

RPG

Band 24 | Heft 4 | 2018

4 | 2018

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

■ Wissenschaftspreis

**Die Honorarverteilung im
Vertragsarztrecht –
Insbesondere zum Grundsatz der
Honorarverteilungsgerechtigkeit**

■ Zur Diskussion gestellt

**E-health-Gesetz 2.0 – oder warum
eine ordnungspolitische
Neuorientierung notwendig ist**

■ Überblick

e-Estonia – Digitalisierung in Estland

■ Mitteilungen der Gesellschaft

HERAUSGEBER

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

MITHERAUSGEBER

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

Autoren des Heftes

Monique Amoulong
Guido Noelle
Jürgen Zerth

Editorial

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet – allmählich – voran. Spätestens ab dem 1. Januar 2021 sind alle Kassen verpflichtet eine von der Gesellschaft für Telematik (gematik) zugelassene elektronische Patientenakte anzubieten. Einige Krankenkassen haben bereits damit begonnen, für ihre Versicherten kassenindividuelle Gesundheitsakten einzuführen.

Wunder sollte man sich davon allerdings nicht erwarten, wie die Erfahrungen in Estland zeigen. Denn es kann bis zu zehn Jahre und länger dauern, bis die Patientenakte zum normalen Alltag gehört. Näheres dazu in einem aktuellen Bericht über die Digitalisierung in Estland in diesem Heft.

Nicht weniger aktuell ist das Thema „Künstliche Intelligenz und die Zukunft der medizinischen Versorgung“, zu dem die GRPG am 22. Februar 2019 in Berlin ein wissenschaftliches Symposium veranstaltet. Von Künstlicher Intelligenz und der Verknüpfung von Daten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens erhofft man sich neue Möglichkeiten für die medizinische Forschung, Diagnostik, Prävention und Therapie.

Das Präsidium der GRPG würde sich sehr freuen, Sie in Berlin begrüßen zu dürfen. Das Programm finden Sie in diesem Heft und aktuell im Internet unter www.grpg.de

Jürgen Stoschek
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Wissenschaftspreis

Die Honorarverteilung im Vertragsarztrecht – Insbesondere zum Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit
Monique Amoulong 63

Zur Diskussion gestellt

E-health-Gesetz 2.0 – oder warum eine ordnungspolitische Neuorientierung notwendig ist
Jürgen Zerth 68

Überblick

e-Estonia – Digitalisierung in Estland
Guido Noelle 74

Mitteilungen der Gesellschaft

80

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

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

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

Recht und Politik im Gesundheitswesen

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

Herausgeber

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

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

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

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

Dipl.-Ingenieurin Susanne Moser
Kederbacherstraße 42
81377 München

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

Mitherausgeber

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

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

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

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

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

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

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

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

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

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

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

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

Verlag

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

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

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte
Warenzeichen werden nicht immer
besonders kenntlich gemacht. Aus
dem Fehlen eines solchen Hinwei-
ses kann nicht geschlossen wer-
den, dass es sich um einen freien
Warennamen handelt. Die Zeitschrift und
alle in ihr enthaltenen Beiträge und Ab-
bildungen sind urheberrechtlich geschützt.
Mit Ausnahme der gesetzlich zugelas-
senen Fälle ist eine Verwertung ohne Ein-
willigung des Verlages strafbar. Weder
Herausgeber noch Verlag haften für
Inhalte, Informationen sowie die Richtig-
keit der Aktenzeichen, die verlagsseitig
mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2018 PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten
und Kommunikation mbH

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

Monique Amoulong

Die Honorarverteilung im Vertragsarztrecht – Insbesondere zum Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit¹

Die Verteilung der finanziellen Mittel in der gesetzlichen Krankenversicherung ist insbesondere im ambulanten Bereich ein seit Jahren intensiv diskutiertes Thema, was dazu führte, dass in den letzten 15 bis 20 Jahren die Honorarverteilung im Vertragsarztrecht in jeder Legislaturperiode zentrale Gesetzesänderungen erfahren hat.² Dies hat auch den neuen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn dazu veranlasst, nicht nur etwaige Honorarverteilungsänderungen in § 87 SGB V durch ein geplantes Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) vornehmen zu wollen, er hat auch eine Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem eingesetzt, welche die Aufgabe hat, bis Ende des Jahres 2019 einen Bericht über eine Reformierung der gesetzlichen und privaten Honorarverteilungsmechanismen vorzulegen.³

Dass die Honorarverteilung immer wieder Änderungen unterliegt, hat vielfältige Gründe: Die deutsche Bevölkerung, die zu über 85 % gesetzlich krankenversichert ist,⁴ wird immer älter und veranlasst daher immer mehr Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichzeitig steht jedoch aufgrund des

Grundsatzes der Beitragssatzstabilität keine wesentlich steigende Summe an Finanzmitteln zur Verfügung. Stattdessen werden sogar ca. 10 % der ambulanten Leistungen nicht vergütet.⁵ Zudem ist die gesetzliche Krankenversicherung geprägt durch das Sachleistungsprinzip. Der Versicherte erhält daher die ärztlichen Behandlungsleistungen in natura und bekommt nicht wie in der privaten Krankenversicherung die Kosten erstattet. Der Behandlungsanspruch des Versicherten richtet sich somit gegen die jeweilige Krankenkasse, die ihre Versicherten jedoch nicht selbst behandelt, sondern sich der Hilfe sog. Leistungserbringer – hier der Vertragsärzte – bedient. Der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes richtet sich allerdings gegen seine jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Diese verpflichtet sich gegenüber den Krankenkassen, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen, während die Kranken-

kassen im Gegenzug pauschal und mit befreiender Wirkung quartalsweise eine sog. Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung zahlt. Diese wiederum hat dann die Aufgabe, die Gesamtvergütung an die Vertragsärzte zu verteilen.

Somit stellt sich für die Honorarverteilung im Vertragsarztrecht folgende Situation: Es gibt eine begrenzte Honorarmenge – die Gesamtvergütung – auf der einen und die unbegrenzte Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen durch Versicherte auf der anderen Seite. Zugleich besteht allerdings die Forderung, Vertragsärzten ein angemessenes Honorar zu gewährleisten. Zwischen den Vertragsärzten untereinander besteht wiederum die Besonderheit, dass wenn die Menge der zu verteilenden Vergütung begrenzt ist, jedes Mehr an Honorar des einen Vertragsarztes unmittelbar dazu führt, dass allen anderen weniger Honorar zur Verfügung steht. Der Vertragsarzt sieht sich demnach gezwun-

1 Der Beitrag von Monique Amoulong erscheint im Rahmen der Verleihung des Wissenschaftspreises 2018 der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen und beruht auf ihrer Dissertation „Die Honorarverteilung im Vertragsarztrecht – Insbesondere zum Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit“, die in den „Schriften zum Gesundheitsrecht“ (Verlag Duncker & Humblot Berlin) erschienen ist.

2 Etwa durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, BGBl. I 1999, S. 2626 ff., das GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahre 2003, BGBl. I 2003, S. 2190 ff., das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahre 2007, BGBl. I 2007, S. 378 ff., das GKV-Versorgungsstrukturgesetz aus dem Jahre 2011, BGBl. I 2011, S. 2983 ff., sowie durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz aus dem Jahre 2015, BGBl. I 2015, S. 1211 ff.

3 Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit Nr. 14 vom 22. August 2018.

4 GKV-Spitzenverband, Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung, Stand: Dezember 2015, S. 23 f.

5 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Zahlen und Fakten zur ambulanten Vergütung, Stand: 2014, S. 2.

gen, dieser Besonderheit durch die Steigerung seines Behandlungsvolumens entgegenzuwirken. Diese Situation stellt den Gesetzgeber vor die Aufgabe, den Vertragsärzten zumindest eine leistungs- und bedarfsgerechte Verteilung ihres Honorars zu gewährleisten.

Der Gesetzgeber hat daher im 4. Kapitel des SGB V einen gesetzlichen Rahmen geschaffen, wonach es der gemeinsamen Selbstverwaltung ermöglicht wird, auf untergesetzlicher Ebene die Honorarverteilung zu regeln. Der SGB V-Gesetzgeber ermächtigt in diesem Rahmen dazu, die vertragsärztliche Versorgung im Wege von Normenverträgen der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Bundesvereinigung mit den Verbänden der Krankenkassen bzw. deren Spitzenverband zu regeln.

Im Fokus der Untersuchung liegen daher zum einen die gestalterischen Freiräume, die der Gesetzgeber den Selbstverwaltungspartnern⁶ auf untergesetzlicher Ebene eröffnet, aber auch die Grenzen, die er ihnen setzt. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen dabei die Regelungen, die sich unmittelbar auf die Verteilung der Vergütung beziehen. Zum anderen wird die gerichtliche Kontrolle dieser Honorarverteilungsregelungen überprüft. Dabei steht vor allem ein verfassungsrechtlicher Überprüfungsmaßstab, den das Bundessozialgericht Anfang der 1990er Jahre aus einer Verbindung von Berufsfreiheit und dem Allgemeinen Gleichheitssatz entwickelt hat, im Mittelpunkt, der sog. Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

6 Dies sind auf Seiten der Krankenkassen auf Bundesebene der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und auf Landesebene die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Auf Seiten der Vertragsärzte sind dies auf Bundesebene die Kassenärztliche Bundesvereinigung und auf regionaler Ebene die Kassenärztlichen Vereinigungen.

I. Honorarverteilung im Vertragsarztrecht

Die Honorarverteilung im Vertragsarztrecht wird vorrangig durch drei Steuerungsinstrumente beeinflusst, die auf untergesetzlicher Ebene durch die gemeinsame Selbstverwaltung vereinbart werden. Auf Bundesebene ist dies der Einheitliche Bewertungsmaßstab und auf regionaler Ebene sind dies die Honorarverteilungsmaßstäbe und die regionalen Euro-Gebührenordnungen.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab wird vom Gesetzgeber in § 87 SGB V als Leistungsverzeichnis und als Instrument zur Leistungsbewertung ausgestaltet. Auf diese Weise kommt dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab, insbesondere durch seine abstrakte Bewertung von Leistungen in Punkten, eine wesentliche Aufgabe für die Vergütung von Vertragsärzten zu. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab hat bereits dadurch, dass er Bestandteil des Bundesmantelvertrages ist, Rechtsnormcharakter.⁷ Der Gesetzgeber hat durch das Regelungskonzept in § 87 Abs. 2 bis 2c SGB V dem Bewertungsausschuss, der zur Festsetzung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bestimmt ist, einen weiten Gestaltungsspielraum eröffnet, der punktuell durch einzelne Vorgaben des Gesetzgebers eingeschränkt wird.

Mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab verfolgt der Gesetzgeber trotz zahlreicher Gesetzesänderungen im Wesentlichen fünf Ziele. Es sollen zugunsten eines größeren Gestaltungsspielraumes des Bewertungsausschusses, Pauschalvergütungen abgebaut werden, um die Vergütung von Einzelleistungen zu fördern. Überdies soll das Leistungsgeschehen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab an Transparenz gewinnen. Darüber hinaus

7 Vgl. dazu insbes. BSGE 94, S. 50 (Leitsatz 2, S. 73).

ermöglicht es der Gesetzgeber dem Bewertungsausschuss immer mehr, durch verschiedene rechtliche Instrumente auf Merkmale des Leistungserbringers und der Behandlungsfälle so individuell wie möglich Einfluss auf die vertragsärztliche Vergütung zu nehmen. Im Weiteren ist es Ziel des Gesetzgebers, zwischen den Vertragsärzten sowohl Leistungs- als auch Verteilungsgerechtigkeit herzustellen. Insbesondere in jüngerer Zeit sind die gesetzlichen Vorgaben darauf gerichtet, mittels Entbürokratisierung und Flexibilisierung zugunsten der regionalen Vertragspartner die flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Diese Ziele werden vom Gesetzgeber auf unterschiedliche Weise verfolgt. Zum einen macht er dem Bewertungsausschuss zwingende Vorgaben und regelt Wesentliches selbst, zum anderen überlässt er dem Bewertungsausschuss hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung einen weiten Gestaltungsspielraum. Damit zieht der Gesetzgeber einen klaren Rahmen dahingehend, welche Aufgaben der Einheitliche Bewertungsmaßstab in grundsätzlicher Hinsicht als bundeseinheitliche Vergütungsvorgabe zu erfüllen hat.

