

# RPG

Band 16 | Heft 3 | 2010

**3 | 2010**

## RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Krankenhausträgerschaft und Wirtschaftlichkeit**
- **Zu einem effizienzorientierten Umgang mit dem medizinisch-technischen Fortschritt**
- **Kartellamtliche Überprüfung der Erhebung von Zusatzbeiträgen durch mehrere gesetzliche Krankenkassen**

### HERAUSGEBER

A. P. F. Ehlers  
E. Deutsch  
P. Oberender  
E. Wille  
M. Feldmann  
J. Stoschek (Schriftleitung)

### MITHERAUSGEBER

B. Bender  
B. Brennecke  
R. von Eisebeck  
G. Fischer  
M. Linz  
H. Platzer  
M. Richter-Reichhelm  
U. A. Richter  
G. Schneider  
G. Schulte  
N. Schulze-Solce  
V. Ulrich  
A. Widmann-Mauz  
Chr. Will

### AUTOREN DES HEFTES

Markus Wörz  
Lutz Reimers  
Elke Prinz



pmi Verlag AG

# GRPG

GESELLSCHAFT FÜR RECHT UND POLITIK  
IM GESUNDHEITSWESEN E. V.

## Editorial

Ende Januar hatten mehrere gesetzliche Krankenkassen in einer gemeinsamen Pressekonferenz in Berlin angekündigt, dass sie im Laufe der nächsten Wochen und Monate Zusatzbeiträge erheben würden. Den Versicherten sollte dadurch deutlich gemacht werden, dass wegen einer Finanzierungslücke von schätzungsweise 3,9 Milliarden Euro in nächster Zukunft mehr oder weniger alle Kassen einen Zusatzbeitrag, der im Übrigen politisch gewollt ist, verlangen werden.

Das Bundeskartellamt hat daraufhin gegen die betreffenden Krankenkassen ein Prüfverfahren wegen möglicherweise verbotener Absprachen eingeleitet. Mit dem eingeleiteten Verfahren will das Kartellamt der Frage nachgehen, ob die Kassen mit ihrer gemeinsamen Ankündigung gegen das Wettbewerbsrecht für Unternehmen verstoßen haben.

In diesem Heft finden Sie einen Diskussionsbeitrag, in dem die rechtliche Zulässigkeit der Prüfungen des Bundeskartellamtes kritisch hinterfragt wird. Das Thema ist jedoch nicht nur vor dem Hintergrund der aktuellen juristischen Auseinandersetzung von Interesse. Nach wie vor gibt es in der Bundesregierung Überlegungen, den Geltungsbereich des Kartellrechts auf die gesetzlichen Krankenkassen auszudehnen.

Jürgen Stoschek  
Josef-Jägerhuber-Straße 4  
82319 Starnberg

## Wissenschaftspreis

Krankenhausträgerschaft und Wirtschaftlichkeit

*Markus Wörz* 59

## Übersicht

Zu einem effizienzorientierten Umgang mit dem medizinisch-technischen Fortschritt

*Lutz Reimers* 65

## Zur Diskussion gestellt

Kartellamtliche Überprüfung der Erhebung von Zusatzbeiträgen durch mehrere gesetzliche Krankenkassen

*Elke Prinz* 72

## 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 2500 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. med. Dr. iur.  
Alexander P. F. Ehlers  
Widenmayerstraße 29  
80538 München

Prof. Dr. Dr. iur. h.c. Drs. med. h.c.  
Erwin Deutsch  
Universität Göttingen  
Goßlerstraße 19  
37073 Göttingen

Prof. Dr. Peter Oberender  
Lehrstuhl VWL  
Universität Bayreuth  
Universitätsstraße 30  
95447 Bayreuth

Prof. Dr. Eberhard Wille  
Lehrstuhl VWL  
Universität Mannheim, A5  
68131 Mannheim

Dipl.-Betriebswirt Michael Feldmann  
Säbener Straße 62  
81547 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek  
(Schriftleiter)  
Josef-Jägerhuber-Straße 4  
82319 Starnberg

