen (COVID-19) des BVerfG<sup>48</sup>.

### 1. Pockenschutz-Entscheidung des BVerwG

Das BVerwG stellte 1959 fest, dass ein Impfzwang in Bezug auf Pocken mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Die Impfung stelle zwar einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar. Er falle jedoch – hier noch basierend auf dem Reichsimpfgesetz – unter den Gesetzesvorbehalt des Art. 2 Abs. 2 Satz 3 GG. Der Wesensgehalt des Grundrechts der körperlichen Unversehrtheit werde nicht durch einen Eingriff angetastet, dessen Zielsetzung gerade die Erhaltung der Unversehr-

37 Klein/Schöneberg/Krause, Bundesgesundheitsbl 2012, S. 1512 (1519).

38 BGBl. I 2020, S. 148.

39 Komp/Thrun, JA 2020, S. 195; www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination\_04\_01.html (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

40 Komp/Thrun, JA 2020, S. 195 (196); Jäkel, PharmR 2021, S. 401 (409).

41 Kriwy, Gesundheitsvorsorge bei Kindern, 2007, S. 25; Komp/Thrun, JA 2020, S. 195 (196).

42 Darai/Handermann/Sonntag/Zöller, Lexikon der Infektionskrankheiten des Menschen, 4. Aufl. 2012, S. 523; Jäkel, PharmR 2021, S. 401 (409).

43 Vgl. Sacksofsky/Nowak, JuS 2015, S. 1007 (1012); Zuck, ZRP 2017, S. 118.

44 Zepp/Schmitt/Hufnagel, Pädiatrie, 4. Aufl. 2014, S. 23; Komp/Thrun, JA 2020, S. 195 (196); Jäkel, PharmR 2021, S. 401 (409).

45 Vgl. auch Rixen, NJW 2020, S. 647 (650); Ratzel, GesR 2019, S. 560 (562).

46 BVerwG, Urteil v. 14.7.1959 – I C 170.56, BVerwGE 9, S. 78 ff.

47 BVerfG, Beschluss v. 11.5.2020 – 1 BvR 469/20, 1 BvR 470/20, NJW 2020, S. 1946 f.

48 BVerfG, Beschluss v. 19.11.2021 – 1 BvR 781/21, BeckRS 2021, 36514 und BVerfG, Beschluss v. 19.11.2021 – 1 BvR 971/21, BeckRS 2021, 36492.

heit ist. Bei einem Grundrecht wie Art. 2 Abs. 2 GG, das in sich keine abgestuften Schutzbereiche enthält, sei der Gesetzgeber in der Wahl seiner Mittel freier gestellt als in einigen anderen Grundrechten. Erst die eindeutige Unangemessenheit der gesetzlichen Maßnahme im Verhältnis zu der tatsächlichen Situation, deren sie Herr werden soll, führe zur Feststellung der Verfassungswidrigkeit. Daran gemessen lasse sich feststellen, dass der einschlägige Impfwang nicht eindeutig unangemessen und ungeeignet zur Bekämpfung der Pockenseuche ist.

Jedenfalls existierten unbestreitbare Tatsachen, welche den konkreten Impfwang rechtfertigen. So seien durch planmäßige Impfung der Bevölkerung die noch im vorigen Jahrhundert aufgetretenen Pockenepidemien in vielen europäischen Ländern zum Erlöschen gebracht worden. Dabei sei zu berücksichtigen, dass in anderen Teilen der Welt Seuchenherde fortbestehen und das Anwachsen des Reiseverkehrs und die Schnelligkeit der Verkehrsmittel eine wirksame Überwachung pockenverdächtiger Reisender erschwert, weil die Reisen oft kürzer dauern als die Inkubationszeit von 13 bis 17 Tagen. Zu berücksichtigen sei bei Art. 2 Abs. 2 GG auch die staatliche Schutzpflicht für das Leben.

### 2. Masernschutz-Eilentscheidung des BVerfG

Das BVerfG stellte ferner 2020 bei summarischer Prüfung eines Eilantrags gegen Regelungen des Infektionsschutzgesetzes zum Nachweis einer Masernschutzimpfung (Hauptsacheverfahren bislang noch nicht entschieden) fest, dass auch grundrechtlich geschützte Interessen einer großen Anzahl betroffener Dritter von hohem Gewicht sind. Die grundsätzliche Pflicht, einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern vor der Betreuung in einer Gemeinschaftseinrichtung auf- und nachzuweisen, diene dem besseren Schutz vor

Maserninfektionen, insbesondere bei Personen, die regelmäßig in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen sind. Impfungen gegen Masern in bestimmten Gemeinschaftseinrichtungen sollten nicht nur das Individuum gegen die Erkrankung schützen, sondern gleichzeitig die Weiterverbreitung der Krankheit in der Bevölkerung verhindern, wenn mit Hilfe der Maßnahmen erreicht wird, dass die Impfquote in der Bevölkerung hoch genug ist. Auf diese Weise könnten auch Personen geschützt werden, die aus medizinischen Gründen selbst nicht geimpft werden können, bei denen aber schwere klinische Verläufe bei einer Infektion drohen. Ziel des Masernschutzgesetzes sei namentlich der Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit, zu dem der Staat prinzipiell auch kraft seiner grundrechtlichen Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG angehalten ist. Bei Gegenüberstellung der danach jeweils zu erwartenden Folgen müsse das Interesse der Antragsteller, ihre Kinder ohne Masernschutzimpfung in einer Gemeinschaftseinrichtung betreuen zu lassen bzw. selbst dort betreut zu werden, gegenüber dem Interesse an der Abwehr infektionsbedingter Risiken für Leib und Leben einer Vielzahl von Personen zurücktreten. Die Nachteile, die mit Inkrafttreten der angegriffenen Regelungen des Masernschutzgesetzes nach späterer Feststellung seiner Verfassungswidrigkeit verbunden wären, überwögen in Ausmaß und Schwere nicht – und schon gar nicht deutlich – die Nachteile, die im Falle der vorläufigen Verhinderung eines sich als verfassungsgemäß erweisenden Gesetzes einträten.

### 3. Bundesnotbremse-Entscheidungen (COVID-19) des BVerfG

2021 befasste sich das BVerfG mit Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen sowie Schulschließungen im Rahmen der sog. Bundesnotbremse. Im Kern interessant sind Passagen aus der Entscheidung

zu Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen, welche daher nachfolgend wiedergegeben werden.

Die in § 28b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 IfSG angeordneten nächtlichen Ausgangsbeschränkungen dienten verfassungsrechtlich legitimen Zwecken. Als ein Element des gesetzgeberischen Gesamtkonzepts sollten sie neben den Kontaktbeschränkungen dazu beitragen, die Bevölkerung vor Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit dem SARS-CoV-2-Virus zu schützen. In diesem Konzept diene die Beschränkung des Aufenthalts im öffentlichen Raum dazu, in den Abendstunden stattfindende private Zusammenkünfte auch im privaten Raum zu begrenzen, weil diesen nach der auf hinreichend tragfähigen fachwissenschaftlichen Erkenntnissen beruhenden Einschätzung des Gesetzgebers ein erhebliches Infektionsrisiko zukam. Sie seien als Instrument der Kontrolle und Förderung der Einhaltung der für die Eindämmung der zum maßgeblichen Zeitpunkt der als zentral bewerteten Kontaktbeschränkungen gedacht gewesen und hätten so wie diese selbst mit dem Lebens- und Gesundheitsschutz sowie der Aufrechterhaltung eines funktionsfähigen Gesundheitswesens überragend wichtigen Gemeinschaftsbelangen gedient.

Der Gesetzgeber habe annehmen dürfen, dass es darauf ankam, die Dynamik des Infektionsgeschehens möglichst umfassend und rasch zu durchbrechen, um die Bevölkerung vor Gefahren für Leib und Leben durch ein außer Kontrolle geratenes Infektionsgeschehen und eine dadurch bewirkte Funktionsunfähigkeit des Gesundheitssystems zu bewahren. Da Schutzmöglichkeiten über Impfungen oder erfolgversprechende medikamentöse Behandlung an COVID-19 Erkrankter fehlten, sei die Einschätzung des Gesetzgebers verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, die

erstrebten Gemeinwohlbelange primär durch umfassende und effektiv an allen maßgeblichen Kontaktorten geltende Kontaktbeschränkungen erreichen zu können.

Mit den Kontaktbeschränkungen aus § 28b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG habe der Gesetzgeber daher Gemeinwohlziele von überragender Bedeutung verfolgt. Die Rechtsgüter Leben und Gesundheit seien als solche bereits Rechtsgüter von überragender Bedeutung, zu deren Schutz der Gesetzgeber nach Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG verpflichtet ist. Er habe ohne Überschreitung seines Einschätzungsspielraums wegen der tatsächlichen Lage bei Verabschiedung des Gesetzes annehmen dürfen, dass zu deren Schutz mit besonderer Dringlichkeit gehandelt werden musste.

In der Abwägung habe der Gesetzgeber für den zu beurteilenden Zeitraum einen verfassungsgemäßen Ausgleich zwischen den mit den Kontaktbeschränkungen verfolgten besonders bedeutsamen Gemeinwohlbelangen und den erheblichen Grundrechtsbeeinträchtigungen gefunden. Bei der Herstellung des ihm obliegenden Ausgleichs der gegenläufigen Interessen sei nicht erkennbar, dass der Gesetzgeber einseitig den genannten Gemeinwohlbelangen Vorrang eingeräumt oder Grundrechte außer Acht gelassen hätte. Seine prognostischen Annahmen über die weitere Ausbreitung des Virus in seinen besorgniserregenden Varianten und die daraus resultierenden Gefahren für die verfolgten Gemeinwohlbelange hätten aus den dargelegten Gründen auf tragfähigen Erkenntnissen beruht und sich innerhalb seines Einschätzungsspielraums gehalten.

## V. Schlussfolgerung und Ergebnis

Ausgangspunkt der Frage nach der Zulässigkeit einer allgemeinen Corona-Impfpflicht ist Art. 2 Abs. 2 GG. Sofern diese auch auf Minderjährige ausgeweitet würde – was derzeit nicht bekannt, aber eher unwahrscheinlich ist – wäre wohl zusätzlich das elterliche Erziehungsrecht aus Art. 6 Abs. 2 GG betroffen.<sup>49</sup>

Der von Impfgegnern teilweise gegen eine allgemeine Corona-Impfpflicht als Schranke angeführte sog. Nürnberger Kodex<sup>50</sup>, eine aus der Urteilsverkündung im Nürnberger NS-Ärzteprozess (1946/47) hervorgegangene ethische Richtlinie zur Vorbereitung und Durchführung medizinischer, psychologischer und anderer Experimente am Menschen, scheint dabei von vornherein nicht anwendbar zu sein. So besagt Punkt 1 des Nürnberger Kodex zwar, dass eine freiwillige Zustimmung der Versuchsperson zwingend erforderlich ist. Insofern handelt es sich bei einer Impfpflicht Impfgegnern nach etwa dann um einen hiernach verbotenen Medikamentenversuch, wenn bei einem mRNA-Impfstoff keine abgeschlossenen Studien über etwaige Risiken dieses Impfstoffs vorliegen.<sup>51</sup> Dagegen spricht aber, dass mit einer allgemeinen Corona-Impfpflicht sicherlich kein Reihenversuch mit Millionen von Probanden bezweckt ist. Vielmehr geht es alleine um die konkrete Pandemie-Bekämpfung.

49 Vgl. dazu das entsprechende Gutachten „Verfassungsmäßigkeit einer Pflicht zur Impfung von Kindern gegen COVID-19“ des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestags unter [www.bundestag.de/resource/blob/854090/d3e9e990e9f54c1d01aed1880a35d0f8/WD-3-113-21-pdf-data.pdf](http://www.bundestag.de/resource/blob/854090/d3e9e990e9f54c1d01aed1880a35d0f8/WD-3-113-21-pdf-data.pdf) (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

50 Vgl. Kern, in: *Laufs/Kern/Rehborn*, Handbuch des Arztrechts, 5. Aufl. 2019, § 4 Rn. 34; Kiriakaki, ZStrW 2006, S. 229 ff.