In § 87b SGB V setzt der Gesetzgeber den rechtlichen Rahmen für die Festsetzung von Honorarverteilungsmaßstäben. Auf der Grundlage der Honorarverteilungsmaßstäbe verteilen die Kassenärztlichen Vereinigungen die überwiegend der Höhe nach begrenzte Gesamtvergütung. Damit werden Regelungen festgesetzt, nach welchen sich die Art und Weise der Gesamtvergütungsverteilung bestimmt. Indem Honorarverteilungsmaßstäbe als Satzung festgesetzt werden, haben sie Rechtsnormcharakter.⁸ Das gesetzgeberische Konzept in § 87b SGB V eröffnet den untergesetzlichen Normgebern einen wei-

8 Vgl. dazu insbes. BSGE 22, S. 218 f.

ten Gestaltungsspielraum, indem die Vorgaben des Gesetzgebers unterschiedlich intensiv ausgestaltet sind und zum Teil die Kassenärztliche Bundesvereinigung zwischengeschaltet ist. Allerdings wird auch der Gestaltungsspielraum hinsichtlich der Festsetzung von Honorarverteilungsmaßstäben punktuell eingeschränkt.

Der Gesetzgeber verfolgt mit dem Steuerungsinstrument des Honorarverteilungsmaßstabes im Wesentlichen sechs Ziele. Der Gesetzgeber zielt zunächst auf die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten ab. Darüber hinaus will er die Regionalisierung und die dadurch zu bewirkende Flexibilisierung der Vergütungsstrukturen mittels Stärkung der Selbstverwaltung erreichen, um auf diese Weise die verwaltungsaufwendigen, zeitintensiven und unflexiblen Verfahren zu beseitigen. Überdies ist es gesetzgeberisches Ziel, einen Interessenausgleich zu finden zwischen dem ausreichenden finanziellen Anreiz für Vertragsärzte, ambulant tätig zu werden, und der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zugunsten der Versicherten. Gesetzliche Zielvorgabe ist ebenso, eine verlässliche Planbarkeit des vertragsärztlichen Honorars zu schaffen. In diesem Sinne zielt der Gesetzgeber auch darauf ab, die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für psychotherapeutische Leistungen zu sichern. Schließlich sollen die Qualität, Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung erhöht werden.

Die regionale Euro-Gebührenordnung wird durch die gesetzgeberischen Regelungen in § 87a Abs. 2 und § 87 SGB V näher ausgeformt. Sie ergibt sich aus dem Zusammenspiel der Leistungsbewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, des bundeseinheitlichen Orientierungspunktwertes und der regionalen Zu- und Abschläge. Auf diese Weise ergibt sich

eine Gebührenordnung aus festen Preisen, die unmittelbaren Einfluss auf das vertragsärztliche Honorar und daher Rechtsnormcharakter hat.⁹ Auch hier überlässt der Gesetzgeber den untergesetzlichen Normgebern einen weiten Gestaltungsspielraum, der zur Durchsetzung bestimmter Ziele wieder eingeschränkt wird.

Mit der regionalen Euro-Gebührenordnung verfolgt der Gesetzgeber im Wesentlichen vier Ziele. Zunächst war es mit Einführung der regionalen Euro-Gebührenordnung sein Ziel, feste Preise zu statuieren und die Vergütung der Vertragsärzte so zumindest dem Grunde nach an diesen auszurichten. Der Gesetzgeber verfolgte somit das Ziel, das vertragsärztliche Honorar kalkulierbarer zu machen und den Ärzten einen Zuwachs an Kalkulationssicherheit zu gewährleisten. Darüber hinaus bezweckt der Gesetzgeber, den rechtlichen Spielraum der regionalen Vertragspartner auszubauen und damit ihnen einen weiten Gestaltungsspielraum einzuräumen. Überdies wird angestrebt, das Niederlassungsverhalten der Vertragsärzte zu steuern. Zudem soll insbesondere durch die Re-Regionalisierung das vertragsärztliche Vergütungssystem vereinfacht werden.

Im Ergebnis hat der Gesetzgeber in den §§ 87 ff. SGB V ein System erschaffen, welches geprägt durch stetige gesetzgeberische Veränderung, die Eckpfeiler der Honorarverteilung setzt und die Voraussetzungen statuiert, die an die Partner der Selbstverwaltung auf unterschiedlichen Ebenen bei der Ausgestaltung der untergesetzlichen Honorarverteilung zu stellen sind.

⁹ Engelhard, in: Hauck/Noftz, SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, Berlin, Stand: August 2016, § 87a SGB V Rn. 135; Freudenberg, in: Schlegel/Engelmann, juris PraxisKommentar SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, 3. Auflage, Stand: Januar 2016, § 87a SGB V Rn. 57.

II. Demokratische Legitimation der gemeinsamen Selbstverwaltung im Vertragsarztrecht

Sowohl der (erweiterte) Bewertungsausschuss als auch die Kassenärztlichen Vereinigungen setzen innerhalb der Honorarverteilung der Vertragsärzte Rechtsnormen. Deren Normsetzung erfolgt jeweils durch eine Ermächtigung, die nach Inhalt, Zweck und Ausmaß bestimmt und auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt ist. Überdies unterliegen der Bewertungsausschuss und die Kassenärztlichen Vereinigungen staatlicher Aufsicht.¹⁰ Die Normadressaten können im Weiteren ihren Sachverstand in die Normsetzung des Bewertungsausschusses und der Kassenärztlichen Vereinigungen einbringen und sind entsprechend repräsentiert. Daraus folgt, dass sowohl dem (erweiterten) Bewertungsausschuss als auch den Kassenärztlichen Vereinigungen eine ausreichende sachlich-inhaltliche Legitimation zugrunde liegt, die eine bestehende Abweichung vom Erfordernis der personellen demokratischen Legitimation zulässt. Aus diesem Grund verstößt weder die Normsetzung des (erweiterten) Bewertungsausschusses noch die der Kassenärztlichen Vereinigungen gegen das Demokratieprinzip nach Art. 20 Abs. 2 GG.

III. Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts

Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, den das Bundessozialgericht stets aus Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3

¹⁰ Siehe dazu vor allem: Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, Tübingen 2000, S. 306 ff., 379 ff.

Abs. 1 GG herleitet, dient der gerichtlichen Überprüfung untergesetzlicher und einfachgesetzlicher Vergütungsregelungen im Vertragsarztrecht. Trotz zum Teil wiederkehrender Anforderungskriterien, kann abschließend weder eine abstrakte Definition des Grundsatzes noch können einzelne Voraussetzungen, wann ein etwaiger Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vorliegt, klar festgestellt werden. Vielmehr wird der verfassungsrechtliche Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit in Verbindung mit einfachrechtlichen Grundsätzen wie dem Gebot der leistungsproportionalen Verteilung¹¹ und dem Grundsatz der angemessenen Vergütung¹² zur Überprüfung von Vergütungsregelungen eingesetzt. Der verfassungsrechtliche Grundsatz und die einfachrechtlichen Gebote werden dabei überwiegend nicht klar voneinander getrennt. Denn Inhalte der einfachgesetzlichen Gebote werden nicht selten dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit zugeschrieben. Daher werden die einfachgesetzlichen Gebote im Sinne des verfassungsrechtlichen Grundsatzes ausgelegt. Auf diese Weise findet der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Verhältnis zu den einfachrechtlichen Geboten grundsätzlich nur in deren Verbindung Anwendung und wird selten davon parallel geprüft.

In verfassungsrechtlicher Hinsicht wird – von anfänglichen berufsfreiheitsrechtlichen Aspekten abgesehen – vorrangig der allgemeine Gleichheitssatz als Prüfungsmerkmal angewandt.¹³ Die Rechtfertigungsgründe, die das Bundessozialgericht bei Vergütungsregelungen heranzieht, die im Konflikt mit dem

Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit stehen, sind in der Gesamtschau der Rechtsprechung zum Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit überwiegend gleich. Einerseits zieht das Bundessozialgericht Gründe heran, die das vertragsärztliche Vergütungssystem generell oder in seinen derzeitigen Einzelheiten betreffen, andererseits wendet das Gericht Ziele an, die der verfassungsrechtlichen Gestaltungsfreiheit der Normsetzungsbefugten, etwa der Praktikabilität und Effizienz,¹⁴ dienen. Der Inhalt des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit bestimmt sich somit durch den allgemeinen Gleichheitssatz, die einfachgesetzlichen Grundsätze der Leistungsproportionalität und der angemessenen Vergütung sowie durch die Aspekte des vertragsärztlichen Vergütungssystems, der Praktikabilität und Effizienz als Teil der normgeberischen Gestaltungsfreiheit.

Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit dient überwiegend als Kontrollinstrument für untergesetzliche Vergütungsregelungen. Davon umfasst ist auch die Entwicklung mittelbarer Kontrollmechanismen, wenn beispielsweise dem weiten Gestaltungsspielraum der untergesetzlichen Normgeber dadurch Grenzen gesetzt werden, dass das Bundessozialgericht diese Normgeber dazu verpflichtet, ihr eigens geschaffenes Regelwerk zu beobachten und bei Vorliegen etwaiger Voraussetzungen auf die Veränderungen zu reagieren.¹⁵ Darüber hinaus hat das Bundessozialgericht bei dem Anspruch auf Stützung des Punktwertes für psychotherapeutische Leistungen¹⁶, bei dem Erfordernis einer allgemeinen Härteklausel¹⁷ und bei dem

als Wachstumsanspruch¹⁸ bezeichneten Anspruch auf Chancengleichheit den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit über einen ausschließlichen Kontrollmaßstab hinaus auch als sozialgerichtliches Korrektiv ausgestaltet. Für die Fallgruppen, bei denen das Bundessozialgericht den Grundsatz als Korrektiv verwendete und ein klar bezifferbares Ergebnis zusprach, etwa einen Punktwert in Höhe von 10 Pfennig bzw. 5 Cent oder eine allgemeine Härtefallregelung im Honorarverteilungsmaßstab, hat der Gesetzgeber entsprechende Vorgaben in das SGB V aufgenommen.¹⁹ In diesen Fällen hatte der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nur die Aufgabe, vorübergehend zu korrigieren. Einzig in dem vom Bundessozialgericht als Wachstumsanspruch bezeichneten Anspruch auf Chancengleichheit bzw. auf gleiche Ausgangsmöglichkeiten im vertragsärztlichen Wettbewerb steht eine gesetzliche Regelung allerdings noch aus.

IV. Die Verfassungsrechtliche Herleitung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit

Das Bundessozialgericht hat mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit einen Grundsatz entwickelt, der aus einer Verknüpfung eines Freiheitsmit einem Gleichheitsrecht abgeleitet wird. Dabei stellt sich die Frage, warum es einer Verknüpfung von Berufsfreiheit mit dem allgemeinen Gleichheitssatz bedarf und ob nicht eine getrennte Prüfung beider Grundrechte den gleichen, wenn nicht sogar höheren Schutz für Vertragsärzte gewähren würde.

11 Vgl. etwa: BSGE 83, S. 1 f.; S. 205 (211 f.).

12 Vgl. etwa: BSGE 100, S. 254 (274 ff.).

13 Vgl. etwa: BSG, Urt. v. 03.03.1999 – B 6 KA 8/98 R, juris Rn. 23.

14 Vgl. grundlegend: BSGE 73, S. 131 (140).

15 Vgl. etwa: BSG, SozR 4–2500 § 85 Nr. 17 Rn. 23.

16 Vgl. etwa: BSG, SozR 4–2500 § 85 Nr. 36.

17 Vgl. etwa: BSG, SozR 4–2500 § 85 Nr. 66 Rn. 28.

18 Vgl. etwa: BSG, SozR 4–2500 § 87b Nr. 2 Rn. 18.

19 Siehe § 87 Abs. 2c S. 6 SGB V und § 87b Abs. 2 S. 4 SGB V zu psychotherapeutischen Leistungen sowie § 87b Abs. 3 S. 2 SGB V zur allgemeinen Härtefallregelung.