## Mitherausgeber

B. Bender  
B. Brennecke  
R. von Eisebeck  
G. Fischer  
M. Linz  
H. Platzer  
M. Richter-Reichhelm  
U. A. Richter  
G. Schneider  
G. Schulte  
N. Schulze-Solce  
V. Ulrich  
A. Widmann-Mauz  
Chr. Will

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsor-

gan 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.

pmi Verlag AG  
Oberfeldstraße 29  
D-60439 Frankfurt  
Telefon 069-5480000  
Telefax 069-54800066

E-mail: [pmiverlag@t-online.de](mailto:pmiverlag@t-online.de)  
[www.pmi-verlag.de](http://www.pmi-verlag.de)

Bezugspreis: 2009 (4 Hefte) Euro 170,- zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung

oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden. Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Beziehers kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Hefes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

## Verlag

pmi Verlag e.K. (Inh. Peter Hoffmann)  
Oberfeldstraße 29  
D-60439 Frankfurt  
Telefon 069-5480000  
Telefax 069-54800066  
e-mail: [pmiverlag@t-online.de](mailto:pmiverlag@t-online.de)

*Bankverbindung:* Volksbank Dreieich eG (BLZ 505 922 00) Konto-Nr. 8 501 319 • Gerichtsstand: Frankfurt/Main • Anzeigenpreisliste: Es gilt der Tarif Nr. 10 vom 01.01.2008 • Technische Gesamtherstellung: pagina media GmbH, 69502 Hemsbach.

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 Verlags strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2010 pmi Verlag e.K. (Inh. Peter Hoffmann)  
Printed in Germany

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

Markus Wörz

# Krankenhausträgerschaft und Wirtschaftlichkeit

## Eine empirische Untersuchung der Erlösbudgets im Jahr 2004 sowie ein Überblick über neuere Literatur zum Thema

Schon seit den 1990er Jahren zeichnet sich ein materieller Privatisierungstrend unter deutschen Krankenhäusern ab. Wurden anfangs insbesondere kleinere Krankenhäuser in den östlichen Bundesländern privatisiert, so finden sich mittlerweile Privatisierungen in fast allen Bundesländern und auch von größeren Einrichtungen bis hin zu ganzen Universitätskliniken, wie etwa im Falle des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, das im Januar 2006 zu 95% durch die Rhön Klinikum AG übernommen wurde.

Eine erneute Privatisierungswelle ist aus zwei Gründen in den kommenden Jahren wahrscheinlich (siehe dazu: Flintrop & Osterloh, 2010: A803). Zum einen arbeiten manche Krankenhäuser nicht kostendeckend. Die meisten davon befinden sich in öffentlicher Trägerschaft. Ihre Defizite werden durch die Haushalte der Kommunen und Landkreise ausgeglichen. Durch die Wirtschaftskrise aber und damit einhergehenden sinkenden Steuereinnahmen geraten diese unter Druck, so dass ein Verkauf an einen privaten Investor als eine entlastende Option erscheint. Zum anderen führt der in vielen Bundesländern vorherrschende Investitionsstau dazu, dass gerade kommunale Häuser nicht mehr investitionsfähig sind. Hier wird in der Zufuhr von privatem Kapital ein wichtiges Mittel gesehen, um überfällige Investitionen tätigen zu können (vgl. hierzu auch Jeurissen 2010: 138ff.).

Die empirische Forschung in Deutschland hat sich dagegen erst in jüngerer Zeit vermehrt der Thematik angenommen, welche Folgen Krankenhausprivatisierungen

haben bzw. allgemeiner was private, öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser voneinander unterscheidet. Dieser Beitrag beleuchtet einerseits einen ausgewählten Aspekt dieses sehr vielschichtigen Themenfeldes, nämlich welche Faktoren das Erlösbudget eines Krankenhauses bedingen und welche Rolle die Trägerschaft dabei spielt.<sup>1</sup> Zudem werden Ergebnisse neuerer Forschungsarbeiten zu ähnlichen Fragestellungen zu Krankenhausträgerschaft und Wirtschaftlichkeit präsentiert und diskutiert.