51 Exemplarisch von einer Mutter gegen die Impfung ihres 16jährigen Sohnes angeführt in OLG Frankfurt a.M., Beschluss v. 17.8.2021 – 6 UF 120/21, NZFam 2021, 872.

Zudem gibt das Robert-Koch-Institut an, dass die derzeit vorhandenen COVID-19-Impfstoffe (als mRNA- oder Vektorimpfstoffe) mit lange erprobten Totimpfstoffen gleichgesetzt werden können, da sie keine Lebendimpfstoffe sind, also keine noch vermehrungsfähigen Viren enthalten.<sup>52</sup> Selbst wenn man dies nicht gelten lassen wollte, so könnten bei einer allgemeinen Corona-Impfpflicht ab Frühjahr 2022 – nach entsprechender Zulassung – auch Impfstoffe basierend auf inaktivierten Viren (Totimpfstoffe) Verwendung finden. So sind in China und Indien schon die entsprechenden Vakzine Sinopharm, Sinovac und Covaxin an Milliarden von Menschen verabreicht worden. Und auch die weiteren Vakzine mit Totimpfstoffen Novavax aus den USA und Valneva aus Österreich werden sodann in der EU zugelassen sein.

Nach Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG hat jedenfalls jeder das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Der sachliche Schutzbereich der körperlichen Unversehrtheit erfasst dabei sowohl die Gesundheit im biologisch-physiologischen Bereich als auch die Gesundheit im psychischen Bereich.<sup>53</sup> Die Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 stellt dabei – wie jede Schutzimpfung – einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Geimpften dar.<sup>54</sup> Da eine

52 [www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html](http://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html) (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

53 Lang, in: BeckOK-GG, 48. Ed. Stand: 15.8.2021, Art. 2 Rn. 62; Rixen, in: Sachs, GG, 9. Aufl. 2021, Art. 2 Rn. 148 f.

54 *Bretschneider/Peter*, NVwZ 2020, S. 1462, (1464); Eufinger, GesR 2021, S. 69 (71). Bislang nicht erörtert haben die befassen deutschen Gerichte dabei allerdings, ob eine unechte Impfpflicht mit der Möglichkeit der Verhinderung der Impfung im Wege des Zahlens einer Geldbuße, überhaupt einen messbaren Eingriff in den Schutzbereich gerade von Art. 2 Abs. 2 GG darstellt. Vertretbar erschiene hier auch alternativ die Annahme rein eines Eingriffs in den Schutzbereich von Art. 2 Abs. 1 GG (allgemeine Handlungsfreiheit). Bei einer echten Impfpflicht mit zwangsweiser Verabreichung eines Impfstoffs wäre ein Eingriff in den Schutzbereich von Art. 2 Abs. 2 GG dagegen völlig evident.

Impfpflicht allerdings keine Zwangsimpfung bedeutet (dem Adressaten ist ja gleichwohl die Alternative der Zahlung eines Bußgeldes und damit die Verweigerung der Befolgung der Impfpflicht eröffnet), handelt es sich allerdings nur um mittelbare Eingriffe in den Schutzbereich der körperlichen Unversehrtheit.

In diese Rechte darf nach Art. 2 Abs. 2 Satz 3 GG nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden. Insoweit wird ein förmliches Gesetz als Schranke für einen staatlichen Eingriff verlangt.<sup>55</sup>

Nicht abschließend geklärt ist dabei derzeit, ob § 20 Abs. 6 IfSG diesen Vorgaben genügt, denn zwar ist die Norm ihrerseits Teil eines formellen Gesetzes, jedoch werden hierdurch Eingriffe qua Rechtsverordnung (= materielles Gesetz) des Bundesgesundheitsministeriums ermöglicht. Durch eine entsprechende Rechtsverordnung kann nach § 20 Abs. 6 Satz 1 IfSG jedenfalls angeordnet werden, dass bedrohte Teile der Bevölkerung an Schutzimpfungen oder anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe teilzunehmen haben, wenn eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist. Subsidiär können bei Nichthandeln des Bundesgesundheitsministeriums auch die Landesregierungen nach § 20 Abs. 7 IfSG eine derartige Rechtsverordnung erlassen. Teile der Literatur gehen in diesem Zusammenhang davon aus, dass § 20 Abs. 6 IfSG aufgrund der besonderen Grundrechtswesentlichkeit einer Impfpflicht

nicht hinreichend bestimmt ist.<sup>56</sup> Zudem erfasste der Wortlaut lediglich „bedrohte Teile der Bevölkerung“ als Adressat, nicht aber die gesamte Bevölkerung.<sup>57</sup> Insgesamt wird im Binnenvergleich zum Masernschutzgesetz davon ausgegangen werden müssen, dass § 20 Abs. 6 IfSG keine taugliche Ermächtigungsgrundlage für eine allgemeine Corona-Impfpflicht ist. Denn ansonsten hätte der Bundesgesetzgeber seinerzeit § 20 Abs. 6 IfSG bemüht. Dass er dies nicht getan und sich mit dem Masernschutzgesetz für ein formelles Gesetz entscheiden hat, obwohl die Masern-Impfpflicht einen deutlich kleineren und abgrenzbareren personellen und sachlichen Anwendungsbereich aufweist als eine allgemeine Corona-Impfpflicht, spricht für das Erfordernis eines gesonderten Coronaschutzgesetzes, mit welchem dann das IfSG geändert wird.

Ob dieses formelle Coronaschutzgesetz verhältnismäßig ausgestaltet werden kann, stand nach den bereits zitierten Aussagen der Rechtsprechung bis vor kurzem relativ eindeutig zu vermuten. Eine allgemeine Impfpflicht verfolgt das legitime Ziel des Schutzes des Lebens von nicht impfbaren Personen und des Gesundheitswesens insgesamt. Eine allgemeine Impfpflicht wäre auch geeignet, diese Ziele zu erreichen. Zwar führen Corona-Impfungen nur bedingt zu einer besseren Immunisierung i.S. einer niedrigeren Ansteckung. Jedoch kann bei vollständiger Impfung das Risiko von schweren Verläufen deutlich begrenzt werden.<sup>58</sup>

<sup>56</sup> Wolff/Zimmermann, NVwZ 2021, S. 182 (183); a.A. offenbar Eufinger, GesR 2021, S. 69 (71). Interessant ist auch der Aspekt, dass auf § 20 Abs. 6 IfSG angesprochene Spitzenpolitiker der Großen Koalition (Haseloff – CDU, Klingbeil – SPD) in der ZDF-Sendung „Markus Lanz“ am 30.11.2021 nicht sagen konnten, ob diese Ermächtigungsgrundlage für eine allgemeine Corona-Impfpflicht ausreichend ist oder nicht.

<sup>57</sup> Kersten/Rixen, Der Verfassungsstaat in der Corona-Krise, 2020, S. 87; Boehme-Neßler, NVwZ 2021, S. 1241 (1242).

<sup>58</sup> Vgl. Hofmann/Neuhöfer NVwZ 2022, 19 (23).

In der Folge werden einerseits vulnerable Gruppen und insbesondere nicht impfbare Personen darunter geschützt, andererseits drohen die Krankenhäuser und insbesondere deren Intensivkapazitäten nicht durch Corona-Patienten mit schweren Verläufen überlastet zu werden. An der Eignung zur Erreichung des Ziels bestehen auch deshalb keine Zweifel, als dass die Corona-Impfstoffe (noch) keine vergleichbare hohe und effiziente Wirkung wie etwa Pocken-Impfstoffe aufweisen.<sup>59</sup> Zum einen kommt es auf derartige Vergleiche nicht an. Zum anderen ist fortlaufend mit weiteren Verbesserungen der noch recht jungen Corona-Impfstoffe zu rechnen. Zudem reicht auch die jetzige Wirkeffizienz bereits aus, um schwere Verläufe weitestgehend auszuschließen. Auch kann eine allgemeine Impfpflicht als erforderlich angesehen werden, denn mildere und gleich wirksame Mittel sind auf Dauer nicht ersichtlich. Jedoch müsste der Staat hier noch dringend nachsteuern, um die Impfquote zunächst mit Kampagnen oder auch Anreizen weiter zu erhöhen, bevor massive Pflichten begründet werden.<sup>60</sup> Dies lässt sich jedoch bis zur Einführung einer allgemeinen Impfpflicht noch nachjustieren.

In Anbetracht der neuen und mittlerweile in Europa vorherrschenden Omikron-Variante kommt allerdings die Angemessenheit einer allgemeinen Impfpflicht ins Wanken. Denn Omikron scheint zwar wesentlich ansteckender zu sein als etwa die vorangegangene Delta-Variante, jedoch führt Omikron kaum mehr zu schweren Verläufen mit Blick auf Hospitalisierungen sowie Sterbefälle und einem Long-COVID-Syndrom. Insoweit ist fraglich, ob eine derart mindere Gefahr nun noch schwere Grundrechtseingriffe zu rechtfertigen vermag. Dies

<sup>59</sup> Vgl. Hofmann/Neuhöfer NVwZ 2022, 19 (23).

<sup>60</sup> Vgl. etwa Kruse/Maturana NVwZ 2021, 1669 ff.; Naber/Schulte NZA 2021, 81 (85).

<sup>55</sup> Lang, in: BeckOK-GG, 49. Ed. Stand: 15.11.2021, Art. 2 Rn. 68; Kunig/Kämmerer, in: v. Münch/Kunig, GG, Bd. 1, 7. Aufl. 2021, Art. 2 Rn. 146.

gilt zumal, als dass die derzeit eingesetzten Corona-Impfstoffe nur teilweise bei Omikron eine Wirkung entfalten. Das österreichische Gesetz behilft sich an dieser Stelle nun damit, dass der Gesetzgeber erklärt hat, dass er nach Auslaufen der Omikron-Variante wieder mit schwereren Corona-Varianten rechnet. Anders gewendet sollen also schwere Grundrechtseingriffe vorbeugend damit gerechtfertigt werden, dass der Gesetzgeber eine Prognoseentscheidung in Bezug auf künftige Corona-Varianten trifft. Zwar steht auch dem deutschen Gesetzgeber ein weiter Beurteilungsspielraum<sup>61</sup> bei seiner legislativen Tätigkeit zu. Völlig offen ist aber, ob dieser zugebilligte weite Beurteilungsspielraum auch weitestgehend wissenschaftlich ungesicherte Endemieprognosen umfasst.

Sofern der vorgenannte, nicht abschließend beurteilbare „Knackpunkt“ der vorbeugenden Grundrechtseingriffe auf Basis von Prognosen einmal ausgeklammert wird, muss von der rechtlichen Zulässigkeit einer allgemeinen Corona-Impfpflicht ausgegangen werden.

Dazu eine Conclusio in Thesenform, die einer Entscheidung des BVerfG über das wohl baldige Coronaschutzgesetz vorzugreifen will:

1. Das Coronaschutzgesetz wahrt zunächst den Gesetzesvorbehalt des Art. 2 Abs. 2 Satz 3 GG.
2. Der Gesetzgeber hat sich hinsichtlich der Verhältnismäßigkeit innerhalb des ihm zustehenden Rahmens seines Beurteilungs- und Einschätzungsspielraums bewegt.
3. Dabei hat der Gesetzgeber die jeweiligen Schutzgüter der betroffenen Parteien angemessen gegeneinander

abgewogen. Hierbei ging es im Kontextgefüge des Art. 2 Abs. 2 GG einerseits um das Recht auf körperliche Unversehrtheit der nicht impfwilligen Personenkreise, andererseits um den Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit der nicht impfbaren Bevölkerungsteile, denen gegenüber eine besondere staatliche Schutzpflicht besteht.