Der Grundrechtsschutz aus Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG bietet dem Vertragsarzt hinsichtlich der verfassungsrechtlichen Überprüfung von Vergütungsregelungen keinen geringeren Schutz als die getrennte Überprüfung der Regelungen anhand der Berufsfreiheit und des allgemeinen Gleichheitssatzes. Denn die tatsächlichen Besonderheiten des vertragsärztlichen Vergütungsrechts sind rechtlich weder eindeutig der Berufsfreiheit noch dem allgemeinen Gleichheitssatz zuzuschreiben. Stattdessen hat die grundsätzlich der Berufsfreiheit zugeordnete Bestimmung einer angemessenen Vergütung durch die Ermittlung der Angemessenheit anhand des Durchschnittshonorars vergleichbarer Arztgruppen²⁰ gleichheitsrechtliche Aspekte. Aber auch die grundsätzlich dem Gleichheitssatz zugeordnete Vergütungsverteilung durch die Konkurrenzsituation der Vertragsärzte hat berufsfreiheitsrechtliche Aspekte. Daher kann eine verfassungsrechtliche Überprüfung vertragsärztlicher Vergütungsregelungen kaum in von einander getrennten Grundrecht-

sprüfungen vorgenommen werden.²¹ Um den nicht klar trennbaren Vergütungs- und Verteilungsbesonderheiten im Vertragsarztrecht gerecht zu werden, ist ein besonderer Maßstab bei der verfassungsrechtlichen Überprüfung erforderlich. Folglich sind die vertragsärztlichen Vergütungsregelungen anhand des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit in verbundener Idealkonkurrenz²² aus Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG zu überprüfen.

V. Ausblick

Um der sich auch in Zukunft stetig ändernden und komplexen Regelungs-dichte in der Honorarverteilung des Vertragsarztrechts mit einem angemessenen gerichtlichen Kontrollmaßstab begegnen zu können, bedarf es zum verfassungsrechtlichen Schutz der Vertragsärzte der Weiterentwicklung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Der Grundsatz ist daher auf alle Ver-

gütungsregelungen mit Verteilungswirkung anzuwenden und die Überprüfung ist in verbundener Idealkonkurrenz aus Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG vorzunehmen. Gleichzeitig ist der verfassungsrechtliche Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit von parlamentsgesetzlichen Geboten getrennt zu prüfen. Überdies sind die dem Honorarverteilungssystem zugrundeliegenden wesentlichen normgeberischen Entscheidungen als Maßstab des Gebots der Folgerichtigkeit zusammenzufassen und bei der Überprüfung einer vertragsärztlichen Vergütungsregelung anhand des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit heranzuziehen. Der Grundsatz ist schließlich weiterhin als Kontrollmaßstab für Honorarverteilungsregelungen anzuwenden und kann als vorübergehendes sozialgerichtliches Korrektiv etwa als Anspruchsgrundlage oder als Grundlage zur richterlichen Rechtsfortbildung bis zur jeweiligen untergesetzlichen oder bundesgesetzlichen Regelung eingesetzt werden.

Autorin:

**Dr. jur. Monique Amoulong,
Rechtsreferendarin am
Kammergericht Berlin**

²¹ Kritisch dazu: *Axer*, Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Kassenarztrecht – Zur neueren Judikatur des Bundessozialgerichts, NZS 1995, S. 541; *Reuther*, Der allgemeine Gleichheitssatz als Direktive der Honorarverteilung bei budgetierter Gesamtvergütung, VSSR 2003, S. 161.

²² Begriff geprägt durch: *Breuer*, in: *Isensee/Kirchhof*, Handbuch des Staatsrechts, Band VIII, 3. Auflage 2010, § 170 Rn. 129.

²⁰ Siehe etwa: BSG, SozR 4–2500 § 85 Nr. 66 Rn. 28.

Jürgen Zerth

E-health-Gesetz 2.0 – oder warum eine ordnungspolitische Neuorientierung notwendig ist

Gesundheitspolitische Ausgangslage

Auf Bundesebene ist nach gültiger Rechtslage die Einführung einer elektronischen Patientenakte sowie eines Patientenfaches in §291a SGB V Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 und 5 vorgesehen. Ein solches Patientenfach soll es den Patienten bzw. Versicherten ermöglichen, auch selbst erstellte bzw. zur Verfügung gestellte Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Die elektronische Patientenakte (ePatientenakte) sowie das elektronische Patientenfach (ePatientenfach) auf der eGK gehören gemäß §291a SGB V zu den freiwilligen Anwendungen auf der eGK, das heißt, der Versicherte bzw. Patient muss diese nicht nutzen. Das E-Health-Gesetz (eigentlich: „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“) hat mit dem 31. Dezember 2018 eine Frist definiert, bis zu der die Gesellschaft für Telematik (gematik) lediglich die hierfür erforderlichen Voraussetzungen im Rahmen der Telematikinfrastruktur schaffen (vgl. §291a SGB V Abs. 5c), nicht aber die Anwendungen an sich einführen muss.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sollen nun durch einen Wechsel von der reinen Patienten- zur Versichertenperspektive Patientenakte und Patientenfach (Versichertenfach) zusammengeführt werden. Darüber

hinaus werden die Krankenkassen bis 2021 verpflichtet, eine von der gematik zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Somit versucht der Gesetzgeber offensichtlich einerseits die Frage anzunehmen, wie viele „parallele“ Akten künftig angeboten werden sollen und greift andererseits die Kritik am als überholt gesehenen „Zwei-Schlüssel-Prinzip“ auf. Offen ist derzeit zudem noch, wer die Entwicklung und Implementierung dieser Anwendungen übernehmen wird, da die gematik lediglich die Voraussetzungen dafür schaffen muss, dass eine solche ePatientenakte / ePatientenfach eingeführt werden kann.

Die bisherigen Strategien, auch in der jüngsten gesundheitspolitischen Praxis, setzen vor allem an der Frage der Interoperabilität und im Sinne „offener und standardisierter“ Schnittstellen an (vgl. etwa Krüger-Brand 2018). Damit ist sicherlich ein wichtiger Fokus einer digitalen Infrastruktur adressiert, es bleibt jedoch offen, dass die Frage einer infrastrukturellen Gestaltung neben den technischen Infrastrukturen vor allem die Aspekte der Zielsetzung einer digitalisierten Gesundheitsversorgung nicht „neutral“ interpretieren kann, sondern sich insbesondere mit den Fragen auseinandersetzen muss, welche Zielkategorien mit einer digitalen Infrastruktur verknüpft sind (vgl. hier auch Leonhardt et. al. 2018). Hier lassen sich etwa nach Haas versorgungsbezogene, dokumentationsbezogene, organi-

sationsbezogene, kommunikations- und entscheidungsbezogene Ziele differenzieren (vgl. Haas 2017, S. 45). Die Übersetzung in eine „Aktenstruktur“ ist demzufolge nur Ausdruck einer grundlegenden Strategie zur Einbindung, Organisation und letztendlich auch Rechtezuordnung der beteiligten Stakeholder an der Neuorientierung von Gesundheitsinformationen. An dieser Stelle ist ein Blick auf die funktionale Bedeutung von Gesundheitsinformationen und digitalen Produkten im Gesundheitswesen zu werfen, um damit eine systematischere Einordnung der ordnungspolitischen Gestaltungsoptionen und -herausforderungen ableiten zu können.

Information als Schlüssel einer Gesundheitsversorgung – die Bedeutung der Informationsarchitektur

Ein Blick auf die Gesundheitsversorgung macht deutlich, warum Digitalisierungsentwicklungen gerade in diesem Sektor eine besondere Rolle spielen. Gesundheits- und Pflegeversorgung sind vornehmlich als personenorientierte Dienstleistungsprozesse konzipiert und somit getragen von einer Organisation und Architektur von Informations- und Datenströmen (vgl. etwa Mamlin and Tierney 2016, vgl. ähnlich Bickmann 2017, S. 85 ff.). Schon allein die traditionelle Unterstellung einer asymmetrischen Informationsverteilung zwischen medi-

zinisch-pflegerischen Experten und Patienten macht die Bedeutung des Vorhandenseins und vor allem des Umgangs mit Informationen deutlich.

Auf den ersten Blick verändern Digitalisierungsprozesse somit nur die Bedeutung des Informationsmarktes Gesundheit, weil durch die technologische Entwicklung Informationen nun integrierbar und kontextualisierbar organisiert werden können und durch die Kombination mit Organisationsstrukturen – etwa in der Telemedizin oder im Bereich von Telecare – Informations- und Dienstleistungsbeziehungen nun *entörtlicht* – das Beispiel der Telekonsultation, etwa bei Röntgenleistungen mag dafür Pate stehen – oder *entzeitlicht* erhoben und aufgearbeitet werden können (vgl. ähnlich Meier et. al. 2018). Gleichwohl wird somit deutlich, dass Digitalisierungswirkungen in ihrer Qualität von Ausnahmen abgesehen gesundheitssystemisch und nicht auf den einzelnen Patienten bezogen wirken¹. Somit entstehen Fragen nach der Einbettung von Digitalisierungsentwicklungen in arbeitsteilige und organisatorische Kontexte². Weiner et. al. beschreiben die Idee eines veränderten „Health Care Mileus“ durch Digitalisierungsstrategien, in denen die Beziehungsstrategien etwa der Arzt-Patienten-Beziehung konstitutiv im Zentrum stehen und entsprechende Digitalisierungslösungen der Funktionalität der Beziehungen folgen (vgl. Abbildung 1).

Exemplarisch kann dies ohne Einschränkung der Allgemeinheit am Beispiel und

1 Bei Informationsgütern wirkt insbesondere die Bedeutung auf das Zusammenspiel der Akteure und somit auf einen organisatorischen oder systemischen Zusammenhang (vgl. hier etwa Albrecht et. al. 2018, S. 341).

2 La Rocca beschreibt exemplarisch den Zusammenhang zwischen intra- und interorganisationalen Wirkungen von Innovationsprozessen im Gesundheitswesen (vgl. La Rocca 2018, S. 250 f.).

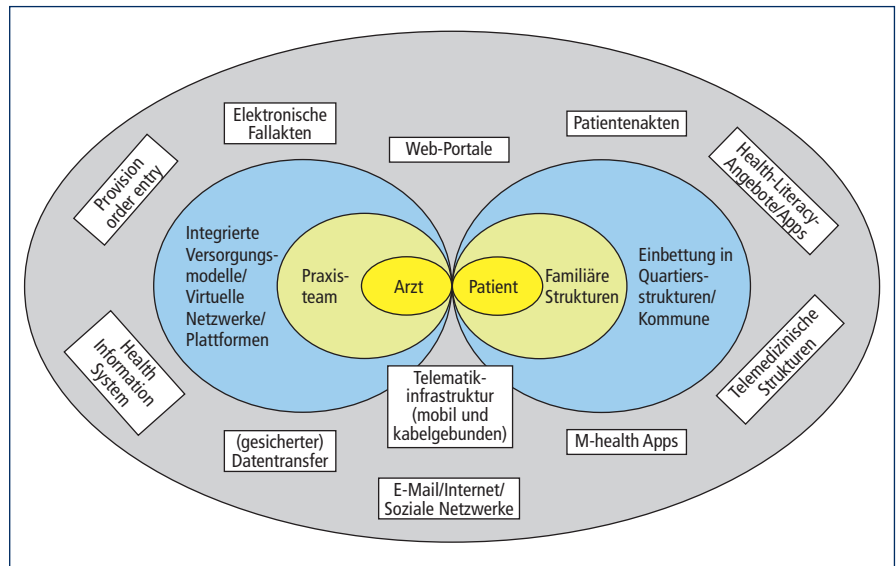


Abbildung 1: Digitales „Healthcare-Mileu“

Quelle: Eigene Darstellung in enger Anlehnung an Weiner et. al. 2013, Supplement 2.

am Wirkversprechen eines (elektronischen) Medikationsplanes dargestellt werden (vgl. etwa Dormann et. al. 2017): In der traditionellen Gesundheitsversorgung, die in erster Linie als personenorientierte Dienstleistung organisiert ist, steht jeder diagnostische und therapeutische Prozess in erster Linie vor der Herausforderung, dass die tatsächliche Leistungssteuerung erst mit dem Vorhandensein des Patienten und somit der Möglichkeit der Aufnahme von diagnostischen Informationen möglich wird. Hier greifen die Analogien zum dienstleistungsökonomischen Modell nach Grönroos und Ojasalo (vgl. 2004, vgl. auch Bornewasser et. al. 2016, S. 53-57). Demzufolge lässt sich die Dienstleistungsproduktion in drei Formen einer Team-Produktion aufteilen, wobei die (1) tatsächliche Dienstleistungsproduktion durch die zeitliche und örtliche Parallelität von Dienstleistungsgeber und Dienstleistungsnehmer gekennzeichnet ist, wohingegen (2) vor- oder (3) nachbereitende Maßnahmen, etwa die Pflegedokumentation oder –planung nicht von einer Zeit- oder Ortsgleichheit ausgehen muss. Darüber hinaus setzen auch die

angeleiteten Maßnahmen aus einer Therapieempfehlung, etwa eine Verordnung über ein Medikationsschemata, keine Zeit- und Ortsgleichheit voraus.