### Bedingungsfaktoren des Erlösbudgets im Jahr 2004

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 initiierte eine tiefgreifende Reform in Be-

zug auf die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen. Dieses Gesetz führte ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Basis von Diagnosis Related Groups – DRGs ein. Die Krankenhäuser konnten im Jahr 2003 optional auf das neue Vergütungssystem umsteigen und waren im Jahr 2004 verpflichtet, das neue Abrechnungssystem zu verwenden. Die Einführung der Fallpauschalen erfolgte allerdings in den Jahren 2003 und 2004 budgetneutral, d.h. die Höhe der jeweiligen Krankenhausbudgets wurde in diesen beiden Jahren nicht durch die neuen Fallpauschalen, sondern nach der bis dahin herkömmlichen Methode ermittelt. 2004 war somit das letzte Jahr, in dem das alte System der tagesgleichen Pflegesätze budgetrelevant war und ihm kommt insofern eine besondere Bedeutung zu. Mit dem Jahr 2005 begann dann die Konvergenzphase, in der die jeweiligen Krankenhausbudgets sukzessive an den landesweiten Basisfallwert und damit an ein landesweites Preisniveau angeglichen wurden. Die im Folgenden beschriebene empirische Studie untersucht mittels einer multiplen Regressionsanalyse die Einflussfaktoren auf das Erlösbudget pro Krankenhausfall im Jahr 2004. Der Datensatz umfasst 1 614 Krankenhäuser. Universitätskrankenhäuser wurden nicht mit in den Datensatz aufgenommen, unter anderem, weil das Fallspektrum von Universitätskrankenhäusern durch die DRG-Version 2004 nur unzureichend abgebildet wurde (Roeder, 2004: 16;

<sup>1</sup> Dieser Teil des Artikels stellt einen Ausschnitt aus der Dissertation *Erlöse – Kosten – Qualität: Macht die Krankenhausträgerschaft einen Unterschied? Eine vergleichende Untersuchung von Trägerunterschieden im akutstationären Sektor in Deutschland und den Vereinigten Staaten von Amerika* des Verfassers stark zusammengefasst dar. Die Arbeit wurde im Januar 2010 mit dem 14. Wissenschaftspreis der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. ausgezeichnet. Sie ist 2008 im VS-Verlag erschienen.

Tecklenburg et al., 2006; Wissenschaftsrat, 2005). Zudem wurden Bundeswehrkrankenhäuser und ausschließlich psychiatrische Einrichtungen aus der Untersuchung ausgeschlossen.<sup>2</sup> Als wesentliche Einflussfaktoren auf die Höhe des Erlösbudgets wurden untersucht:

- die Größe des Krankenhauses gemessen an der Anzahl der Betten,
- ob das Krankenhaus eine Fachschule hat oder nicht und ob es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus handelt oder nicht,
- ob es sich um ein Allgemeinkrankenhaus (mit einer Abteilung für innere Medizin und Chirurgie) oder um ein Fachkrankenhaus<sup>3</sup> handelt (Referenzkategorie ist hier das Allgemeinkrankenhaus),
- ob das Krankenhaus eine Abteilung für Psychiatrie oder Rehabilitation hat,
- ob es sich um ein Anstalts- oder Belegkrankenhaus handelt,
- in welchem Bundesland sich das Krankenhaus befindet (Referenzkategorie ist

<sup>2</sup> Die dabei verwendeten Daten stammen aus vier Quellen, der Krankenhauswebseite des AOK-Bundesverbandes (<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhausbudgetverhandlung/basisfallwerte/>), dem Deutschen Krankenhaus Adressbuch (DKA) für das Jahr 2004 (ohne Verfasser, 2005), verschiedenen Ausgaben der Krankenhausverzeichnisse der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.), 2002, 2005, 2006) und aus einer Sonderauswertung des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WiO).

<sup>3</sup> Fachkrankenhäuser werden in der Untersuchung definiert als solche, die nur eine oder keine der Fachabteilungen innere Medizin oder Chirurgie vorhalten. Manche Krankenhauspläne enthalten die Einteilung in Fachkrankenhäuser, so z. B. in Bayern, Brandenburg oder Rheinland-Pfalz (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2004). Diese Einteilung orientiert sich dann in der Regel an den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern. Die Einteilung in Fachkrankenhäuser dieser Arbeit orientiert sich an den Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (Stand: Januar 2006). Ein Krankenhaus wird der Fachartkategorie zugeschlagen, in welcher es die meisten Betten vorhält.