4. An den betroffenen Rechtsgütern gemessen waren der Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit der nicht impfbaren Bevölkerungsteile sowie im Übrigen auch die Aufrechterhaltung eines funktionsfähigen Gesundheitswesens samt der etwaig zusätzlichen Opferzahlen bei Überlastung desselben im Sinne überragend wichtiger Gemeinschaftsbelange als höherrangig zu bewerten.
5. Verstärkend wirkte bei dieser Abwägung die gesamtwirtschaftliche Dimension, denn durch die flankierenden Schutzmaßnahmen wie etwa Lockdowns und den dadurch bewirkten erheblichen finanziellen Schäden bei Staat und vielen Privaten drohten das ökonomische Gleichgewicht und in Folge dessen der soziale Frieden in Gefahr zu geraten.
6. Mildere Mittel, die zur Bekämpfung der Pandemie gleich geeignet gewesen wären und zur Herbeiführung einer stabilen Herdenimmunität geführt hätten, waren nicht ersichtlich. In Anbetracht der im Winter 2021 bereits eingetretenen allgemeinen Inzidenzzahlen sowie Krankenhaus-Inzidenzen, welche eine erhöhte Letalität sowie Umbelegungen innerhalb und außerhalb Deutschlands auf andere Intensivstationen sowie teilweise bereits die Einführung einer Triage erforderten und mangels der Effektivität anderer Maßnahmen wie 2G, Kontaktbeschränkungen und

Lockdowns, kam nur noch eine allgemeine Corona-Impfpflicht zur wirksamen Bekämpfung der Pandemie in Betracht.

7. Zwar wirken die verfügbaren COVID-Impfstoffe immer noch nicht derart nachhaltig und komplikationsfrei<sup>62</sup> wie etwa diejenigen bei Pocken und Masern, darauf kam es aber im Ergebnis nicht weiter an. Denn einerseits wurden und werden die COVID-Impfstoffe stetig verbessert, ihr Sortiment erweitert und ihre Anwendung weiter evaluiert. Andererseits könnten Folgeimpfungen den Schutzzeitraum verlängern und damit die Wirksamkeit der Impfstoffe auf ein derart angemessenes Niveau heben, welches sich zur effektiven Pandemiebekämpfung eignet.

**Autor:**

**Prof. Dr. Michael Hippeli,  
LL.M., MBA  
Professor für Wirtschaftsrecht  
und Recht im Gesundheitswesen  
Hochschule für Wirtschaft und  
Gesellschaft Ludwigshafen  
67059 Ludwigshafen am Rhein  
michael.hippeli@hwg-lu.de**

61 BVerfG, Urteil v. 8.2.1977 – 1 BvF 1/76, NJW 1977, 569 (574); BVerfG, Beschluss v. 17.7.1996 – 2 BvF 2/93, NJW 1997, 383 (384); BVerfG, Beschluss v. 19.11.2021 – 1 BvR 781/21, NJW 2022, 139 (146); *Kischel*, in: BeckOK-GG, 49. Ed. Stand: 15.11.2021, Art. 3 Rn. 53 ff.

62 Darauf kommt es durchaus auch an, vgl. das Gutachten „Verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer Impfpflicht“ des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestags unter [www.bundestag.de/resource/blob/413560/40484c918e669002c4b-b60410a317057/wd-3-019-16-pdf-data.pdf](http://www.bundestag.de/resource/blob/413560/40484c918e669002c4b-b60410a317057/wd-3-019-16-pdf-data.pdf) (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

Stephanie Helf

# Internationale Erfahrungen zu teambasierten Vergütungsmodellen und ihre Implikationen für die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) in Deutschland

Die vorliegende Masterarbeit analysiert Erfahrungen aus sechs internationalen (Pilot-) Projekten zu Leistungskomplexpauschalen, ergebnisorientierten sowie populationsbezogenen Vergütungsansätzen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Kosten und Qualität der Patientenversorgung. Das Ziel der Arbeit ist es, die Frage zu beantworten, welche Vergütungsform interdisziplinäre Arbeit im Team bestmöglich fördert und den größtmöglichen Wert für Patienten erzielt. Ferner wird unter Berücksichtigung der gewonnenen Erkenntnisse die Anwendbarkeit der drei Vergütungsformen und ihre Implikationen für die Patientenversorgung in der ASV diskutiert. Hintergrund ist, dass die Inanspruchnahme der ASV durch Leistungserbringer seit ihrer Einführung in 2012 stark hinter den Erwartungen zurückbleibt und die aktuellen Vergütungsstrukturen als einer der Hauptbarrieren genannt werden.

## I. Einleitung

Zahlreiche Gesundheitssysteme dieser Welt stehen vor der Herausforderung steigender Gesundheitsausgaben, primär bedingt durch den demographischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt (1). Deutschland gibt mit einem Anteil am BIP von 12,5 % überdurchschnittlich viel für Gesundheit aus (2). Gleichzeitig rückt der Anspruch nach bestmöglicher Behandlungsqualität und ihrem direkten Bezug zur Vergütung von Leistungserbringern verstärkt in den Fokus gesundheitspolitischer Diskussionen. Traditionelle Vergütungsformen, wie beispielsweise die Einzelleistungsvergütung (Fee-For-Service: FFS) honorieren vermehrt die Quantität anstatt die Qualität der Behandlung (3, 4). Einige Länder haben daher bereits unterschiedliche Vergütungs- und Versor-

gungsmodelle weiterentwickelt, mit dem Ziel Anreize für eine qualitativ hochwertige, kosteneffektive und patientenzentrierte Versorgung zu setzen und die interdisziplinäre, sektorenübergreifende Arbeit in Teams zu stärken (5, 6). Daher werden nachfolgend internationale Erfahrungen aus sechs (Pilot-)Projekten zu Leistungskomplexpauschalen, ergebnisorientierten sowie populationsbezogenen Vergütungsansätzen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Kosten und Qualität der Patientenversorgung vorgestellt. Es soll die Frage beantwortet werden, welche Vergütungsform interdisziplinäre Arbeit bestmöglich fördert und den größtmöglichen Wert für Patienten erzielt. Unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisse werden außerdem die Anwendbarkeit dieser drei Vergütungsformen sowie ihre Implikationen für die Patientenversorgung in der ASV diskutiert. Die ASV

wird momentan mittels FFS vergütet, bleibt jedoch stark hinter ihrer erwarteten Inanspruchnahme durch Leistungserbringer zurück, welche u. a. die bestehenden Vergütungsstrukturen der ASV als primären Grund dafür nennen (7, 8).

## II. Leistungskomplexpauschale

Die Leistungskomplexpauschale, auch „Bundled Payment“ (BP) genannt, stellt eine pauschale, indikationsbezogene und patientenzentrierte Vergütung für alle im Zusammenhang mit einer spezifischen Krankheitsperiode erbrachten medizinischen Leistungen, die zur Behandlung notwendig sind, dar. BP rücken anstatt dem Einzelfall den sektoren- und leistungsstellenübergreifenden Behandlungsprozess in den Vordergrund der Vergütung. Mehrere Einzelleistungen werden

organisationsübergreifend zu Leistungskomplexen zusammengefasst. Prinzipiell ist die Bündelung diverser Leistungen aus dem ambulanten, stationären, rehabilitativen und pflegerischen Bereich denkbar. Die Vergütungshöhe für eine Behandlungsepisode wird prospektiv für multiple Leistungserbringer festgelegt, anschließend innerhalb des Teams aufgeteilt und bezieht sich entweder auf eine medizinische Prozedur oder einen bestimmten Krankheitsfall (9, 10). Die gemeinsame finanzielle Verantwortung, ebenso wie die einheitlichen Finanzierungsquelle von BP erhöhen die ergebnisbezogene Interdependenz und fördern dessen Funktionsfähigkeit. Somit sind aus theoretischer Sicht bessere Health Outcomes zu erwarten, die bestmöglich auf Teamebene evaluiert werden.

### USA – Bundled Payments for Care Improvement Model 2 (BMCI-2)

Das „BMCI-Model 2“ (BMCI-2)<sup>1</sup> ist ein freiwilliges Vergütungsmodell für Krankenhäuser, Chirurgen und post-akute Versorgungseinrichtungen mit einer Laufzeit von drei bis fünf Jahren, das erbrachte Leistungen 72 Stunden vor der Krankenhauseinweisung, während des Krankenhausaufenthalts und bis 90 Tage nach der Entlassung für 48 ausgewählte klinische und chirurgische Prozeduren honoriert. Die 90 Tage und somit auch die Behandlungsepisode beginnt mit Aufnahme durch eine Akutklinik oder eine Gemeinschaftspraxis („Physician Group Practice, PGP). Die teilnehmenden Leistungserbringer werden für alle im Zusammenhang mit der Behandlungsepisode eines Patienten erbrachten Leistungen mittels FFS vergütet, jedoch wird die Summe der verursachten Aus-

gaben gegen einen Episodenzielpreis, der durch das Centers for Medicare & Medicaid Services auf Basis von historischen Medicare-Kostendaten der Akutklinik/PGP festgelegt wird, retrospektiv verrechnet. Unterschreiten die Ausgaben den Zielpreis, belohnt Medicare die Akutklinik/PGP finanziell, ansonsten wird eine Entschädigungszahlung fällig (11, 12). Zum Ende der dreijährigen Programmphase am 31.12.2016 nahmen 423 Akutkliniken und 272 PGPs am BPCI-2 teil, die ca. hälftig 694.382 Behandlungsepisoden zwischen 2013–2016 initiierten. Dabei entsprach fast jede vierte Episode dem Ersatz eines Knie- oder Hüftgelenks (13, 14).

Im Vergleich zu Non-BMCI-2-Einrichtungen können keine statistisch signifikanten Veränderungen in der Gesamtmortalitäts-, Notfallaufnahme- und Wiedereinweisungsrate in 90 Tagen nach Entlassung festgestellt werden. Gleiches gilt für den von Patienten selbst bewerteten funktionalen Status. Einzig weisen Patientenbefragungen darauf hin, dass BMCI-2-Patienten ihre Versorgung signifikant schlechter empfinden als Non-BMCI-2-Patienten, v.a. in BMCI-2-Akutkliniken (14–16). Interessant in diesem Zusammenhang scheint, dass keine abweichenden Effekte zwischen chronischen und akuten Behandlungsepisoden auftreten, obgleich sie sehr unterschiedliche Anforderungen an die Versorgung und die Behandlungsepisode stellen. Außerdem überweisen BPCI-2-Einrichtung ihre Patienten seltener in post-akute Versorgungseinrichtungen als Non-BPCI-2-Einrichtungen, da sie nach eigenen Angaben vermehrt vertikal mit ihnen integrieren, Leistungen stärker koordinieren und Patienten für eine Entlassung nach Hause vorbereiten (14, 17). Es konnten keine Hinweise auf eine Mengenausweitung, „Unbundling“ oder auf Diskriminierung bestimmter

Patientengruppen festgestellt werden, die potenzielle Fehlanreize von BP-Programmen darstellen (14, 16, 18). Zwischen 2013–2016 reduzierten die teilnehmenden BPCI-2-Einrichtungen für ca. ein Drittel der Behandlungsepisoden die Vergütungshöhe signifikant, die in Gesamteinsparungen für Medicare i.H.v. \$ 534 Mio. resultierten (davon \$ 279 Mio. bzw. \$ 691 pro Episode in Akutkliniken, \$ 255 Mio. bzw. \$ 726 pro Episode in PGPs) (14).