In einer vereinfachten Sichtweise auf einen analogen Versorgungsprozess werden aber viele Informationen, etwa über den Medikationsstatus, erst im wirklichen Kernprozess der Teamproduktion gewonnen, d. h. bei Vorliegen von Zeit- und Ortsgleichheit oder kurz gesprochen bei der realen Anwesenheit des Patienten. Die Annahme eines funktionsfähigen und integrativ wirkenden Medikationsplans könnte beispielsweise Informationen über den Medikationsstatus aus der *Zeit- und Ortsgleichheit* herausnehmen und schon in den *vorbereitenden Prozess* der Dienstleistung verschieben, was beispielsweise wieder Wirkungen auf eine vorausplanende Kapazitätsplanung haben würde. Somit wird deutlich, dass Digitalisierungsprozesse das Potenzial haben, sowohl die unmittelbare patientenbezogene Informationsqualität zu verändern, im Zweifel eine höhere Informationsqualität zu erzeugen, als auch den

arbeitsteiligen Prozess der beteiligten medizinisch-pflegerischen-Professionen zusätzlich dazu verändert zu gestalten.

Vor diesem Hintergrund stellt sich aber gerade die gesundheitspolitische Frage, ob digitale Gesundheitslösungen in der bisherigen Lösungsarchitektur etwa eines Sozialgesetzbuchs, adäquat integrierbar sind und gegebenenfalls welche Anpassungsideen rechtspolitischer Natur für mögliche digitale Lösungsstrukturen notwendig sein könnten. Diese Frage wirft zunächst den Blick auf eine mögliche taxonomische Einordnung von Digitalisierung etwa in eine ökonomische Lösungsstruktur.

Digitalisierte, vernetzte Gesundheits- und Pflegestrukturen – organisationstheoretische Implikationen

Albrecht et. al. werfen den Blick auf *Digital-Health-Anwendungen* und ordnen diesen folgende Attribute zu: Es handele sich um „menschzentrierte, personalisierte, elektronische Gesundheitsdienstleistungen mit eher niedrigem Schadenpotenzial, schnellen Adaptionsmöglichkeiten zur Produktverbesserung und Schadenabwehr, verhältnismäßig niedrigen Kosten und breiten (internationalen) Distributionsmöglichkeiten (Albrecht et. al. 2018, S. 341). Auch wenn diese Einordnung zunächst von erwarteten Wirk-effekten aus analysiert wird, ordnet sich diese Vorgehensweise in eine *nutzer- und versorgungsbezogene* Charakterisierung von Digitalisierungs-Anwendungen ein, die nicht auf einzelne Technologie- oder Produktkategorien setzt, beispielsweise eine App, sondern auf die Kommunikations- und Organisationsbeziehungen im Leistungsprozess. Mamlin und Tierney teilen beispielsweise Informations- und Kommunikationstechnologien in sechs

Anwendungsbereiche im Gesundheitswesen ein, etwa Gesundheitsakten, elektronischen Datenaustausch, Patientenportale, Telemedizin, Soziale Medien sowie mobile, sensorgestützte Applikationen (vgl. Mamlin/Tierney 2016). Knöppler et. al. beispielsweise charakterisieren sieben unterschiedliche Typen von Gesundheitsanwendungen (2018), wobei zwischen patientenfördernden Lösungen, direkt an den Leistungserbringern ansetzenden Funktionalitäten, sowie unterstützenden Diensten wie Organisation und Verwaltung sowie Einkauf unterschieden wird.

Unabhängig davon ob eine *gegenständliche* oder eine *nutzer- oder wirkzentrierte* Sicht gewählt wird, kann doch als verbindende Klammer festgehalten werden, dass digitale Anwendungen zwar nicht ausschließlich aber systematisch sowohl arbeitsteilige Effekte berücksichtigen, etwa Unterstützung bei Diagnose- und Therapieentscheidungen, als auch interventionell am Patienten wirken können, was sie aber von den vornehmlich rein interventionell orientierten Arznei- aber auch Heil- und Hilfsmittel unterscheidet (vgl. etwa Albrecht 2018, S. 341 oder in Analogie Neumann et. al. 2016).

Somit nehmen durch digitalisierte Anwendungen die Zusammenhänge zwischen *verhaltens-* und *verhältnisbezogenen* Aspekten noch mehr an Bedeutung zu und gerade im Hinblick auf die Frage eines Qualitätsziels der Gesundheitsversorgung sind hier neue Fragen an die Weiterentwicklung von *Nutzen-* und letztendlich auch *Kostenbewertungen* zu stellen. Methodisch lässt sich eine Analogie an so genannte komplexe Interventionen festhalten (vgl. etwa Craig et. al. 2008). Grob gesprochen zeichnen sich diese dadurch aus, dass die digitale Intervention, etwa ein elektronischer Medikationsplan, der kontextualisierte Information über den Patientenfluss integriert,

im Gegensatz beispielsweise zu traditioneller Arzneimitteltherapie in sich selbst komplex ist und etwa durch die organisatorische Einbettung sich selbst wieder verändert bzw. anpasst und dieser Veränderungsprozess Teil der Intervention ist. Darüber hinaus wirken beispielsweise Veränderungen von arbeitsteiligen Effekten, etwa eine veränderte und kontextualisierte Datenbereitstellung zum kontinuierlichen Monitoring von Therapieleistungen, indirekt auf den Patientenoutcome ein, da die Transformation durch die analoge Struktur von arbeitsteiligen Aufbau- und Ablaufkonzepten vorstangeht. Somit liegen gesundheitssystemische Effekte vor, die insbesondere den Blick auf *organisationsinnovative Wirkungen* neben produkt- und prozessbezogene Faktoren auslösen.

Ein grober und nicht umfänglich erhobener Literaturüberblick, ohne Anspruch auf eine systematische Analyse von Effektivitäts- und Effizienzwirkungen unterschiedlicher digitaler Versorgungslösungen soll an dieser Stelle exemplarisch zur Charakterisierung der komplexen Wirkbeziehungen Pate stehen: In weiter Analogie an die funktionsbezogenen Einordnungen von digitalen Lösungen etwa von Mamlin und Tierney (2016) oder auch Knoeppler et. al. (2018) und orientiert an der Klassifikation von Weiner et. al. (2013), der potenzielle Effekte auf die ambulant-ärztliche Tätigkeit charakterisiert, können vier Funktionsfelder kurz betrachtet werden, nämlich (1) versicherten- oder patientenbezogene mobile digitale Lösungen, etwa Apps, (2) Informations- und Interaktionsbeziehungen zwischen Patienten und Leistungserbringer, (3) Telemedizin im engeren Sinne (remote patient management) sowie (4) organisationsbezogene Veränderungen der Datenflüsse, etwa über eine Fall- oder Patientenakte.

Art Digitalisierungslösung	Erwarteter Wirkeffekt	Evidenz aus Datenlage (grober Literaturüberblick)	Kontingenzen
(1) Consumer e-health oder m-health tools	Rückgang der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen durch besseres „Selbstmanagement“	Noch eher heterogene Hinweise auf nachhaltige Evidenz (Marcolino et. al. 2018)	Abhängig von Informations- und Beratungsstrukturen/ Gesundheitskompetenz (health literacy)
(2) Patienten-Leistungserbringer-Kommunikation	Substitution örtlicher Kontakte durch virtuelle Betreuung	Geringe Evidenz, dass digitale Versorgungslösungen im Gesamtbild die Ressourcen-inanspruchnahme verändert (Lammers et. al. 2014)	Kosten-Effektivität eher bei induzierten Leistungen, etwa Krankenhauseinweisungen, Bedeutung einer effektiven Data-Sharing-Plattform/ CareManagement-Regime
(3) Telemedizin oder Remote-Patient-Management	Wie bei (2); veränderte Bedeutung von Delegation und Substitution im Organisationsmodell	Begrenzte Studienlage zeigt Wirkeffekte, etwa durch kurzfristigeren Informationsaustausch – Reduktion der „Diagnoselücke“	Bedeutung von messbaren Versorgungszielen/ implementierbares „analoges“ Versorgungsmodell
(4) Digitaler, patienten-orientierter Datenaustausch zwischen Professionen	Erhöhte Effektivität und Effizienz im Patientenverlauf	Elektronische Patientenakten(Fallakten) wirken komplementär und zeitversetzt und erst mit wachsender Fallschwere (Komplexität) der Versorgung (vgl. McCullough et. al. 2013)	Effektivität von Aktenkonzepten abhängig von inter- und intraprofessioneller Arbeitsteilung und adäquaten Organisationsmodellen. Bedeutung der Netzwerkstrategien.

Abbildung 2: Digitalisierungstypen und Wirkkanäle

Quelle: Eigene Darstellung, orientiert an Weiner et. al. 2013, Supplement 2.

Grob gesprochen lässt sich festhalten, dass die erwarteten potenziellen Effekte, exemplarisch einer breiteren Gesundheitsinformation häufig nur über einen indirekten Effekt wirksam werden. So beschreiben Lammers et. al. (2014) dass durch eine organisierte Form des strukturierten Datenaustausches die wiederholte Diagnostik etwa in Notfallambulanzen reduziert werden konnten, bei Vorhandensein einer entsprechenden technischen wie organisatorischen Schnittstelle zum Datenaustausch.

Die Literatur zu telemedizinischen Versorgungsformen, die weiterhin in vielerlei Hinsicht sowohl methodisch als auch in der Menge unzureichend ist, zeigt aber, dass der Wirkungskanal häufig in der komplementären Förderung von Care- oder Case-Management-Effekten liegt.

Beispielsweise konnten Achelrod et. al. (2017) anhand einer Evaluation eines telemedizinischen Programms für COPD-Patienten darlegen, dass in der telemedizinischen Kohorte (N = 651) im Vergleich zur Kontrollgruppe über den Zeitraum von 12 Monaten sowohl die Mortalitätsrate als auch die Inanspruchnahme und daraus folgend die durchschnittlichen Kosten pro Patienten niedriger lagen als in der Vergleichsgruppe. Die Differenzen im Mortalitätsvergleich konnten auf einem hohem Signifikanzniveau analysiert werden (p < 0.001). Gleichwohl gilt es festzuhalten, dass die Autoren neben der Problematik von Langzeiteffekten auch die Frage nach der Wirkung eines ganzheitlichen Case-Management-Ansatzes aufgerufen haben, der über die Aspekte der telemedizinischen Lösung den organisatorischen Aspekt von Tele-

medizin aufruft. So weisen sowohl Weiner et. al. (2013) als auch McCullough et. al. (2016) darauf hin, dass beispielsweise elektronische Gesundheitsakten insbesondere mit wachsender Fallschwere einen Wirkeffekt aufweisen, vor allem dann, wenn die Zusammenführung heterogener, komplexer Gesundheitsinformationen für die intraorganisationale oder interprofessionelle Arbeitsteilung gelingt.

Schlussendlich greift die Digitalisierung somit die Fragen nach *intra-* wie *interorganisatorischen* Formen der Zusammenarbeit und damit zusammenhängend den Effekten der *institutionellen Einbettung* von Digitalisierungsansätzen im regulativen Rahmen des Gesundheitswesens auf. In dieser Hinsicht gilt es den Blick auf die Einbettung sowie der technologischen wie organisationstheoretischen

und finanziellen Implikationen in den gesetzgeberischen Rahmen der Gesundheitsversorgung zu adressieren.