### Niederlande – Bundled Payment Model Diabetesregelversorgung

Eine multiple Gruppe an Leistungserbringern, eine sogenannte Versorgungsgruppe („Care Group, CG), erhält für die Regelversorgung von Diabetes mellitus (DM)-Patienten über 365 Tage im Rahmen eines Disease-Management-Programms (DMP) eine prospektive Vergütung. Eine CG ist eine juristische Person, die mit den Kostenträgern einen BP-Vertrag abschließt,<sup>2</sup> der die zwischen den Vertragspartnern verhandelte Höhe der Leistungskomplexpauschale und die damit abgegoltenen Leistungen der Regelversorgung umfasst. Somit übernimmt die CG das Leistungs- und Versicherungsrisiko. Welche Leistungen honoriert werden, wurde auf nationaler Ebene definiert und 2007 durch die niederländische Diabetesgesellschaft in einer Leitlinie kodifiziert. Diese legt die Mindestanforderungen an Qualitätsindikatoren sowie eine multidisziplinäre und adäquate Regelversorgung fest, jedoch nicht durch wen, wie oder wo sie zu erbringen sind. Daher kann die CG entweder Leistungen selbst erbringen, indem sie Personal anstellt, oder Unterverträge mit anderen Versorgern abschließen, die diese

1 Inzwischen wurden das BMCI-Model 3 und 4 initiiert und weitere Reports durch das CMS veröffentlicht (11).

2 Der BP-Vertrag wird mit der marktführenden Krankenversicherung der Region vereinbart und kann anschließend von weiteren Krankenversicherungen unterschrieben werden.

Leistungen für sie übernehmen und ebenfalls durch verhandelte Honorare entlohnt werden. Mischformen sind auch denkbar. Prinzipiell können CGs nur Versicherte in das DMP einschreiben, die von einer DM-Regelversorgung profitieren, d.h. jene, die kürzlich mit DM diagnostiziert wurden, keine schwerwiegenden Komplikationen vorweisen und deren Krankheit adäquat eingestellt ist. Ziel des BP-Programms ist die Vermeidung bzw. Verzögerung von potenziellen Folgeerkrankungen, um teure Klinikaufenthalte und spezialfachärztliche Konsultationen zu verhindern. Eine Einschreibung ist freiwillig, d. h. DM-Patienten können auch weiterhin außerhalb des DMP behandelt und die erbrachten Leistungen via FFS abgerechnet werden. Nach einer dreijährigen Pilotphase von 2007–2009 wurde das BP-Programm langfristig in die DM-Versorgung aufgenommen und national ausgeweitet. 2010 nahmen bereits 98 CGs mit insgesamt 303.800 Patienten teil (19, 20).

Prozessindikatoren wie der HbA1c-, Cholesterin-, Albumin-, BMI-, Kreatinin- und Blutdruckwert sowie die jährliche Untersuchung der Augen und Füße, die potenzielle Folgeerkrankungen kontrollieren, wurden 2009 bei 73,3 % bzw. 81,3 % der DM-BP-Patienten kontrolliert. Auch die Ergebnisqualität verbessert sich leicht, insbesondere von Jahr 2 auf 3, indem sich elf Indikatoren signifikant verbesserten, drei verschlechterten und acht nicht auswertbar waren. Die hohe Anzahl an nicht auswertbaren Parametern weist bereits auf die teilweise unzureichende Datenqualität hin, da die bestehende IT-Landschaft dem erhöhten Informationsbedarf der Stakeholder scheinbar nur unzureichend gerecht wird (20, 21). Dieses Bild wird durch qualitative Studien mit Vertretern unterschiedlicher Gesundheitsberufe bekräftigt (22, 23). Die durchschnittlichen kurativen

Gesundheitskosten pro Patient lagen in 2009 bei € 4.872, wovon die Hälfte auf fachärztliche Leistungen zurückzuführen ist. Das sind durchschnittlich € 288 mehr als für einen DM-Patienten mit Standardversorgung und steht im Widerspruch zu den gesetzten Zielen (19).

### III. Ergebnisorientierte Vergütung

Ergebnisorientierte Vergütungsansätze sind eine Form von „Add-on Payments“, d. h. Leistungserbringer erhalten komplementär zu ihrer regulären Vergütung nach Abschluss der Behandlung eine vorab definierte Bonus- oder Strafzahlung, falls sie die ex-ante verbindlich festgelegten Behandlungsergebnisse (nicht) erreichen. Die Höhe der Bonus- bzw. Strafzahlung richtet sich nach dem Erreichungsgrad des Zielwerts und wird retrospektiv ausgezahlt (24). Der erreichte Zielwert hat einen direkten Leistungsbezug, üblicherweise zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung, der Patientenzufriedenheit oder der Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität. Somit bilden Leistungskennzahlen die Basis der Vergütung, weswegen eine partizipative Entwicklung sinnvoll erscheint, um ihre Akzeptanz im Versorgungsalltag sicherzustellen (25). Die monetären Anreizstrukturen werden idealtypisch durch ein „Public Reporting“ begleitet, um den Wettbewerb zu stärken und durch Anerkennung, Wertschätzung und Auszeichnungen nicht-monetäre Anreize zu setzen (9). Grundsätzlich können ergebnisorientierte Vergütungsansätze auf individuelle Leistungserbringer oder Ärzteteams ausgerichtet werden (26). Leistungserbringern wird dabei ein starker Anreiz gesetzt ihre Performanz in diesen Dimensionen zu verbessern, woraus sich die häufig verwendete, alternative Begriffsbezeichnung „Pay-for-Performance“ (P4P) ergibt.

### Großbritannien – Quality and Outcome Framework (QOF)

Großbritannien implementierte 2004 das weltweit größte P4P-Programm QOF, das General Practitioners (GP) für das Erreichen festgelegter Qualitätsziele belohnt und durch ein Public Reporting begleitet wird (9). Diese Bonuszahlungen umfassen bis zu 30 % ihres jährlichen Einkommens und werden zusätzlich zum Festgehalt ausgezahlt. Die Performanz ergibt sich aus der Zielerreichung von 77 evidenzbasierten Qualitätsparametern in 19 Indikationen, die sich primär auf Prozess- und Ergebnisindikatoren chronischer Krankheitsbilder beziehen (27, 28). Die Höhe der Bonuszahlung bestimmt sich durch den erreichten Punktwert, der nach der Größe der behandelten Patientenpopulation sowie der Prävalenz der versorgten Krankheitsbilder gewichtet wird. Maximal können 559 Punkte, aufgeteilt in drei Kategorien, erreicht werden. Im Jahr 2019/20 wurde ein QOF-Punkt mit £ 187,74 vergütet (29). Indem Praxen anstatt einzelne Leistungserbringer für das Erreichen evidenzbasierter Qualitätsziele finanziell belohnt werden, soll außerdem die teambasierte Versorgung gefördert werden (30). Mit Stand zum 31.03.2018 nahmen 7.100 GPs (95 % der Praxen) freiwillig am QOF teil und versorgten über 58 Mio. Versicherte in England (31).

Nach 15 Jahren QOF weisen die Ergebnisse auf eine leicht verbesserte Prozessqualität in der Primärversorgung von chronisch Kranken hin, sowie auf unklare und teilweise kurzfristige Effekte in der Ergebnisqualität. Prozesse wurden eindeutiger definiert, umfangreiche Versorgungsdaten regelmäßig gesammelt und veröffentlicht, sodass die Transparenz der medizinischen Leistungserbringung stieg (32). Jedoch zeigen sich auch Anhaltspunkte für Risikoselektion von ethnischen und demographischen Grup-

pen, weswegen anzunehmen ist, dass der QOF seine Ziele einer effizienten, effektiven und verteilungsgerechten Versorgung nur bedingt erreicht (33–36). Insgesamt wurden in 2017/18 Boni i.H.v. £ 704,6 Mio. durch den National Health Service (NHS) an die teilnehmenden GPs ausgezahlt; damit entfallen etwa 7,6 % der insgesamt ausgezahlten Vergütungen an britische GPs durch den NHS auf den QOF (37). Aufgrund der auftretenden Fehlanreize wurde eine zeitnahe Überarbeitung des QOF durch den NHS England bereits beschlossen (38, 39).

### Taiwan – Pay-for-Performance-Program Diabetes mellitus

Das in 2011 eingeführte P4P-Programm setzt finanzielle Anreize für eine umfassende und leitlinienbasierte Versorgung von DM-Patienten, unter der Annahme, dass Leistungserbringer als multidisziplinäres Team kooperativ unter ärztlicher Führung zusammenarbeiten (40, 41). Dafür erhalten Ärzte zusätzlich zur regulären Vergütung mittels FFS sogenannte „Case Management Fees“, die für einen Erstbesuch des Patienten nach Aufnahme in das P4P-Programm, für eine umfassende Nachsorgeuntersuchung sowie einen jährlichen Bewertungsbesuch ausgezahlt werden. Weitere Bonuszahlungen sind für erreichte Zielwerte der Prozess- und Ergebnisqualität möglich, wie z.B. durchgeführte Patientenschulungen oder erreichte HbA1c-Schwellenwerte. Gehören die teilnehmenden Ärzte zu den besten 25 % des Landes, erhalten sie neben einer Auszeichnung (Public Reporting) eine weitere Bonuszahlung. Die freiwillige Teilnahme ist ausschließlich für Klinikärzte möglich, da in Taiwan der ambulante und stationäre Sektor vollintegriert ist und Kliniken die Primär- und Sekundärversorgung übernehmen (42, 43). Den Klinikärzten obliegt hierbei die Entscheidung, wen sie in das P4P-Programm auf-

nehmen möchten. In 2005 waren 160.000 DM-Patienten (12,1 %) und in 2015 418.000 DM-Patienten (19,0 %) in das P4P-Programm eingeschrieben (44).

Die kontinuierliche und engmaschige Kontrolle zeigt sich in verbesserten Prozessindikatoren (mehr durchgeführte Untersuchungen und Labortests, regelmäßige Arztkonsultationen), die auf Leitlinien der American Diabetes Association basieren, sodass eine evidenz- und leitlinienbasierte Versorgung gefördert wird (45, 46). Die verbesserte Ergebnisqualität äußert sich in niedrigeren Hospitalisierungsraten (46), Gesamt-, diabetes- und krebsbezogene Mortalitätsraten (43, 47) sowie geringeren Inzidenzen potenzieller Folgeerkrankungen (48, 49). Ob sich die verbesserte Versorgung auch in einer erhöhten Patientenzufriedenheit ausdrückt, ist zum heutigen Zeitpunkt aufgrund fehlender Evidenz nicht bewertbar (50, 51). Die verbesserte Versorgungsqualität geht mit Mehrausgaben von \$ 104 bis \$ 218 pro DM-P4P-Patienten einher, die sich primär durch zusätzliche Nachfolgeuntersuchungen begründen. Dennoch scheint das DM-P4P-Programm kosteneffektiv zu sein, wodurch der Wert der Gesundheitsversorgung für Patienten steigt (52–54). Die gewonnenen Erkenntnisse sollten jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da nur 19,0 % aller DM-Patienten überhaupt in das P4P-Programm eingeschrieben sind, davon signifikant mehr jüngere, weibliche und gesündere DM-Patienten (44, 55, 56). Es scheint, dass Ärzte DM-Patienten hinsichtlich ihres Risikos selektieren und „Gaming“ betreiben, wodurch die Ergebnisse verzerrt sind (57).

## IV. Populationsbezogene Vergütung

Populationsbezogene Vergütungsstrukturen sind eine Weiterentwicklung von

Leistungskomplexpauschalen und honorieren multiple Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen und Versorgungsstufen prospektiv für die gesamte oder überwiegende medizinische Versorgung einer vorab definierten Population. Eine Gruppe an Leistungserbringern erhält ein globales Budget, das mengenunabhängig ist und dessen Höhe sich nach der Anzahl an eingeschriebenen Mitgliedern (= Population) in eine vertrags-schließende Organisation (vO) bemisst. Eine vO kann entweder von Ärztgruppen, Managementgesellschaften oder privaten Anbietern getragen werden und ist für die Vertragsverwaltung sowie Organisation des Vergütungsmodells zuständig. Leistungserbringer werden an den gemeinsamen Einsparungen bzw. Verlusten beteiligt, wodurch sie das finanzielle Risiko übernehmen und pekuniär belohnt werden, sofern sie im Interesse des Kostenträgers handeln (24).

Besteht eine befreiende Wirkung des Budgets für Kostenträger, handelt es sich um ein reales Budget. Leistungserbringer erhalten ex-ante ein globales Budget mit dem alle zu erbringenden, medizinischen Leistungen abgegolten sind. Somit übernehmen sie das volle Leistungs- und Versicherungsrisiko und tragen eventuelle finanzielle Verluste durch Budgetüberschreitungen selbst, obgleich Rückversicherungslösungen im Falle von Epidemien oder extrem teuren Erkrankungen mit Kostenträgern möglich sind. Im Falle von Budgetunterschreitungen werden sie partiell an den Einsparungen beteiligt (siehe Abbildung 1). Um diese zwischen den Teammitgliedern aufzuteilen, schließen sie interne Vergütungsvereinbarungen mit der vO, die von bestehenden kollektivvertraglichen Regelungen abweichen können (5). Da Leistungserbringer Verluste tendenziell stärker gewichten als Gewinne, bieten sich Verträge an, durch die Leistungserbringer geringfügig stär-

## ÜBERSICHT

ker an finanziellen Einsparungen als an Verlusten beteiligt werden (58). Außerdem werden dadurch risiko- und verlust-averse Leistungserbringer gleichermaßen angesprochen, wodurch ein größerer Teilnehmerkreis erreicht wird (59).

Individuell gestaltbare Vergütungsstrukturen sind neben der befreienden Wirkung für Kostenträger und dem Maß an finanziellem Risiko ein entscheidender Unterschied zu virtuellen Budgets. Hierbei rechnen Leistungserbringer ihre

erbrachten medizinischen Leistungen wie gewohnt mit dem Kostenträger, oder stellvertretend mit einer abrechnenden Institution, ab. Sie erhalten eine Gewinnausschüttung, wenn die tatsächlich abgerechneten Leistungen unterhalb des virtuellen Budgets liegen (5), weswegen solche Modelle auch unter „Einsparverträgen“ oder „Shared Savings Modellen“ bekannt sind (59). Bei Überschreitung des Budgets ist prinzipiell eine Übernahme der finanziellen Verluste durch die Leistungs-

erbringer denkbar. Dies findet jedoch im Versorgungsalltag selten Anwendung, da ein zu hohes finanzielles Risiko die Teilnahme und Akzeptanz bei Versorgern hemmt. Somit wirken virtuelle Budgets als Vergleichsparameter und fördern die wirtschaftliche Mittelverwendung (24).

### Deutschland – Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK)

Die IVGK stellt ein Versorgungsmodell mit populationsbezogenem Vergütungsvertrag und virtueller Budgetverantwortung dar. Die vO „Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH“<sup>3</sup> hat 2005 einen IV-Vertrag gemäß § 140a–d SGB V mit der AOK Baden-Württemberg (BW) und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) BW abgeschlossen. Die teilnehmenden Leistungserbringer werden durch die Kostenträger an der Differenz aus den real angefallenen Gesundheitsausgaben und dem virtuellen Budget beteiligt. Die AOK BW bildet ihr virtuelles Budget auf Basis der risikoadjustierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die ca. 32.000 AOK-Versicherten im PLZ-Gebiet Kinzigtal, die LKK BW hingegen auf einer gezogenen Zufallsstichprobe aus allen Versicherten der LKK BW, die nicht im Kinzigtal gemeldet sind. Die IVGK stellt ein erweitertes, vertikal integriertes Netzwerk aus Haus- und Fachärzten, Kliniken, Pflegeheimen, Pflegediensten, Psychotherapeuten und einem sozialtherapeutischen Dienst dar. Ergänzt wird dieses Angebot durch zahlreiche Kooperationspartner der Gesundheitsversorgung (z. B. Apotheken, Fitnessstudios) sowie IT-Dienstleister, mit denen zusammen eine zentrale elektronische Patientenakte und ein Arztin-

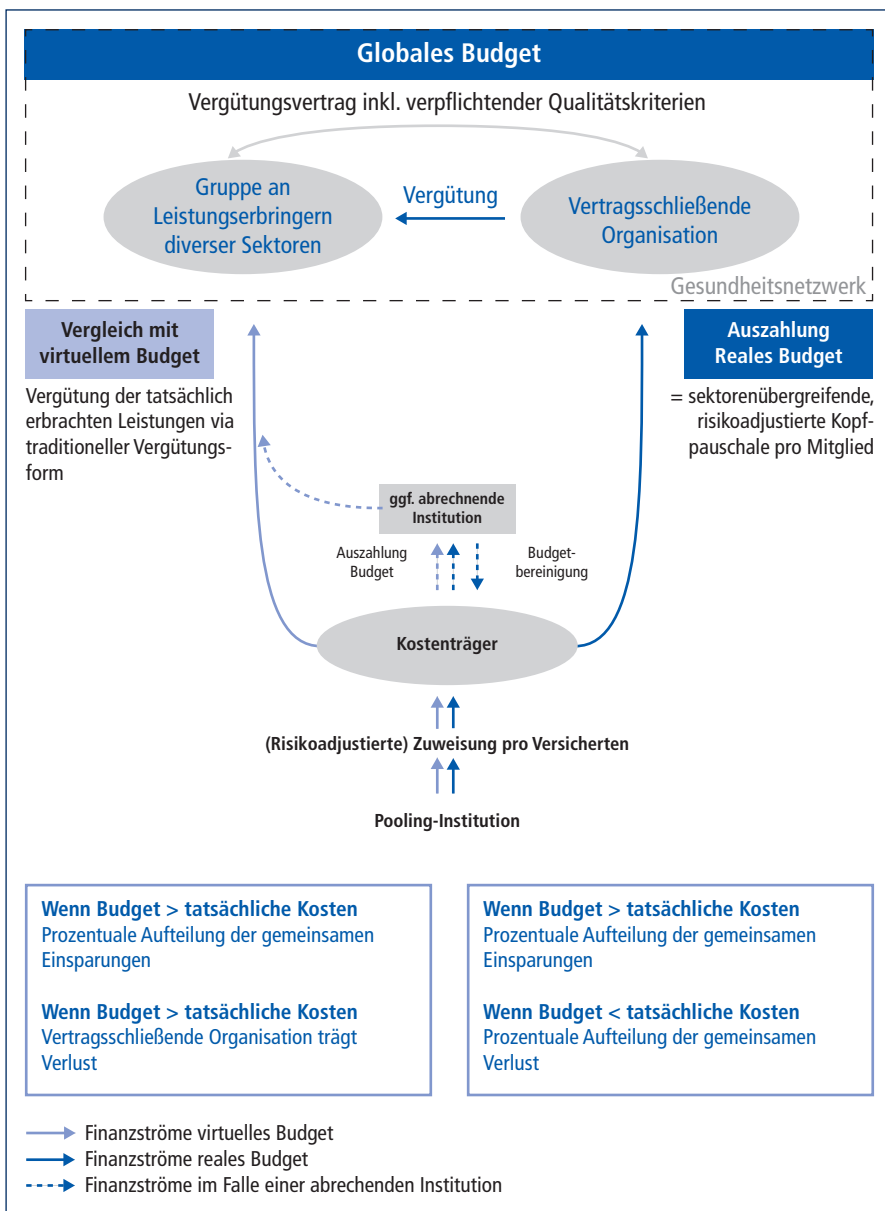


Abbildung 1: Übersicht zu globalen Budgets.

Quelle: Eigene Darstellung nach (5).

<sup>3</sup> An der vO hält das regionale Praxisnetz „Medizinisches Qualitätsnetz Ärztinitiative Kinzigtal e.V.“ 66,6 % der Anteile und die Beratungs- und Managementgesellschaft OptiMedis AG 33,3 % der Anteile.

formationssystem entwickelt werden. Ferner wird der patientenzentrierte Ansatz und somit die Befähigung des Patienten durch diverse Maßnahmen gefördert, z.B. durch Beratungsangebote, Zielvereinbarungen zwischen Patient und Arzt über den Gesundheitsprozess oder durch die Interessensvertretung gegenüber Krankenkassen und der vO durch einem demokratisch gewählten Patientenbeirat.

Die Ziele der IVGK umfassen die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Population sowie die Erhöhung der Patientenzufriedenheit unter bestmöglicher, effizienter Mittelverwendung. Diese drei Ziele werden als „Triple Aim“ bezeichnet (60, 61). Basierend auf Routinedaten der GKV aus den Jahren 2005–2011 verbesserten sich sechs der 18 untersuchten Indikatoren signifikant ( $p < 0,05$ ), elf entwickelten sich in die intendierte und einer in die nicht-intendierte Richtung. Es zeigte sich außerdem eine hohe Patientenzufriedenheit, die jedoch aufgrund eines fehlenden adäquaten Vergleichsparameters momentan nur bedingt aussagekräftig ist. Die AOK BW sparte € 146 und die LKK BW € 322 pro Versicherten im Vergleich zur Kontrollgruppe in 2012 ein (62). Insgesamt ist somit eine leicht verbesserte Prozess- und Ergebnisqualität bei überwiegend zufriedenen Patienten und wirtschaftlicherem Ressourceneinsatz erkennbar, sodass das „Triple Aim“ und eine Wertsteigerung der Gesundheitsversorgung erreicht scheint (62, 63).

### USA –Medical Shared Savings Program (MSSP)

Mit Einführung des MSSP in 2012 sollte der Einsatz von virtuellen Budgets durch „Accountable Care Organizations“ (ACOs) vorangetrieben werden. Eine ACO ist eine horizontal oder vertikal integrierte Gruppe an Leistungserbringern, die sich vertraglich dazu verpflichtet, die Qualität und Effizienz der Versor-

gung durch eine verstärkte Koordination der Leistungserbringung zu erhöhen und dafür an den erzielten Einsparungen beteiligt wird (64). Eine Teilnahme ist für Leistungserbringer freiwillig. Im Rahmen des MSSP agiert eine ACO als vO, die einen Einsparvertrag mit definierten Qualitätszielen über mindestens drei Jahre mit Medicare über eine Population von mindestens 5.000 Versicherten abschließt und an der Primärversorgung der Versicherten ansetzt. Die Gewinn- bzw. Verlustbeteiligung erfolgt nur, sofern die MSSP-ACO eine Mindesteinsparquote bzw. Mindestverlustquote sowie definierte Qualitätsziele erreicht. Das virtuelle Budget wird bestimmt, indem der gewichtete Durchschnitt der historischen Ausgaben für alle Mitglieder der ACO-Population in den drei Jahren vor Vertragsbeginn für die kommenden drei Jahre hochgerechnet wird, wobei das aktuellste Jahr die stärkste Gewichtung erfährt (65–67). Außerdem erfolgt eine Risikoadjustierung, sowie eine Anpassung an den durchschnittlichen nationalen Wachstumsfaktor (68). Die gemeinsamen Einsparungen ergeben sich anteilig aus der Differenz zwischen den tatsächlich abgerechneten Leistungen mittels FFS bei Medicare und dem virtuellen Budget, wobei MSSP-ACOs im ersten Jahr für die koordinierte Leistungserbringung honoriert werden („pay-for-coordination“). Zusätzlich wächst die Gewinnbeteiligung mit steigendem Zielerreichungsgrad der Qualitätsindikatoren, der sich in Punkten pro Indikator ausdrückt, was einer P4P-Komponente entspricht. Hierbei gibt es zwei Vertragsmodelle. Im „One-Sided Model“ werden MSSP-ACOs an gemeinsamen Einsparungen und im „Two-Sided Model“ zusätzlich an gemeinsamen Verlusten beteiligt (69). Das One-Sided Model ermöglicht Beteiligungen bis 50,0 % und das Two-Sided Model bis 60,0 %, so dass ein höheres Leistungs-

risiko durch eine höhere Gewinnbeteiligung belohnt wird (65, 70).