Gesundheitspolitische Implikationen

Die Ausgestaltung einer tragfähigen Digitalisierungsstrategie, implementiert etwa in einen Reformprozess für ein ehealth-Gesetz 2.0, greift zu kurz, wenn es nur um die Weiterentwicklungen der technischen Bedingungen ausgesuchter Aktenkonzepte oder Fachanwendungen geht. Letztendlich stellt sich die Frage, inwiefern die Gesundheitsversorgung durch die Digitalisierung wieder in eine grundlegende ordnungspolitische Debatte zurückgeführt werden muss, die insbesondere die Machbarkeits- wie Limitationsfaktoren von Digitalisierungsentwicklungen Rechnung trägt.

Exemplarisch lässt sich beim Blick in die Rahmenordnungen der Gesundheitsversorgung, etwa im SGB V festhalten, dass Regeln dort in vielfältiger Hinsicht eklektisch entwickelt worden sind und nicht in ein übereinstimmendes Format gegossen wurden. So sind etwa patienten- bzw. versichertenorientierte Daten nach § 304 (1) SGB V nach spätestens zehn Jahren zu löschen, was unter den Aspekten des Datenschutzes begründet werden kann, die Aspekte einer Möglichkeit einer integrierten und kontextualisierten Nutzen von Daten in einem Aktenkonzept – bei Annahme der Datenhoheit beim Versicherten – jedoch nicht ausreichend aufgreift. Darüber hinaus bedarf es einer gesellschaftlichen Auseinandersetzung, ob beispielsweise Krankenversicherungen künftig weiterhin gemäß § 284 SGB in der Nutzung von Routinedaten eingeschränkt sein sollen oder diese etwa im Sinne prädictivem Case-Managements auch außerhalb von expliziten

Modellvorhaben Ergebnisse aus Routinedaten zur Ansprache von Versicherten verwenden können dürfen (vgl. hier etwa Rebscher 2017, S. 18 ff.).

Die Problematiken einer derartigen Öffnung gilt es zu diskutieren, unterbleibt aber in der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Gestaltung weitgehend, da der übergeordneten Frage nach der Zielsetzung einer Digitalisierungsstrategie zu wenig Raum gegeben wird. Auch im Hinblick auf die Weiterentwicklung von digitalen Versorgungsangeboten und der Zielsetzung, Lösungen einerseits patienten- und versorgungsbezogen und geprüft und andererseits zeitnah in den Gesundheitsmarkt implementieren zu können, gilt es die bisherigen leistungsrechtlichen Kategorien zum Market Access in systematischer Weise zu prüfen. Digitalisierungslösungen müssen gegenwärtig ihren Markteintritt etwa über Heil- und Hilfsmittel oder etwa in den Kategorien des § 11 (6) SGB V, weitere vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen, finden. Dabei gilt es festzuhalten, dass Digitalisierung durch den gesundheitssystemischen Effekt in weiter Analogie an Daumann (2018) in drei Stufen zu bewerten ist, nämlich (1) der originären, technisch-basierten digitalen Lösung, der (2) daraus resultierenden vernetzten Information und Kommunikation und den daraus (3) möglichen Produkt- und Dienstleistungseffekten bzw. im Gesundheitswesen dominierenden Versorgungslösungen.

Somit ist es durchaus zu unterstreichen, dass Digitalisierung nur Teil einer netzwerkorientierten Philosophie einer Gesundheitsversorgung sein kann (vgl. zur Forderung Schmid 2018, S. 186 ff.), deren Ziel aber ein systematisches und populationsorientiertes Vorgehen bei der Gestaltung von Versorgungsmodellen,

-vergütungssätzen und auch Qualitätsmaßstäben sein muss. Ein eklektisches und nicht systematisches gesundheitspolitisches Vorgehen scheint daher wenig empfehlenswert. So wäre das Plädoyer, im Sinne einer sich weiterentwickelnden, lernenden Struktur vor allem Experimentierräume für Versorgungsexperimente, gerade auch digitale Versorgungsexperimente, zu befördern und weiterzuentwickeln.

Literatur

- Achelrod, D.; Schreyögg, J.; Stargardt, T. (2017): Health-economic evaluation of home telemonitoring for COPD in Germany: evidence from a large population-based cohort. In: *European Journal of Health Economics* 18: 869-882.
- Albrecht, U.-V.; Kuhn, B.; Land, J.; Amelung, V.; von Jan, U. (2018): Nutzenbewertung von digitalen Gesundheitsprodukten (Digital Health) im gesellschaftlichen Erstattungskontext. In: *Bundesgesundheitsblatt* 61: 340-348.
- Bickmann, H.-J. (2017): Ersetzt oder unterstützt Digitalisierung ärztliches Handeln? (Deutschland), in: Rebscher, H.; Kaufmann, S. (Hrsg.): *Digitalisierungsmanagement in Gesundheitssystemen*, medhochzwei Heidelberg, S. 83-96.
- Bornewasser, M.; Frenzel, S. und A.-S. Tombeil (2016): Ansatzpunkte zur Bestimmung der Produktivität von Dienstleistungen im Krankenhauskontext, in: Pfanstiel, M.; Rasche, C. und Mehlich, H. (Hrsg.): *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus*, Wiesbaden, S. 47-68.
- Craig, P./Dieppe, P./Macintyre, S./Michie, S./Nazareth, I./Petticrew, M. (2008): Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance, in: *BMJ* 337: al655 doi.
- Daumann, F. (2018): Phänomenologie der Digitalisierung aus ökonomischer Perspektive. In: Rebscher, H. und Kaufmann, S. (Hrsg.): *Zukunftsmanagement in Gesundheitssystemen*, medhochzwei Heidelberg, S. 69-85.
- Dormann, H.; Bangemann, M.; Prokosch, H.-U.; Zerth, J. (2017): Digitalisierte Arzneimittelversorgung am Beispiel des bundeseinheitlichen patientenbezogenen Medikationsplans – eine Frage der Stakeholderakzeptanz, in: Pfanstiel, M.; Da-Cruz, P.; Mehlich, H. (Hrsg.): *Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I. Impulse für die Versorgung*, SpringerGabler, Wiesbaden, S. 149-164.
- Grönroos, C. and K. Ojasalo (2004): Service Productivity. Towards a conceptualization of the transformation of inputs into economic results in services, in: *Journal of Business Research* 57 (4): 414-423.
- Haas, P. (2017): Elektronische Patientenakten. Einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakten als Basis für integrierte patientenzentrierte Behandlungsmanagement-Plattformen, Bertelsmann-Stiftung Gütersloh, DOI 10.11586/2017018.

Knöppler, K.; Hesse, S.; Ex, P. (2018): Transfer von Digital-Health-Anwendungen in den Versorgungsaltag. Teil 4: Wirksamkeitsnachweis und Nutzenbewertung – Kontext, Methoden und Integration in die agile Produktentwicklung, Bertelsmann-Stiftung, www.der-digitale-patient.de/digital-health-transfer, Abfrage vom 6.11.2018.

Krüger-Band, H. (2018): Elektronische Patientenakte. Ein gesetzlicher Rahmen ist gefragt. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115, Heft 26, A 1256-1257.

Lammers, E.; Adler-Milstein, J.; Kocher, K. (2014): Does Health Information Exchange Reduce Redundant Imaging? Evidence From Emergency Departments. In: Medical Care Vol. 52 (3): 227-234.

La Rocca, A. (2018): Networked Innovation in Healthcare: Literature Review and Research Agenda on the Interplay of Inner and Outer Contexts of Innovation. In: Hoholm, T.; La Rocca, A.; Aanestad, M. (eds.): Controversies in Healthcare Innovation. Service, Technology and Organization, Palgrave London, pp. 247-277.

Leonhardt, S.; Neumann, T.; Kretz, D.; Teich, T. (2018): Digitalisierung von Infrastrukturen als Schlüssel zur Annäherung von Gesundheitswesen und Wohnungswirtschaft, in: Pfannstiel, M.; Da-Cruz, P.; Rasche, C. (Hrsg.): Entrepreneurship im Gesundheitswesen III. Digitalisierung – Innovationen – Gesundheitsversorgung, SpringerGabler, Wiesbaden, S. 77-96.

Marcolino, M. S.; Olivera, J.; D'Agostino, M.; Ribeiro, A.; Alkmim, M.; Novillo-Ortiz, D. (2018): The Impact of mHealth Interventions: Systematic Review of Systematic Reviews. In: JMIR Mhealth Uhealth 17 (6): e23.

Mamlin, B. W.; Tierney, W. (2016): The Promise of Information and Communication Technology in Healthcare: Extracting Value From the Chaos. In: The American Journal of Medical Sciences, 351 (1): 59-68.

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

Meier, R., Holdenrieder, M.; Kraus, T. (2018): Digitalisierung der Arzt-Patienten-Kommunikation, in: Pfannstiel, M.; Da-Cruz, P.; Rasche, C. (Hrsg.): Entrepreneurship im Gesundheitswesen III. Digitalisierung – Innovationen – Gesundheitsversorgung, SpringerGabler, Wiesbaden, S. 63-65.

Neumann, K.; Larisch, K.; Dietzel, J.; Kurepkat, M.; Weißer, M.; Wenzlau, V. (2016): Digitale Versorgungsprodukte. Chancen nutzen, sichere Wege in den Markt zu schaffen, IGES-Institut, Studienbericht im Auftrag der Techniker Krankenkasse, Berlin.

Rebscher, H. (2017): Versichertendaten in der GKV: Wege zur besseren Steuerung und Effizienz der Versorgung. In: Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen, Heft 16: 14-21.

Schmid, A. (2018): Vergütungssysteme für eine vernetzte und populationsbezogene Medizin der Zukunft. In: Rebscher, H. und Kaufmann, S. (Hrsg.): Zukunftsmanagement in Gesundheitssystemen, medhochzwei Heidelberg, S. 175-189.

Weiner, J.P.; Yeh, S.; Blumenthal, D. (2013): The Impact of health information technology and e-health on the future demand for physician service. In: Health Affairs 32 (11): 1998-2004.

Autor:

**Prof. Dr. Jürgen Zerth
Wilhelm Löhe Hochschule für
angewandte Wissenschaften
Forschungsinstitut IDC
Merkurstraße 41
90763 Fürth**

Aus der Rechtsprechung

Das SG Detmold hat in einem einstweiligen Rechtsschutzverfahren entschieden, dass eine 6-jährige Erstklässlerin bis zum Beginn der Herbstferien Anspruch auf eine Schulbegleitung hat, um die notwendige Behandlung des Diabetesleidens sicherzustellen.

Die Antragstellerin leidet seit 2015 an einem Diabetes Mellitus Typ 1. Sie ist mit einer Insulinpumpe versorgt und trägt ein Gerät zur kontinuierlichen Gewebezucker-messung. Schwankungen des Blutzuckerspiegels erfordern ein häufiges Messen und anschließendes Eingreifen, um (lebensgefährliche) Unterzuckerungen zu vermeiden. Die Antragsgegnerin bewilligte nur für acht Stunden pro Woche die Kostenübernahme für eine Schulbegleitung, da nur in bestimmten Situationen (z.B. bei der Nahrungsaufnahme und bei körperlicher Betätigung) eine besondere Beobachtung notwendig sei.

Zu Unrecht, entschied das Sozialgericht. Auch wenn langfristig kein Anspruch auf eine Begleitung während der gesamten Schulzeit bestehe, müsse in der Übergangsphase für den Schulbesuch incl. Pausen und für andere schulische Veranstaltungen eine Eingliederungshilfe zur Verfügung gestellt werden. Der exakte Umfang der notwendigen Begleitung sei zwar noch genau zu ermitteln, dennoch könne vorerst nur durch eine andauernde Beobachtung und Unterstützung des Kindes ein gefahrloser Schulbesuch ermöglicht werden. Zu berücksichtigen war nach den Ausführungen der II. Kammer auch, dass die bewilligte Leistung nicht „am Stück“ erbracht werden kann, sondern mehrere Einsätze während der Schulzeit erforderlich würden. Die Möglichkeiten, hierfür geeignetes Personal zu finden, seien begrenzt.