Mit Stand zum 01.07.2019 versorgen 518 MSSP-ACOs 10,9 Mio. Medicare-Versicherte (18,0 %) in den USA. 71,0 % der MSSP-ACOs agieren im One-Sided Model, 29,0 % im Two-Sided Model und mehr als die Hälfte der MSSP-ACOs setzen sich aus einer vertikal integrierten Gruppe an Ärzten und Kliniken zusammen (71, 72). Ebenso wie die IVGK verfolgt das MSSP das „Triple Aim“ (73). Die Evidenz weist auf eine leichte Verbesserung der Versorgungsqualität durch MSSP-ACOs bei gleichzeitigen Kosteneinsparungen hin. MSSP-ACOs unter ärztlicher Leitung und jene, die seit 2012 teilnehmen, konnten dabei die größten Einsparungen erzielen (74, 75). Der Qualitätsanstieg zeigt sich primär im internen Vergleich zwischen MSSP-ACOs, wohingegen der Vergleich mit Non-ACOs keine eindeutige Aussage zulässt. So konnten MSSP-ACOs die größten und beständigsten Verbesserungen im Bereich der präventiven Leistungen erzielen, gefolgt von einer stärkeren Versorgungscoordination und Patientensicherheit. Außerdem weisen die Größe einer MSSP-ACO und deren Qualitätsniveau einen positiven Zusammenhang auf, mit den größten Vorteilen für Hochrisiko-Populationen (76). Vor dem Hintergrund der steigenden Bedeutung von chronischen Erkrankungen, könnten große MSSP-ACOs durch eine adäquate Primärversorgung solcher Patienten einen wichtigen Beitrag zur Wertsteigerung in der Gesundheitsversorgung leisten (75, 77). Verbesserte Health Outcomes in eben solchen Indikationen (78) und eine hohe Patientenzufriedenheit unter den multiplen chronisch Erkrankten bekräftigen diese Vermutung (79). Jedoch gilt zu beachten, dass für einige Ergebnisindikatoren keine eindeutigen Effekte nachgewiesen wurden und die Gefahr der Risikoselektion besteht (80, 81).

### V. Ambulante Spezial- fachärztliche Versorgung

Die ASV nach § 116b SGB V stellt einen Versorgungsbereich an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dar. Sie umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattung erfordern. Hierzu gehören neben hochspezialisierten Leistungen auch Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen sowie Erkrankungen mit entsprechend geringen Fallzahlen. Da Patienten mit solchen Erkrankungen häufig Sektorengrenzen passieren und hohe Gesundheitsausgaben verursachen, versucht die ASV Versorgungsbrüche durch eine vertikal integrierte Leistungserbringung zu reduzieren, die ambulante Versorgung zu stärken und den Wert der Gesundheitsversorgung zu steigern. Alle Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser können in Form von interdisziplinären Teams (ASV-Team) an der ASV teilnehmen, sofern sie die entsprechenden Voraussetzungen der ASV-Richtlinie erfüllen. Eine Teilnahme für Patienten ist freiwillig, sobald sie die in der indikationsspezifischen Anlage definierten Voraussetzungen erfüllen und von einem Vertragsarzt in die ASV überwiesen bzw. durch einen an der ASV teilnehmenden Leistungserbringer versorgt werden (7). Ursprünglich sollten erbrachte ASV-Leistungen durch sogenannte ASV-DRGs vergütet werden; diese einheitliche Vergütungssystematik wurde von den Vertretern der Selbstverwaltung jedoch bisher nicht erarbeitet. Daher werden in der ASV erbrachte Leistungen momentan auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)

bzw. im EBM nicht-inkludierte Leistungen nach der Gebührenordnung der Ärzte abgerechnet. Prinzipiell können alle ASV-Teammitglieder direkt mit der Krankenkasse abrechnen, d. h. Instrumente der Mengensteuerung entfallen und die Vergütung erfolgt extrabudgetär mittels FFS außer kollektivvertraglicher Regelungen. Werden Leistungen durch mehrere Teammitglieder erbracht oder erfolgt eine pauschale Honorierung, rechnet die Teamleitung die entsprechende Leistung ab und koordiniert die interne finanzielle Verteilung (7).

Die Inanspruchnahme der ASV durch Leistungserbringer bleibt bisher hinter den Erwartungen zurück (8). Befragungen von teilnehmenden Leistungserbringern zeigen, dass eine zentrale Barriere die Abrechnung und Vergütung von ASV-Leistungen betrifft. Infolgedessen erscheint es interessant, die Anwendbarkeit alternativer, teambasierter Vergütungssysteme in der ASV zu diskutieren.

#### Leistungskomplexpauschale

Indem Leistungskomplexpauschalen multiple Leistungserbringer prospektiv für sektoren- und leistungsstellenübergreifende Behandlungsprozesse akuter und prozedurenintensiver, aber auch chronischer Krankheitsbilder vergüten, wäre eine BP-Vergütung prinzipiell für alle Indikationen der ASV denkbar. Im Bereich der onkologischen Indikationen, die den Großteil an ASV-Teams und Patienten abbilden (82), initiierte das amerikanische Versicherungsunternehmen *United-Healthcare* bereits ein erstes BP-Pilotprojekt in der Arzneimittelversorgung und erzielte im Vergleich zur FFS-Vergütung -34,0 % geringere Gesamtausgaben bei gleichbleibender Qualität (83). Ein Einsatz in der ASV wäre daher möglicherweise zur Vergütung von Chemotherapie-Zyklen denkbar und könnte zusätzlich auf weitere Leistungsbereiche (z. B.

Strahlentherapie), Fachdisziplinen und Sektoren ausgeweitet werden (84, 85). Aber auch Behandlungsepisoden chronischer Krankheitsbilder könnten mittels BP vergütet werden, wie die BP-Programme aus den USA und Niederlanden zeigen. Die BPCI-2 umfasst beispielsweise chronische Lungenerkrankungen (14), sodass eine Anwendung auf Leistungen zur Behandlung der Mukoviszidose oder Tuberkulose denkbar wäre. Großbritannien implementierte sogar bereits ein BP-Programm zu Mukoviszidose, obgleich wissenschaftliche Evaluationen dazu noch ausstehen (86). Ferner würden BP im Gegensatz zur FFS die Vergütungssystematik für ASV-Teilnehmer vereinheitlichen, die finanzielle Fragmentierung des ambulanten und stationären Sektors überwinden und die Vergütungssicherheit für Leistungserbringer erhöhen. Eine prospektive Ausgestaltung wie in den Niederlanden scheint hierbei vielversprechender, da insbesondere risikoaverse Versorger von den vorab definierten Preisen pro Behandlungsepisode profitieren. Außerdem konnten in den Niederlanden im Gegensatz zu den USA Qualitätsverbesserungen erzielt werden, die möglicherweise durch den Honorartarif beeinflusst werden. Grundsätzlich folgen BP der ursprünglich intendierten Vergütung von ASV-Leistungen in Form von ASV-DRGs, setzen jedoch im Gegensatz dazu Leistungserbringern stärkere Anreize sektorenübergreifend und interdisziplinär zu kooperieren. Kooperationsvereinbarungen nach § 116b Abs. 4 SGB V verpflichten Leistungserbringer onkologischer Indikationen bereits heute zu vertikalen Kooperationen, Leistungskomplexpauschalen würden jedoch Versorger aller Indikationen zu sektorenübergreifenden Kooperationen incentivieren (7).

Die Einführung einer vO wäre notwendig, um die erhaltenen Finanzmittel innerhalb des ASV-Teams zu verteilen und den Ver-

gütungsvertrag mit dem Kostenträger zu schließen. Neben möglichen Unstimmigkeiten innerhalb der ASV-Teams würde die Implementierung einer vO enormen zusätzlichen Aufwand verursachen, insbesondere für Vertragsärzte in Einzelpraxen, die nicht auf bestehende Strukturen zurückgreifen können. Dennoch würde die Abrechnung vereinheitlicht und der Abrechnungsaufwand für den einzelnen Arzt möglicherweise reduziert werden. Als Vorbild könnten die im Rahmen des DM-BP-Programms in den Niederlanden angesprochenen CGs dienen. Denkbar wäre gegebenenfalls auch eine Ausweitung der Kompetenzen von MVZs, die als Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung zur Teilnahme an der ASV berechtigt sind und möglicherweise die Rolle von CGs einnehmen könnten. Eine rechtliche Prüfung scheint jedoch unabdingbar. Zusätzlich bedürfte es einer schlanken, aber konsequenten und zielgenauen Dokumentation von Indikation und Ergebnissen, sowie darauf aufsetzende externe Reviews, um die Gefahr der Mengenausweitung und Risikoselektion einzudämmen (87). Eine geeignete IT-Struktur bildet hierfür eine scheinbar zwingende Voraussetzung.

### Ergebnisorientierte Vergütung

Prinzipiell bieten sich P4P-Ansätze für ASV-Leistungen aller Indikationen an. Dies zeigt sich auch in den analysierten P4P-Initiativen aus Großbritannien und Taiwan, die chronische wie akute Erkrankungen umfassen. Taiwan bietet sogar ein separates P4P-Programm für die Versorgung von Brustkrebspatientinnen an, sodass bereits erste Erfahrungen in onkologischen Indikationen bestehen (88). Dennoch sind die Auswirkungen von P4P-Programmen auf die Qualität der Versorgung unklar, da leichte Verbesserungen in der Prozessqualität bei gleichzeitig gegensätzlichen

Effekten in der Ergebnisqualität identifiziert werden (57). Da P4P-Ansätze komplementär zu bestehenden Vergütungsformen eingesetzt werden, würden sich die grundlegende Vergütungssystematik und deren Risikoverteilung in der ASV nicht verändern. Somit würden ASV-Leistungen weiterhin auf Basis des EBM honoriert und die angesprochenen Hindernisse seitens der Leistungserbringer bestehen bleiben. Gegebenenfalls würde die Abrechnung noch aufwendiger und zeitverzögerter werden, da zusätzliche Informationen dokumentiert und an die Kostenträger übermittelt werden (89). Leistungskennzahlen bilden die Basis eines jeden P4P-Programms, sodass diese zusätzlich zwingend zuvor definiert werden müssten. Ferner könnte das bestehende „*Multitasking-Problem*“ dazu führen (90), dass Leistungserbringer Ressourcen weg von nicht quantifizierbaren Dimensionen allozieren, mit gegebenenfalls schwerwiegenden und irreversiblen Konsequenzen für ASV-Patienten.