Der Anspruch bestehe unabhängig vom Einkommen und Vermögen der Antragstellerin und ihrer Eltern, da es sich um eine Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung handele. Allerdings sei die Kostenübernahme für eine Eingliederungshilfe während der Randstundenbetreuung und der Betreuungszeiten im offenen Ganztage (OGS) nicht möglich, da es sich hierbei nicht um Zeiten handele, die unmittelbar mit dem Schulbesuch verknüpft seien. Ferner müsse für die Zeit nach den Herbstferien noch genau geprüft werden, ob und ggf. in welchem Umfang eine Weiterbewilligung der Schulbegleitung erforderlich sei. Dabei werden auch die Erfahrungen, die sich aus der bisherigen Betreuung ergeben, zu berücksichtigen sein.

Sozialgericht Detmold, Beschluss vom 24.08.2018, Aktenzeichen S 11 SO 221/18 ER, nicht rechtskräftig

Guido Noelle

e-Estonia – Digitalisierung in Estland

Der vermeintliche Stillstand an vielen Stellen bei der Digitalisierung in Deutschland, insbesondere auch im Gesundheitswesen, beschwor in den letzten Jahren immer wieder „leuchtende Vorbilder“ im Ausland herauf, die uns als Orientierung und gutes Beispiel, wie man's macht und schafft, dienen sollten. So wird in der (Fach-) Presse immer wieder betont, wie fortschrittlich Länder wie Österreich, Schweiz, Großbritannien, Dänemark, Niederlande und besonders Estland im Bereich der Digitalisierung sind. Ich hatte kürzlich als Teilnehmer einer deutschen Expertengruppe die Gelegenheit, mir ein Bild vor Ort zu machen.

Das Land und kurze Historie

Nach der Unabhängigkeit Anfang der neunziger Jahre stand das Land vor einer umfassenden Neugestaltung des gesamten öffentlichen Lebens. Nahezu alle Verwaltungsbereiche und auch das Gesundheitswesen mussten sich quasi über Nacht neu erfinden. Nach Vorbild des deutschen Sozialversicherungssystems wird das Sozial- und Gesundheitssystem über einkommensabhängige Abgaben finanziert. Es gibt zwischenzeitlich nur noch eine Krankenversicherung (EHIF – Estonian Health Insurance Fond), die alle Versicherten unabhängig von der Höhe ihre jeweiligen Beitragszahlungen und Risiken gleiche Leistungen zusichert.

Das Land ist mit 1,3 Mio. Einwohnern auf 45.339 km² vergleichsweise dünn besiedelt, die Hauptstadt Tallinn ist mit 427 Tsd. Einwohnern die größte Stadt gefolgt von Tartu mit 93 Tsd. Einwohnern. Das

Durchschnittsalter der Esten liegt bei 42 (Deutschland: 44) Jahren, die Abwanderung von Fachkräften insbesondere nach Finnland ist aufgrund der höheren Einkommen hoch und stellt ein zunehmendes Problem auch im Gesundheitswesen dar.

Dagegen ist Estland bei der Digitalisierung ganz weit vorne. Erklärtes politisches Ziel war es, Estland zur Informationsgesellschaft zu entwickeln. 99 % der Esten nutzen das Online-Banking, 96 % der Steuererklärungen erfolgen elektronisch und selbst für Wahlen nutzen bereits 66 % der Esten das Internet, das praktisch überall, auch auf dem dünn besiedelten Land außerhalb der Städte, kostenlos verfügbar ist; es stellt mittlerweile ein Grundrecht der Bürger dar. So erstaunt es nicht, dass Estland über die meisten Pro-Kopf-Internet Anschlüsse weltweit verfügt.

Grundlage hierfür ist der 2002 eingeführte elektronische Personalausweis, mit dem über 600 Verwaltungsdienstleistungen sowie über 2.400 e-Dienste von Privatunternehmen in Anspruch genommen werden können. So lassen sich etwa:

- Verträge online unterzeichnen, ohne sich zum Ort des Vertragsschlusses begeben zu müssen
- Fahrkarten für den öffentlichen Verkehr bezahlen
- Parkgebühren bezahlen
- online Stimmabgaben zu Wahlen machen
- Bankgeschäfte online vornehmen
- Steuererklärungen online abgeben
- als Student seine Studienmaterialien, Studienfortschritte und auch Studienergebnisse im Internet abrufen

- innerhalb von 18 Minuten am eigenen PC eine neue Firma gründen
- staatliche Fördergelder (z. B. Elterngeld) beantragen

Estland geht davon aus, dass durch die Digitalisierung bis zu 800 Jahre Arbeitszeit bei über 500 Mio. Transaktionen pro Jahr eingespart werden können. Alternativ zum elektronischen Personalausweis, der zu über 98 % genutzt wird, können auch spezielle SIM-Karten („mobile-ID“) oder Softwarezertifikate („smart-ID“) genutzt werden. Insbesondere Letztere erfreuen sich, obwohl erst zuletzt eingeführt, schnellerer Verbreitung und Anwendung im Vergleich zur SIM-Karte auf mobilen Endgeräten wie Smartphone oder Tablet. Nur konsequent, dass mittlerweile auch digitale Anwendungen im Gesundheitswesen auf dieser Infrastruktur aufbauend umfassend verbreitet und etabliert sind.

Entwicklungen im Gesundheitswesen

Aktuell zahlt rund die Hälfte aller Versicherten Beiträge in Höhe von 13 % ihres Bruttoeinkommens (2014: 1.426 Euro p.a.), der Rest ist beitragsfrei versichert (Kinder, Studenten, Rentner) oder wird über den Staat finanziert (Arbeitslose, Frauen im Mutterschaftsurlaub). In aller Regel müssen die Versicherten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hohe Zuzahlungen leisten. 2015 machte dies rund 23 % der gesamten Gesundheitsausgaben aus. Gemessen am ohnehin niedrigen Bruttoinlandsprodukt gibt Estland im Europäischen Vergleich lediglich nur 6,5% für die Gesundheitsversorgung aus.

Estland verfügt mittlerweile nur noch knapp über 50 Krankenhäuser mit insgesamt 7.300 Betten. 2004 wurde ein DRG System eingeführt, das derzeit rund 70% der Fallkosten abdeckt und auch ambulante fachärztliche Leistungen umfasst, die fast ausschließlich im Krankenhaus erbracht werden. Die durchschnittliche Liegezeit beträgt 7,4 Tage und ist damit ähnlich wie in Deutschland.

Die Lebenserwartung der Esten steigt kontinuierlich an, liegt aber immer noch deutlich unter dem OECD Durchschnitt, was zum Teil auf den historisch bedingten, zwar sinkenden, aber immer noch hohen Alkoholkonsum zurückgeführt wird.

Ein großes Problem stellen die langen Wartezeiten vor allem bei Operationen dar. Dem versucht die Regierung mit gesetzlichen Regelungen, u. a. mit Behandlungsgarantien und dem digitalen Telekonsil gegenzusteuern, damit dringende Fälle auch jenseits von Wartelisten vorrangig versorgt werden können.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens baut konsequent auf die allgemeine Infrastruktur mit elektronischem Personalausweis auf. Die wichtigsten Meilensteine waren dabei bislang:

- 1995 – 2002 die Einführung einer elektronischen Abrechnung zwischen Leistungserbringern und Krankenkasse. Die elektronische Kommunikation zwischen allen Leistungserbringern und der Krankenkasse ist über die reine Abrechnung hinaus mittlerweile nahezu vollständig.
- 2005 die Einführung eines zentralen elektronischen Archivs für bildgebende Verfahren (PACS). Hier stehen bisweilen die langen Übertragungszeiten bei größeren Dicom Bildern in der Kritik.

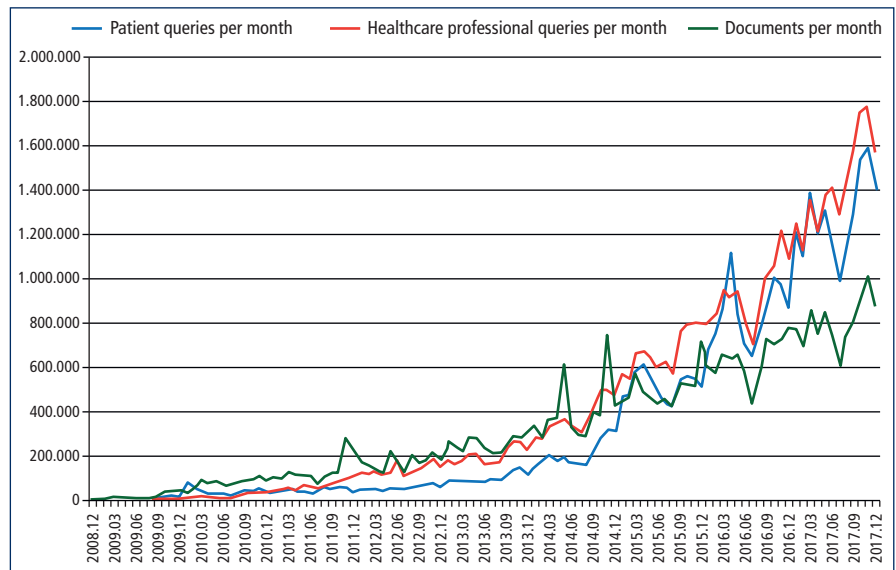


Abb 1: Steigende Zugriffe auf die zentrale elektronische Akte (EPA)

Eine Art verkleinerte Übersicht in JPEG Qualität existiert nicht.

- 2008 die Onlinebuchung von Facharztterminen.
- 2008 die Einführung einer zentralen elektronischen Akte (EPA) für Ärzte und Patienten. Dabei können bzw. zum Teil müssen Kopien von medizinischen Informationen, zumeist dokumentenbasiert und strukturiert, seitens aller Leistungserbringer eingestellt werden. Bis Ende 2017 gab es 800 Tsd. zentral gespeicherte Dokumente auf die monatlich über 1,6 Mio. Leistungserbringer sowie 1,3 Mio. Patienten zugreifen (Abbildung 1). Der Datenbestand aus einer größeren Klinik in Tallinn umfasst im Vergleich Anfang 2018 über 33 Mio. Dokumente mit über 400 Mio. strukturierten Informationsblöcken (z. B. Prozeduren, Diagnosen, Laborwerten, Impfungen, etc.). Dies zeigt, dass lange nicht alle verfügbaren Informationen in die zentrale EPA einfließen, sondern nur ein Extrakt.
- 2010 die Einführung des e-Rezeptes, dessen Einführung als überaus erfolgreich gilt. Anders als in Deutschland ist

der Anteil der Wirkstoffverordnungen von anfänglich 45% auf mittlerweile über 90% der Verordnungen angestiegen (ca. 10 Mio. p.a.). In der Apotheke werden hierzu direkt alle verfügbaren passenden Fertigarzneimittel angezeigt, aus denen der Patient in Abstimmung mit dem Apotheker auswählen kann (Abbildung 2). Medikamente mit höherem Preis bedeuten dabei automatisch auch eine höhere Zuzahlung durch den Patienten. Eine Verordnung erfolgt grundsätzlich über einen durch den Arzt festgelegten Zeitraum, z. B. ein halbes Jahr, so dass Wiederholungsrezepte in unserem Sinne innerhalb des Verordnungszeitraumes nicht notwendig sind.

- 2012 Beginn der Einführung eines indikationsspezifischen elektronischen Telekonsils. Darunter werden in Estland jedoch nicht etwa Videoanwendungen verstanden, sondern eine Art qualifizierte (Vor-) Überweisung. Der Hausarzt übermittelt je nach Indikation einen strukturierten Fragebogen online an einen Facharzt; dieser bewertet innerhalb von 5 Tagen, ob

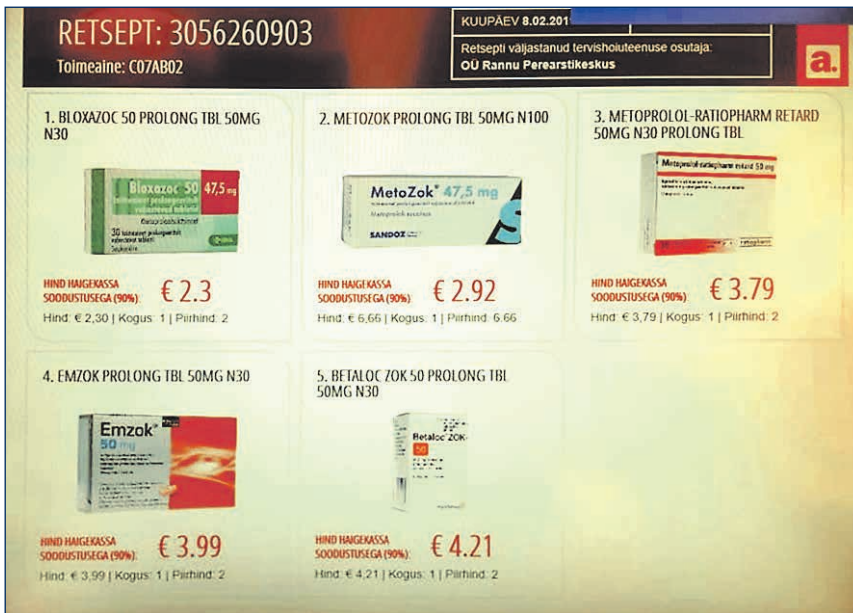


Abb 2: Der Patient wählt in der Apotheke aus verfügbaren passenden Fertigarzneimittel aus

eine Vorstellung des Patienten beim Facharzt (dringend) notwendig ist oder die Behandlung beim Hausarzt zunächst ausreichend erscheint mit weiteren Behandlungsempfehlungen. Grundsätzlich ist es dabei auch möglich, Attachments, z. B. Bilder zu nutzen. Jedoch wird bislang davon wenig Gebrauch gemacht (z. B. in der Dermatologie zur Melanom Abklärung).

- 2014 die Digitale Gesundheitsbescheinigung etwa für den Erwerb bzw. Erhalt des Führerscheins.
- 2016 der zentrale Medikamenten-Interaktionscheck auf Basis der Verordnungsdaten des e-Rezeptes. Das bedeutet aber auch, dass die Eigenmedikation des Patienten nicht in die Bewertung mit eingeht. Weiter findet keine Prüfung auf relative oder absolute Kontraindikationen statt, wohl aber auf grobe Dosierungsfehler oder potentiellen Missbrauch.

Weitere Services mit nur mittelbarem Bezug auf die Leistungserbringer sind ein auf den zentralen Daten basierendes

Reporting- und Kennzahlensystem sowie verschiedene Registrierungs- und Meldesysteme oder die elektronische Antragstellung auf Krankengeld. Die staatliche Health and Welfare Information Systems Center (HWISC) Stiftung ist für die Entwicklung der notwendigen Standards und Rahmenbedingungen sowie das Reporting im Auftrag der Ministerien für Gesundheit, Soziales und Arbeit zuständig. (Versorgungs-) Forschung auf den Daten der EPA findet dagegen nicht oder kaum statt, kann aber über entsprechende Anträge bei den zuständigen Ministerien beantragt werden. Nach Aussagen mehrere Beteiligte im Rahmen der Studienreise sind die Bewilligungshürden hierfür jedoch so hoch, dass praktisch keine Nutzung durch Forschungseinrichtungen wie die Universitätsklinik Tartu erfolgt. Forschung hat hier vielmehr ihren Schwerpunkt auf den Daten, die innerhalb der Klinik verfügbar sind. Diese weisen auch einen höheren Grad an Strukturierung gegenüber der EPA auf.

Während mittlerweile alle Krankenhaus(entlassungs)berichte in der Akte zusammengefasst und archiviert werden, besteht in der hausärztlichen, ambulanten Versorgung noch Handlungsbedarf. Nur ca. 2/3 aller Behandlungsfälle werden aktuell in der Akte dokumentiert, nur 80 % nutzen eine Praxis-EDV mit Anbindung an die EPA, was u. a. an den recht hohen Kosten guter Programme für kleine Arztpraxen liegen mag.

Sehr pragmatisch haben die Esten Fragen zum Datenschutz geregelt. Anstelle einer differenzierten Zugriffsverwaltung gilt zunächst, dass jeder Leistungserbringer grundsätzlich Zugriff auf alle Daten hat. Der Patient kann nach dem Alles-oder-Nichts Prinzip entscheiden, ob eine Information allen oder niemandem zur Verfügung steht.

Andererseits werden sämtliche Zugriffe auf Inhalte der Akte mittels vereinfachter Blockchain-Technologie protokolliert und damit jederzeit transparent und sicher nachvollziehbar. Unberechtigte Datenzugriffe sind dabei strafbewehrt.

Darüber hinaus bietet die Akte auch Möglichkeiten, eine verbindliche elektronische Erklärung zum Thema Organspende oder Bluttransfusionen abzugeben. Diese können jederzeit durch den Patienten geändert werden. Initial sind diese Angaben jeweils ohne Status.

Aktueller Stand und nächste Schritte

Während die Nutzung der EPA zunächst nur zögerlich begann, war die Einführung des elektronischen Rezeptes sehr schnell ein voller Erfolg. In den ersten drei Jahren lagen die Zugriffe auf die EPA noch deutlich unter 100 Tsd. pro Monat bei in etwa gleicher Anzahl an dort abgelegten

Dokumenten. Mittelweile zählt die EPA 3 Mio. monatliche Zugriffe auf ca. 800 Tsd. gespeicherte Dokumente.

Dies geht zunehmend nach Angabe einiger Ärzte zu Lasten der Performance, teilweise liegen die Zugriffszeiten im Minutenbereich, insbesondere bei den Bilddaten. Auch mache die 24/7 Verfügbarkeit manchmal Probleme. Anwender berichten über wöchentliche Ausfallzeiten von 1-2 Stunden im Schnitt. Auch sei die Aktualität der Daten nicht immer gewährleistet. Krankenhäuser sind derzeit verpflichtet, ihre Entlass Dokumentation (erst) spätestens nach 6 Monaten in die EPA einzustellen, was wie ein gesetzliches Relikt aus den vergangenen analogen Zeiten erscheint

Die größte Kritik allerdings drückte ein Arzt wie folgt aus: „Am Anfang interessierte niemanden die Akte, weil nichts drinstand, mittlerweile steht so viel drin, dass man nichts mehr findet!“ Dazu muss allerdings gesagt werden, dass die Art der Darstellung der Inhalte der Akte als auch die Abfragemöglichkeiten stark vom jeweiligen Krankenhaus- oder Praxisinformationssystem abhängig ist. Und diese müssen von den jeweiligen Leistungserbringern finanziert werden. Der Staat ist lediglich für die Weiterentwicklung und den Betrieb der zentralen Infrastruktur zuständig. Diese wurde in den letzten Jahren insbesondere auch über EU-Mittel vorangetrieben. Die bisherigen Entwicklungskosten lagen angeblich bei ca. 23 Mio. Euro, was in Relation zur Bevölkerungsgröße in etwa den bisherigen Ausgaben in Deutschland für die Telematik Infrastruktur und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte entspricht. Überhaupt versuchen die estnischen Firmen Entwicklungen im eigenen Land auch erfolgreich ins Ausland zu verkaufen, damit sich die Investitionen im eige-

nen Land durch den Export amortisieren. So ist die Firma Nortal als eines der wichtigsten und größten IT Unternehmen Estlands international u. a. mit Niederlassungen in Afrika und dem Nahen Osten unterwegs. So testet Nortal aktuell einen FHIR-basierten Ansatz in Richtung einer „Akte 2.0“ in Lettland, die aber später auch in Estland eingesetzt werden soll. Man möchte sich von dem bislang eher dokumenten- zu einem datenbasierten Ansatz bewegen und weiterentwickeln.

Dies mag auch dem Umstand Rechnung tragen, dass manch einer die Inhalte der Akte mittlerweile mehr als elektronische Müllhalde empfindet. Zu langsam, zu unstrukturiert, zu komplex, zu wenig Prozessabbildung. FHIR soll hier zu besseren Abfrage- und Filtermöglichkeiten der Akte führen und durch mehr strukturierte Daten die Grundlage für künftige Clinical Decision Support Tools sein, die von allen Ärzten, mit denen wir während unseres Aufenthaltes gesprochen haben, eingefordert werden.

Durch die zunehmende Verbreitung und Verwendung von Tablets und Smartphones soll die zumeist noch für normale PC's und Browser optimierte Darstellung auf eine flexible, geräteunabhängige Darstellung optimiert werden.

Allein, so scheint es, sind die Kosten für die Weiterentwicklung derzeit die eigentliche Bremse, auch wenn niemand wirklich bezweifelt, dass sich eHealth in Estland rasch weiterentwickeln wird. Es ist der Mut und Pragmatismus der Esten auf dem Weg zur Informationsgesellschaft, auch mal mit 80 %igen Lösungen zu starten, die nur 20 % Aufwand machen, Erfahrungen zu sammeln um dann gezielt nachzubessern.

Mögliche Ableitungen für Deutschland

Doch was können wir konkret für Deutschland mitnehmen und für unsere weitere Entwicklung lernen? Natürlich lassen sich Ergebnisse aus dem mit 1,3 Mio. Einwohnern vergleichsweise kleinen Estland nicht unmittelbar auf Deutschland übertragen oder gerade deswegen. Denn es bleibt zu befürchten, dass die aktuellen Probleme im Kontext des digitalisierten Gesundheitswesens Estlands perspektivisch in Deutschland eher hoch skalieren werden. Andererseits bietet das estnische Vorbild die Gelegenheit, unseren derzeitigen Aufholbedarf unter frühzeitiger Antizipation der zu erwartenden Probleme zu gestalten und die estnischen Erfahrungen im Sinne von „lessons learned“ positiv zu verwerten.

So mag der aktuelle Optimismus und die derzeitige Aufbruchsstimmung der Politik und Selbstverwaltung in Deutschland bei der ab 2021 geplanten Einführung einer elektronischen Patientenakte für alle etwas gedämpft werden, wenn den Verantwortlichen klar wird, dass es 10 Jahre oder länger dauert, bis diese ein flächendeckender Erfolg wird und für Leistungserbringer und Versicherte zum normalen Alltag gehört. Die Akzeptanz mag dabei wesentlich davon abhängen, ob offene Fragen zum Datenschutz, der Datensicherheit, Vergütung und Rechtssicherheit bzw. Rechtsverbindlichkeit ausreichend geklärt werden können und die Beteiligten, Versicherte und Leistungserbringer, jeweils für sich die zu erwartenden Nutzenpotentiale erleben können. Dazu ist u. a. auch eine gute begleitende Vermarktung der entstehenden Lösungen in Bezug auf die jeweiligen Zielgruppen notwendig.

Den mit zunehmender Nutzung und Datenlast zu erwartenden Performanceproblemen lässt sich nur bei entsprechender Skalierbarkeit der Architektur begegnen. So ist möglicherweise bei den derzeit diskutierten Konzepten in Deutschland eine dezentrale, verteilte IHE-Umgebung, wie sie die AOK Gemeinschaft bei ihrem Digitalen Gesundheitsnetzwerk DiGeN propagiert, der richtige Ansatz. Auch Estland überlegt bereits in diese Richtung bei der Weiterentwicklung ihrer Patientenakte.

Die in Estland geführte Diskussion dokumenten- versus datenbasierter Ansatz wird seit einiger Zeit verstärkt auch innerhalb der internationalen Interoperabilitätsgremien wie HL7 und IHE geführt. Es gibt aus fachlicher wie auch technischer Sicht unterschiedliche Argumente für oder gegen den einen wie auch anderen Ansatz. Es bleibt festzuhalten, dass Ärzte als Erzeuger von Daten immer noch schwerpunktmäßig in (analogen) Dokumentenstrukturen denken, in denen medizinische Informationen im Kontext stehen, die vom Arzt digital signiert und damit auch rechtlich verantwortet werden. Der Empfänger von Daten möchte dagegen möglichst schnell an den für ihn relevanten und aktuellen Informationen in aggregierter Form partizipieren können.

Eine sinnvolle und pragmatische Ableitung könnte daher sein, sich, statt der akademischen Diskussion unter Medizin Informatikern zu der unterschiedlichen Herangehensweise und deren für und wider, stärker mit der sinnvollen Repräsentation von Daten und Informationen zu beschäftigen. Dazu bedarf es einer strukturierten Definition einer Patient Summary, die ggf. indikations- oder diagnosespezifisch die wichtigsten und aktuellsten Informationen ähnlich eines Cockpits auf den ersten Blick bereit- und darstellen kann. Dokumente

und Daten sind kein „entweder oder“, sondern ein „und“.