### Populationsbezogene Vergütung

Der patientenzentrierte, interdisziplinäre und sektorenübergreifende Ansatz von populationsbezogenen Vergütungsstrukturen entspricht dem der ASV, weswegen eine Honorierung von ASV-Teams durch populationsbezogene Vergütungsansätze über alle Indikationen hinweg denkbar wäre und Anreize zu einer ganzheitlichen und wirtschaftlichen Versorgung setzen würden. Ob eine Beteiligung der ASV-Teams an den gemeinsamen Einsparungen bzw. Verlusten dazu beitragen, die bestehenden Hürden in der ASV zu überwinden, scheint jedoch unwahrscheinlich, da die ASV mit 0,001 % einen vergleichsweise geringen Anteil an den Gesamtgesundheitsausgaben in 2018 in Deutschland einnimmt (91). Analog zu Leistungskomplexpauschalen müssten

auch hier die teilnehmenden Mitglieder der ASV-Teams eine vO gründen, die die Vergütung vertraglich und organisatorisch mit den Kostenträgern regelt. Neben CGs könnten auch ACOs als Orientierungshilfe dienen, da sie ebenfalls eine horizontal oder vertikal integrierte Gruppe an Leistungserbringern darstellen (64). Die Erfahrungen zum MSSP zeigen, dass ACOs leichte Verbesserungen in der Versorgungsqualität erreichen, mit den stärksten und nachhaltigsten Effekten im Bereich der Präventionsleistungen (76). Von einer ähnlichen Entwicklung könnten auch ASV-Patienten profitieren, indem sie präventiv versorgt und so mögliche Komorbiditäten verhindert werden. Das MSSP, wie auch die IVGK decken den gesamten Behandlungspfad eines Patienten ab, da Hausärzte eine wichtige Lotsenfunktion einnehmen. Aktuell sind Allgemeinmediziner jedoch in keinem Leistungsbereich zur Teilnahme an der ASV berechtigt (82), obgleich ihre Beteiligung die Versorgung bestimmter Erkrankungen verbessern könnte und deswegen, z.B. in der Onkologie gefordert wird (92, 93). Jedoch widerspricht das der momentanen Ausrichtung der ASV, die eine verstärkte Kooperation der spezialfachärztlichen Versorgung verfolgt und somit eine Anpassung der ASV-Richtlinie erfordern würde. Dennoch weist erste Evidenz darauf hin, dass ACOs den Wert der onkologischen Gesundheitsversorgung verbessern könnten (94, 95). Daher scheint es sinnvoll zu prüfen, inwiefern MVZs, Hochschulambulanzen und Organumorzentren die Rolle von ACOs bzw. eines regionales Versorgungszentrums einnehmen könnten. Auch hier müssten ASV-berechtigte Leistungserbringer zusätzliche personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen investieren, um eine vO aufzubauen und Verträge mit den Kostenträgern zu schließen. Diese müssten hingegen zusätzliche Strukturen

schaffen, um ein globales Budget implementieren, auszahlen und evaluieren zu können und der Gesetzgeber müsste die Rahmenbedingungen der ASV anpassen. Weiter scheint es fraglich, ob Leistungserbringer bereit wären, ein höheres Leistungsrisiko als bisher unter FFS zu tragen und inwiefern dies ihre Teilnahmebereitschaft beeinflussen würde.

### Fazit

Vor dem Hintergrund der steigenden Gesundheitsausgaben und dem verstärkten Anspruch nach bestmöglicher Behandlungsqualität gewinnen alternative, teambasierte Vergütungsformen stetig an Relevanz. Diese versuchen im Gegensatz zu traditionellen Vergütungsformen wie der FFS, Leistungserbringern Anreize für eine stärkere, interdisziplinäre Zusammenarbeit in Teams mit dem Patienten als Bezugsobjekt zu setzen und so vermehrt die Qualität anstatt der Quantität zu honorieren (4). Internationale Erfahrungen zu Leistungskomplexpauschalen, ergebnisorientierten sowie populationsbezogenen Vergütungsstrukturen weisen darauf hin, dass populationsbezogene Vergütungsstrukturen mit dem größten Wert für den Patienten und dem stärksten Anreiz zur interdisziplinären Zusammenarbeit im Team einhergehen. Erfahrungen aus Deutschland und der USA zeigen eine leicht verbesserte Prozess- und Ergebnisqualität bei effizienterem Ressourceneinsatz. Die stärksten und nachhaltigsten Verbesserungen traten im Bereich der Präventionsleistungen und bei Hochrisiko-Populationen auf. Analog dazu honorieren Leistungskomplexpauschalen interdisziplinäre Teams leistungsstellen- und sektorenübergreifend und fördern daher interdisziplinäre Arbeit gleichermaßen. Die inkonsistente Studienlage zu den analysierten BP-Programmen lässt keine eindeutigen Rück-

schlüsse auf die Entwicklung der Qualität und Kosten zu. Die P4P-Programme aus Großbritannien und Taiwan lassen vermuten, dass ergebnisorientierte Vergütungsansätze die Prozessqualität leicht verbessern, indem v. a. chronisch Kranke engmaschiger und regelmäßiger kontrolliert werden, jedoch auch Anreize zur Risikoselektion und Gaming bestehen. Daher sollten P4P-Ansätze ausschließlich komplementär zu anderen Instrumenten der Qualitätsverbesserung eingesetzt werden (9).

Die geringe Versorgungsrelevanz der ASV sowie die komplexe und aufwendige Umsetzung von populationsbezogenen Vergütungsansätzen lassen vermuten, dass diese zum jetzigen Zeitpunkt keine gewinnbringende Alternative darstellen. Vielmehr scheinen Leistungskomplexpauschalen eine vielversprechende Alternative darzustellen, da sie leichter zu implementieren sind, die interdisziplinäre Arbeit im Team fördern sowie die sektorale und finanzielle Fragmentierung der ASV überwinden. Da Leistungskomplexpauschalen den Gebrauch von IT-Infrastruktur zwingend benötigen, jedoch nicht gezielt fördern, erscheint die Ergänzung um eine P4P-Komponenten sinnvoll, um ASV-Teilnehmern einen Anreiz zu setzen in Informationstechnologien zu investieren und diese zu nutzen. Ergänzend müssten zusätzliche systemische Anpassungen des deutschen Gesetzgebers erfolgen, die die Entwicklung geeigneter IT-Lösungen unter Einhaltung festgelegter Standards vorantreiben. Somit scheint eine Mischform aus Leistungskomplexpauschale und P4P-Ansätzen ideal, um eine der Hauptbarrieren der ASV – die aufwendige und uneinheitliche Vergütungssystematik – zu überwinden.

### Literatur

1. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health Spending. 2021 [10.01.2022]; Verfügbar unter: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health Spending. 2020; Verfügbar unter: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.
3. Güssow J. Vergütung Integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag; 2007.
4. Porter ME, Lee TH. The Strategy That Will Fix Health Care. Harvard Business Review. 2013(October).
5. Binder A, Braun GE. [Reimbursing health-care service provider networks]. Gesundheitswesen. 2015;77(3):206-12. Vergütungsstrukturen von Versorgungsnetzwerken.
6. Blumenthal DM, Song Z, Jena AB, Ferris TG. Guidance for structuring team-based incentives in healthcare. Am J Manag Care. 2013;19(2):e64-70.
7. Jenschke C., Munte A., Froschauer-Häfele S., Pöttgen S. Sektorengrenzen ade? Analyse der Entwicklung der Versorgungsstrukturen in der ASV. In: Repschläger U., Schulte C., Osterkamp N. (Hrsg.). BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2017. Berlin: BARMER; 2018. S. 198-221.
8. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2018. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. 2018.
9. Amelung V. Vergütungssysteme. In: Amelung V (Hrsg.). Managed Care Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 5. Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag; 2012. S. 174-217.
10. Mühlbacher A. Finanzmanagement in der Integrierten Versorgung. In: Busse R, Schreyögg J, Stargardt T (Hrsg.). Management im Gesundheitswesen. 5. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag; 2017. S. 326-34.
11. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) Initiative: General Information. 2019. Verfügbar unter: <https://innovation.cms.gov/innovation-models/bundled-payments>. [Zugriff am: 10.09.2019]
12. Hardin L, Kilian A, Murphy E. Bundled Payments for Care Improvement: Preparing for the Medical Diagnosis-Related Groups. J Nurs Adm. 2017;47(6):313-9.
13. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Findings at a glance. Evaluation Years 1–3. 2019. Verfügbar unter: <https://innovation.cms.gov/bpci2-4-fg-evalyrs1-3.pdf>. [Zugriff am: 10.09.2019]
14. Dummit L, Marruffo G, Marshall J, Ackerman T, Bergman S, Bradley A, et al. CMS Bundled Payments for Care Improvement Initiative Models 2-4: Year 5 Evaluation & Monitoring Annual Report. Stand: Oktober Falls Church 2018.
15. Joynt Maddox KE, Orav EJ, Zheng J, Epstein AM. Evaluation of Medicare's Bundled Payments Initiative for Medical Conditions. N Engl J Med. 2018;379(3):260-9.
16. Martin BI, Lurie JD, Farrokhi FR, McGuire KJ, Mirza SK. Early Effects of Medicare's Bundled Payment for Care Improvement Program for Lumbar Fusion. Spine (Phila Pa 1976). 2018;43(10):705-11.