Ähnlich wie in Estland werden auch in Deutschland die IT-Systeme der Leistungserbringer durch diese finanziert. Wie gut sich digitale Anwendungen in den Arbeitsalltag und bestehende Abläufe integrieren lassen, ist also in den regulatorischen Grenzen etwa einer KBV-Zertifizierung oder Zulassung durch die gematik ebenso wie die Preisfindung dem freien Wettbewerb der Softwareunternehmen überlassen und weitgehend unabhängig vom jeweiligen technischen Ansatz zentraler Backendstrukturen etwa einer elektronischen Patientenakte. Die dezentralen Systeme haben somit unmittelbare Bedeutung auf die Akzeptanz des gesamten Systems. Mangelnde Qualität und/oder zu hohe Betriebskosten können hier entscheidenden Einfluss haben.

Zusammenfassung

Die Entwicklung der Digitalisierung des Gesundheitswesens in Estland ist, insbesondere auch im Vergleich zu Deutschland, fortgeschritten. Die bestehenden Lösungen in Estland lassen sich nicht 1:1 auf deutsche Verhältnisse übertragen, sondern können allenfalls Vorbildcharakter haben. Auf der anderen Seite können wir aus den Erfahrungen und auch Problemen der Esten nach langjährigem Routinebetrieb lernen. Konsequenzen und Ableitungen sollten sich für die bis Ende 2018 erwarteten Vorgaben seitens der gematik sowie in den aktuellen Aktenprojekten der großen Krankenkassen niederschlagen. Es wird spannend sein, die weitere Entwicklung in Estland in den kommenden Jahren zu verfolgen. Auch bieten sich unterschiedliche Ansatzpunkte für eine engere, themenbezogene Zusammenarbeit an.

Weiterführende Hinweise

- Digitales Gesundheitsnetzwerk der AOK, <http://www.aok-gesundheitsnetzwerk.de>
- E-Estonia, visitestonia.com/de/uberestland/estland-eine-digitale-gesellschaft (Informationen zur Digitalen Gesellschaft, aber auch gute allgemeine Reisehinweise) oder auch de.wikipedia.org/wiki/Estland#Digitalisierung
- E-Estonia-Portal, eesti.ee/eng/services/citizen (Estnisches Bürgerportal mit allen e-Services)
- Elektronische Patientenakte in Estland, digilugu.ee/login?locale=en
- Estnische Statistiken, andmebaas.stat.ee/Index.aspx?lang=en oder de.statista.com/statistik/studie/id/23978/dokument/estland-statista-dossier/
- HL7 Deutschland e.V., hl7.de (Hier finden Sie auch weitergehende Informationen zu FHIR und CDA)
- IHE Deutschland e.V., ihe-d.de
- Nortal GmbH, nortal.com (Estlands wichtigstes und größtes IT-Unternehmen, das demnächst auch eine Niederlassung in Düsseldorf eröffnen wird)

Autor:

**Prof. Dr. med. Guido Noelle,
Geschäftsführer., gevko GmbH
Gesundheit – Versorgung –
Kommunikation
Max-Planck-Str. 49 – 53177 Bonn
Französische Str. 48 – 10117 Berlin**

Das VG Trier hat entschieden, dass ein außerhalb der Europäischen Union ausgebildeter Arzt nur dann Anspruch auf Erteilung einer Approbation ohne weitere Prüfung in Deutschland hat, wenn eine Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes gegeben ist.

Hierzu bedarf es regelmäßig u.a. insbesondere der Vorlage eines individualisierten Curriculums hinsichtlich der universitären Ausbildung im Ausland, so das Urteil der 2. Kammer des Verwaltungsgerichts Trier.

Geklagt hatte ein Mediziner, der sein Medizinstudium in der Ukraine absolviert und im Rahmen seiner mehrjährigen beruflichen Tätigkeit als Arzt verschiedene Facharztbezeichnungen erworben hat. Seit dem Jahr 2014 ist er in einem Krankenhaus der Region ganztätig beschäftigt. Im März 2015 beantragte er beim beklagten Land die Erteilung einer Approbation als Arzt. Nachdem ein Gutachter zu dem Ergebnis gekommen war, dass nur in Teilbereichen eine Gleichwertigkeit des Studiums festgestellt werden könne und die spezifischen Defizite, insbesondere im Hinblick auf landesspezifische Aspekte, durch die berufliche Tätigkeit des Klägers nicht völlig ausgeglichen seien, lehnte das beklagte Land die Erteilung der Approbation ab und legte fest, dass der Kläger einen gleichwertigen Ausbildungsstand nur durch Ablegung einer Prüfung nachweisen könne, die sich auf den Inhalt der staatlichen Abschlussprüfungen beziehe; zusätzlich werde als weiteres Fach Allgemeinmedizin festgelegt.

Hiergegen klagte der Arzt und machte geltend, dass insgesamt eine Gleichwertigkeit der Ausbildung gegeben sei.

Das VG Trier hat die Klage abgewiesen. Nach Auffassung des Verwaltungsgerichts ist der Ausbildungsstand des Klägers an der Grundausbildung für Ärzte, wie sie die Bundesärzteordnung und die Approbationsordnung für Ärzte vorsieht, zu messen. An der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstands des Klägers bestünden vorliegend alleine bereits

deshalb erhebliche Bedenken, weil trotz entsprechender Aufforderung ein aufgeschlüsseltes Curriculum über den Inhalt seiner Ausbildung in deutscher Sprache vom Kläger nicht vorgelegt worden sei, sodass der erforderliche Vergleich der Ausbildungen nicht möglich sei. Die vom Kläger vorgelegten Unterlagen ließen ohne individualisiertes Curriculum in einer Vielzahl von Fällen keinen verlässlichen Rückschluss auf den Stoffinhalt der gelehrten Fächer zu. Aus der von ihm beigebrachten übersetzten Bescheinigung der ukrainischen Universität lasse sich lediglich eine stundenmäßige Unterteilung in Vorlesungen, praktische Übungen und selbstständige Arbeit des Studenten entnehmen. Die inhaltliche Ausgestaltung der nur schlagwortartig genannten Fächer des Studiums sei nicht erkennbar. Insbesondere sei unklar, in welchem Umfang dem Kläger Kenntnisse in den Fächern Medizin des Alterns und des alten Menschen, Prävention und Gesundheitsförderung, Schmerzmedizin, psychosomatische Medizin und Psychotherapie vermittelt worden seien. Auch die landesspezifischen Aspekte im Hinblick auf die Bundesrepublik Deutschland fehlten und damit insgesamt für die Ausübung des ärztlichen Berufs wesentliche Fächer. Der Kläger habe die festgestellten wesentlichen Unterschiede auch nicht vollumfänglich durch seine ärztliche Berufspraxis ausgeglichen. Dies sei nicht hinreichend belegt.

Gegen die Entscheidungen können die Beteiligten innerhalb eines Monats die Zulassung der Berufung bei dem OVG Koblenz beantragen.

VG Trier, Urteil vom 17. September 2018 – 2 K 6384/17.TR

Das LSG Nordrhein-Westfalen hat entschieden, dass die von der AOK Rheinland/Hamburg angebotenen Wahltarife größtenteils den gesetzlichen Rahmen überschreiten.

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversiche-

rung vom 26.03.2007 hat der Gesetzgeber den Krankenkassen die Befugnis eingeräumt, in ihren Satzungen vorzusehen, dass Mitglieder für sich und ihre mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Die beklagte AOK Rheinland/Hamburg führte daraufhin neue Tarife zur Kostenerstattung für Leistungen im Ausland, Krankenhauszuzahlung, Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer im Krankenhaus sowie bei Zahnersatz und später für Vorsorgeleistungen zur Zahn-Gesundheit, häusliche Krankenpflege, Brillen und kieferorthopädische Behandlungen ein.

Die Continentale Krankenversicherung a.G. erhob daraufhin Klage mit dem Ziel, der Beklagten das Angebot dieser Versicherungsleistungen im geschäftlichen Verkehr zu untersagen. Gegen das klageabweisende Urteil des SG Dortmund legte sie Berufung ein, die weit überwiegend erfolgreich gewesen ist.

Das Landessozialgericht hat festgestellt, dass es der Beklagten nicht erlaubt ist, ihren Versicherten Versicherungsleistungen in Form der streitigen Kostenerstattungstarife für Zusatzleistungen – mit Ausnahme von Vorsorgeleistungen zur Zahn-Gesundheit und häuslichen Krankenpflege – anzubieten.

Grundsätzlich sei es den Krankenkassen als Teil der öffentlichen Hand verwehrt, über das zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsfürsorge Gebotene und verfassungsmäßig Zulässige hinaus Leistungen zu erbringen. Mit dem Angebot ihrer Wahltarife habe die Beklagte teilweise den Rahmen des vom Gesetzgeber vorgesehenen Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung überschritten und in unzulässiger Weise in den Bereich der privaten beruflichen Betätigung Dritter zu deren Nachteil eingegriffen. Daraus folge der Unterlassungsanspruch der Klägerin, was im Berufungsverfahren zum überwiegenden Erfolg ihrer Klage führte.

Das LSG hat die Revision zugelassen. Landessozialgericht NRW, Urteil vom 14.06.2018 - L 16 KR 251/14

25 Jahre Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen

Künstliche Intelligenz und die Zukunft der medizinischen Versorgung

Freitag, 22. Februar 2019, AOK Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Veranstalter: GRPG Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. Widenmayerstraße 29, 80538 München

Moderation: Professor Dr. Georg Marckmann, Universität München, Vizepräsident GRPG e.V.

Tagesablauf Symposion

Ab 9.30 Uhr	Registrierung der Teilnehmer und Begrüßungskaffee	
10.00 Uhr	Begrüßung	Prof. Dr. Volker Ulrich, Universität Bayreuth
	Grußwort	Christian Klose, Ständiger Vertreter der Abteilung 5 „Digitalisierung und Innovation“, Bundesministerium für Gesundheit (angefragt)
	Künstliche Intelligenz – was ist heute bereits möglich?	Reinhard Karger, M.A., Deutsches Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz DFKI
	Was kann Künstliche Intelligenz bereits heute in der Medizin leisten?	Prof. Dr. Arno Elmer, Innovation Health Partners GmbH
	Kaffeepause	
	Künstliche Intelligenz in der Medizin: Was ist aus ethischer Sicht zu beachten?	Prof. Dr. Georg Marckmann, Universität München
	Diskussion zum Vormittag	
13.00 Uhr	Mittagspause	Für die Teilnehmer steht ein Imbiss bereit
14.00 Uhr	Was erwarten die Krankenkassen?	Martin Litsch, AOK Bundesverband
	Was erwarten die Pharma-Unternehmen?	Dr. Anna Bauer-Mehren, Roche Diagnostics GmbH
	Was erwarten die Medizintechnik-Unternehmen?	Dr. Michael Meyer, Siemens Healthcare GmbH
	Diskussion zum Nachmittag	
	Fazit und Verabschiedung	
16.00 Uhr	Ende des Symposions	

Weitere Informationen zu den Zielen und Aufgaben der GRPG, zu Satzung und Mitgliedschaft erhalten Sie unter:

GRPG Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V. Geschäftsstelle

Widenmayerstraße 29 | 80538 München | Tel.: 0 89 / 21 09 69 60 | Fax: 0 89 / 21 09 69 99 | E-Mail: info@grpg.de | www.grpg.de

Mitgliederversammlung am Donnerstag, 21. Februar 2019 in Berlin

mit anschließender öffentlicher Dinner Speech, Get-together und Abendessen im Hotel Meliá Berlin, Friedrichstraße 103, 10117 Berlin

16.00 Uhr	Mitgliederversammlung Einladung und Tagesordnung werden den Mitgliedern der GRPG mit gesonderter Post zugesandt.
18.15 Uhr	Verleihung Wissenschaftspreis mit Kurzvortrag der Preisträger
18.45 Uhr	Dinner Speech: „Herausforderungen und Lösungen für die Zukunft der medizinischen Versorgung in Deutschland“ Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen, Universität Hamburg
19.30 Uhr	Get-together mit Abendessen für die Teilnehmer mit einem Rückblick auf 25 Jahre GRPG des Ehrenpräsidenten der Gesellschaft, Prof. Dr. Dr. Alexander P.F. Ehlers An Dinner Speech und Abendessen können Nichtmitglieder gerne gegen einen Unkostenbeitrag in Höhe von 45 Euro teilnehmen.