17. Zhu J, Patel V, Shea JA, Neuman MD, Werner RM. Hospitals Using Bundled Payment Report Reducing Skilled Nursing Facility Use And Improving Care Integration. *Health Aff (Millwood)*. 2018;37(8):1282-9.
18. Navathe AS, Liao JM, Dykstra SE, Wang E, Lyon ZM, Shah Y, et al. Association of Hospital Participation in a Medicare Bundled Payment Program With Volume and Case Mix of Lower Extremity Joint Replacement Episodes. *JAMA*. 2018;320(9):901-10.
19. Struijs JN, Mohnen SM, Molema CCM, de Jong-van Til CA, Baan CA. Effects of bundled payment on curative health care costs in the Netherlands. An analysis for diabetes care and vascular risk management based on nationwide claim data, 2007-2010. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)2012.
20. Struijs JN, van Till JT, Baan CA. Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands. The first tangible effects. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)2010.
21. Struijs JN, de Jong-van Til CA, Lemmens LC, Drewes HW, de Bruin SR, Baan CA. Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands. Impact on health care delivery process and the quality of care. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)2012.
22. Busetto L, Luijkx K, Huizing A, Vrijhoef B. Implementation of integrated care for diabetes mellitus type 2 by two Dutch care groups: a case study. *BMC Fam Pract*. 2015;16:105.
23. de Bakker D, Struijs JN, Baan CA, Raams J, de Wildt J, Vrijhoef H, et al. Early Results From Adoption Of Bundled Payment For Diabetes Care In The Netherlands Show Improvement in Care Coordination. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(2):426-33.
24. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing 2016.
25. Amelung V, Zahn T. Pay for Performance (P4P) – Der Business Case für Qualität? 2009.
26. Frolich A, Talavera JA, Broadhead P, Dudley RA. A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality. *Health Policy*. 2007;80(1):179-93.
27. Chenot R. Linking Physicians' Pay to the Quality of Care: The British Experiment. *Z Allg Med*. 2007(83):242-6.
28. Mendelson A, Kondo K, Damberg C, Low A, Motuapuaka M, Freeman M, et al. The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2017;166(5):341-53.
29. National Health Service (NHS) England. 2019/20 General Medical Services (GMS) contract Quality and Outcomes Framework (QOF). Guidance for GMS contract 2019/20 in England. Stand: April 2019. Verfügbar unter: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/05/gms-contract-qof-guidance-april-2019.pdf>. [Zugriff am 10.01.2022]
30. Siriwardena AN. Should the quality and outcomes framework be abolished? *No. BMJ*. 2010;340:c2794.
31. National Health Service (NHS) Digital. Quality and Outcomes Framework, Achievement, prevalence and exceptions data - 2017-18 [PAS]. Official statistics. Stand: Oktober 2018. Verfügbar unter: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/quality-and-outcomes-framework-achievement-prevalence-and-exceptions-data/2017-18>. [Zugriff am: 15.08.2019]
32. Roland M, Guthrie B. Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? *BMJ*. 2016;354:i4060.
33. Gulliford MC, Ashworth M, Robotham D, Mohiddin A. Achievement of metabolic targets for diabetes by English primary care practices under a new system of incentives. *Diabet Med*. 2007;24(5):505-11.
34. Lee JT, Netuveli G, Majeed A, Millett C. The effects of pay for performance on disparities in stroke, hypertension, and coronary heart disease management: interrupted time series study. *PLoS One*. 2011;6(12):e27236.
35. McGovern MP, Boroujerdi MA, Taylor MW, Williams DJ, Hannaford PC, Lefevre KE, et al. The effect of the UK incentive-based contract on the management of patients with coronary heart disease in primary care. *Fam Pract*. 2008;25(1):33-9.
36. Millett C, Netuveli G, Saxena S, Majeed A. Impact of pay for performance on ethnic disparities in intermediate outcomes for diabetes: a longitudinal study. *Diabetes Care*. 2009;32(3):404-9.
37. National Health Service (NHS) Digital. NHS Payments to General Practice - England, 2018/19. 2019. Verfügbar unter: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-payments-to-general-practice/england-2018-19>. [Zugriff am: 30.09.2019]
38. National Health Service (NHS) England. Next steps on the NHS five years forward view. Stand: März 2017.
39. National Health Service (NHS) England. Report of the Review of the Quality and Outcomes Framework in England. Stand: Juli 2018.
40. Bureau of National Health Insurance (NHI). National Health Insurance Pay-for-Performance Program for Diabetes [in Chinese]. 2019. Verfügbar unter: [https://www.nhi.gov.tw/Default.aspx%20\[Stand:%2031.08.2019\]](https://www.nhi.gov.tw/Default.aspx%20[Stand:%2031.08.2019]). [Zugriff am: 31.08.2019]
41. Chen CC, Tseng CH, Cheng SH. Continuity of care, medication adherence, and health care outcomes among patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a longitudinal analysis. *Med Care*. 2013;51(3):231-7.
42. Chen CC, Cheng SH. Does pay-for-performance benefit patients with multiple chronic conditions? Evidence from a universal coverage health care system. *Health Policy Plan*. 2016;31(1):83-90.
43. Lin TY, Chen CY, Huang YT, Ting MK, Huang JC, Hsu KH. The effectiveness of a pay for performance program on diabetes care in Taiwan: A nationwide population-based longitudinal study. *Health Policy*. 2016;120(11):1313-21.
44. Lee IT, Hsu CC, Sheu WH, Su SL, Wu YL, Lin SY. Pay-for-performance for shared care of diabetes in Taiwan. *J Formos Med Assoc*. 2019;118 Suppl 2:S122-S9.
45. Chen YC, Lee CT, Lin BJ, Chang YY, Shi HY. Impact of pay-for-performance on mortality in diabetes patients in Taiwan: A population-based study. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(27):e4197.
46. Lee TT, Cheng SH, Chen CC, Lai MS. A pay-for-performance program for diabetes care in Taiwan: a preliminary assessment. *Am J Manag Care*. 2010;16(1):65-9.
47. Hsieh HM, He JS, Shin SJ, Chiu HC, Lee CT. A Diabetes Pay-for-Performance Program and Risks of Cancer Incidence and Death in Patients With Type 2 Diabetes in Taiwan. *Prev Chronic Dis*. 2017;14:E88.
48. Hsieh HM, Lin TH, Lee IC, Huang CJ, Shin SJ, Chiu HC. The association between participation in a pay-for-performance program and macrovascular complications in patients with type 2 diabetes in Taiwan: A nationwide population-based cohort study. *Prev Med*. 2016;85:53-9.
49. Sheen YJ, Kung PT, Kuo WY, Chiu LT, Tsai WC. Impact of the pay-for-performance program on lower extremity amputations in patients with diabetes in Taiwan. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(41):e12759.
50. Chen T, Lang HC. Effect Of A Pay-For-Performance Program For Diabetes On Health Status (Eq-5d) In Taiwan. *Value in Health*. 2016;19(7):PA900.
51. Chiu HC, Hsieh HM, Lin YC, Kuo SJ, Kao HY, Yeh SC, et al. Patient assessment of diabetes care in a pay-for-performance program. *Int J Qual Health Care*. 2016;28(2):183-90.
52. Hsieh HM, Gu SM, Shin SJ, Kao HY, Lin YC, Chiu HC. Cost-Effectiveness of a Diabetes Pay-For-Performance Program in Diabetes Patients with Multiple Chronic Conditions. *PLoS One*. 2015;10(7):e0133163.
53. Hsieh HM, Tsai SL, Shin SJ, Mau LW, Chiu HC. Cost-effectiveness of diabetes pay-for-performance incentive designs. *Med Care*. 2015;53(2):106-15.
54. Tan EC, Pwu RF, Chen DR, Yang MC. Is a diabetes pay-for-performance program cost-effective under the National Health Insurance in Taiwan? *Qual Life Res*. 2014;23(2):687-96.
55. Chen TT, Chung KP, Lin IC, Lai MS. The unintended consequence of diabetes mellitus pay-for-performance (P4P) program in Taiwan: are patients with more comorbidities or more severe conditions likely to be excluded from the P4P program? *Health Serv Res*. 2011;46(1 Pt 1):47-60.
56. Hsieh HM, Tsai SL, Mau LW, Chiu HC. Effects of Changes in Diabetes Pay-for-Performance Incentive Designs on Patient Risk Selection. *Health Serv Res*. 2016;51(2):667-86.
57. Chang R, Lin S, Aron D. A Pay-for-Performance Program In Taiwan Improved Care For Some Diabetes Patients, But Doctors May Have Excluded Sicker Ones. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(1):93-102.
58. Kahneman D, Tversky A. Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. *Econometrica*. 1979;47(2):263-92.
59. Conrad DA. The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care. *Health Serv Res*. 2015;50 Suppl 2:2057-89.
60. Gesundes Kinzital GmbH. *Gesundheit kennt keine Grenzen. Jahresbericht 2016 der Gesundes Kinzital GmbH*. Freiburg 2016.
61. Gesundes Kinzital GmbH. *Jahresbericht 2019*. Freiburg 2019.
62. Hildebrandt H, Pimperl A, Schulte T, Herrmann C, Riedel H, Schubert I, et al. Triple Aim – Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzital – Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2015;4-5:383-92.

63. Schubert I, Siegel A, Köster I, Ihle P. Evaluation der populationsbezogenen ‚Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal‘ (IVGK). Ergebnisse zur Versorgungsqualität auf der Basis von Routinedaten. ZEFQ. 2016;117:27-37.
64. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Accountable Care Organizations (ACOs). 2021. Verfügbar unter: <https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/aco>. [Zugriff am 10.01.2022]
65. Douven R, McGuire T, McWilliams JM. Avoiding Unintended Incentives In ACO Payment Models. Health Aff (Millwood). 2015;34(1):143-9.
66. Muhlestein D, Saunders R, McClellan M. Growth Of ACOs And Alternative Payment Models In 2017. 2017. Verfügbar unter: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20170628.060719/full/>. [Zugriff am: 25.01.2022]
67. Wilensky G. Developing a Viable Alternative to Medicare’s Physician Payment Strategy. Health Aff (Millwood). 2014;33(1):153-60.
68. Bacher G, Chernew M, Kessler D, Weiner S. Regulatory neutrality is essential to establishing a level playing field for accountable care organizations. Health Aff (Millwood). 2013;32(8):1426-32.
69. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Medicare Shared Savings Program. Quality Measurement Methodology and Resources. Specifications. Stand: Mai 2019. Verfügbar unter: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharesavingsprogram/Downloads/quality-measurement-methodology-and-resources.pdf>. [Zugriff am: 25.01.2022]
70. Cimasi R. Accountable Care Organizations. Value Metrics and Capital Formation. New York: Productivity Press 2013.
71. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Shared Savings Program Fast Facts – As of July 1, . 2019. Verfügbar unter: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharesavingsprogram/Downloads/ssp-2019-fast-facts.pdf>. [Zugriff am 10.01.2022]
72. Department of Health and Human Services OoIG. Medicare Shared Savings Program Accountable Care Organizations Have Shown Potential For Reducing Spending And Improving Quality 2017.
73. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Shared Savigs Program. About the Program. 2019. Verfügbar unter: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharesavingsprogram/about>. [Zugriff am 10.01.2022]
74. McWilliams JM. Changes in Medicare Shared Savings Program Savings From 2013 to 2014. JAMA. 2016;316(16):1711-3.
75. McWilliams JM, Hatfield LA, Landon BE, Hamed P, Chernew ME. Medicare Spending after 3 Years of the Medicare Shared Savings Program. N Engl J Med. 2018;379(12):1139-49.
76. Bleser W, K., Saunders R, Muhlestein D, Morrison SQ, Pham H, McClellan M. ACO Quality Over Time: The MSSP Experience and Opportunities for System-Wide Improvement. The American Journal of Accountable Care. 2018;6(1):e1-e15.
77. Robert Koch-Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und DeStatis: Gesundheit in Deutschland. Stand: November Berlin 2015.
78. Kim Y, Thirukumaran CP, Li Y. Greater Reductions in Readmission Rates Achieved by Urban Hospitals Participating in the Medicare Shared Savings Program. Med Care. 2018;56(8):686-92.
79. McWilliams JM, Landon BE, Chernew ME, Zaslavsky AM. Changes in patients’ experiences in Medicare Accountable Care Organizations. N Engl J Med. 2014;371(18):1715-24.
80. Lewis VA, Frazee T, Fisher ES, Shortell SM, Colla CH. ACOs Serving High Proportions Of Racial And Ethnic Minorities Lag In Quality Performance. Health Aff (Millwood). 2017;36(1):57-66.
81. McWilliams JM, Gilstrap LG, Stevenson DG, Chernew ME, Huskamp HA, Grabowski DC. Changes in Postacute Care in the Medicare Shared Savings Program. JAMA Intern Med. 2017;177(4):518-26.
82. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V, zuletzt geändert am 16. September 2021. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2631/ASV-RL\\_2021-09-16\\_iK\\_2021-10-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2631/ASV-RL_2021-09-16_iK_2021-10-01.pdf). [Zugriff am 10.01.2022]
83. Newcomer LN, Gould B, Page RD, Donelan SA, Perkins M. Changing physician incentives for affordable, quality cancer care: results of an episode payment model. J Oncol Pract. 2014;10(5):322-6.
84. Goozner M. United healthcare, five oncology practices try bundled payments. J Natl Cancer Inst. 2011;103(1):8-10.
85. Newcomer LN. Changing physician incentives for cancer care to reward better patient outcomes instead of use of more costly drugs. Health Aff (Millwood). 2012;31(4):780-5.
86. Improvement NHSN-NEaN. National Tariff for 2019/20 2019. Verfügbar unter: <https://www.england.nhs.uk/pay-syst/>. [Zugriff am 10.01.2022]
87. Peters C, Feldmann S. Ausgestaltung von Vergütungssystemen zur Anreizung von Integration und Kooperation. In: Brandhorst A., Hildebrandt H., Luthe E. (Hrsg.). Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer Verlag; 2017. S. 433-48.
88. Kuo RN, Chung KP, Lai MS. Effect of the Pay-for-Performance Program for Breast Cancer Care in Taiwan. J Oncol Pract. 2011;7(3 Suppl): e8s-e15s.
89. Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie die Patientenversorgung vom 12. Mai 2017.
90. Holmstrom B, Milgrom P. Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design. Journal of Law, Economics, and Organization. 1991;7(Special Issue):24-52.
91. Bundesministerium für Gesundheit. Gesetzliche Krankenversicherung: Vorläufige Rechnungsergebnisse 1. bis 4. Quartal 2018. Stand: 18. März 2019.
92. Engler J, Guthlin C, Dahlhaus A, Kojima E, Muller-Nordhorn J, Weissbach L, et al. Physician cooperation in outpatient cancer care. An amplified secondary analysis of qualitative interview data. Eur J Cancer Care (Engl). 2017;26(6).
93. Kaiser F, Kaiser U, Utke D, Schattenkirchner S, Vehling-Kaiser U. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Erste Erfahrungen von Patienten und Hausärzten. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2018;3.
94. Colla CH, Lewis VA, Gottlieb DJ, Fisher ES. Cancer spending and accountable care organizations: Evidence from the Physician Group Practice Demonstration. Healthc (Amst). 2013;1(3-4):100-7.
95. Herrel LA, Norton EC, Hawken SR, Ye Z, Hollenbeck BK, Miller DC. Early impact of Medicare accountable care organizations on cancer surgery outcomes. Cancer. 2016;122(17):2739-46.

**Autorin:**  
**Stephanie Helf**  
**Hamburg Center for Health**  
**Economics**  
**Esplanade 36**  
**20354 Hamburg**