**Tabelle 1: Signifikante Bedingungsfaktoren der Erlösbudgets im Jahr 2004**

unabhängige Variablen	Beta-Koeffizient
Anzahl der Betten	0,272
Anstaltskrankenhaus (Referenz: Belegkrankenhaus)	299,7
privater Krankenhausverbund (Referenz: kein privater Krankenhausverbund)	149,9
Bundesländer (Referenz: Nordrhein-Westfalen)	
Baden-Württemberg	177,1
Berlin	283,1
Brandenburg	-128,4
Mecklenburg-Vorpommern	-226,3
Saarland	282,6
Sachsen	-145,1
Fachkrankenhäuser (Referenz: Allgemeinkrankenhaus)	
Augenheilkunde	310,6
Psychiatrie	191,2
Neurologie	523,7
Diabetologie	-414,2
Haut- und Geschlechtskrankheiten	-433,5
Onkologie	673,0
Herz	314,5
Kinderheilkunde	297,4
Abteilung für Psychiatrie oder Rehabilitation (Referenz: keine Abteilung für Psychiatrie oder Rehabilitation)	78,5
Case Mix Index (CMI)	3021,5
korrigiertes R-Quadrat	0,944
<b>N</b>	<b>1.614</b>

- hier das Bundesland Nordrhein-Westfalen),
- die Trägerschaft (privat, freigemeinnützig und öffentlich) eines Krankenhauses und ob ein Trägerwechsel stattgefunden hat und
  - ob das Krankenhaus zu einem Verbund mit fünf Krankenhäusern oder mehr gehört.

Die letzte Variable, Zugehörigkeit zu einem Verbund, bedarf der Erläuterung. Sie trägt dem Umstand Rechnung, dass sich mehr und mehr Krankenhäuser zu Verbänden zusammenschließen. Die Vorteile, die Verbände gegenüber

einzelnen Krankenhäusern haben, wurden mehrfach beschrieben. So können etwa Verwaltungsaufgaben zentral organisiert werden, die verschiedenen Standorte ermöglichen, Best Practice Modelle umzusetzen und eine Kette hat im Einkauf eine völlig andere Marktposition als ein einzelnes Krankenhaus. Idealtypisch gesehen erlaubt die höhere Marktmacht zudem, höhere Preise durchzusetzen (Eckardt, 2007: 60; Jordan, 2007: 169/171).<sup>4</sup> Es sind vor allem die privaten

<sup>4</sup> Eine eingehende Analyse von unterschiedlichen Ausformungen von horizontalen Verbundstrukturen sowie ihrer Vorteile zur Erzielung von Skaleneffekten findet sich bei Behar (2009).

Krankenhäuser, die Vorreiter der Kettenbildung sind. Trotzdem sind große, mehrere Krankenhäuser auf sich vereinigende Träger keine Neuheit. Teilweise können sie auf eine über hundertjährige Geschichte zurückblicken, wie etwa die Marienhaus GmbH Waldbreitbach, die 1903 gegründet wurde und mit gegenwärtig u. a. 27 Krankenhäusern und 29 Alten- und Pflegeeinrichtungen zu den größeren Krankenhausverbänden in Deutschland zählt. Auch öffentliche Krankenhäuser schließen sich vermehrt in Verbänden zusammen. Während jedoch freigemeinnützige und besonders private Krankenhausverbände häufig überregional tätig sind, beschränken sich Verbände in öffentlicher Trägerschaft praktisch immer auf eine bestimmte Region (Beispiele hierfür sind die Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH in Berlin, die Region Hannover GmbH oder die Städtisches Klinikum München GmbH).

Tabelle 1 (Seite 60) zeigt die signifikantesten ( $p < 0,05$ ) Einflussgrößen des Regressionsmodells auf das Erlösbudget pro Fall. Den stärksten Effekt im ganzen Modell hat der Casemix-Index (CMI)<sup>5</sup> eines Krankenhauses. Nimmt dieser Index um eine Einheit zu, so erhöht sich nach dieser Schätzung der durchschnittliche Erlös eines Krankenhauses um 3 021 Euro. Obwohl das Modell mittels des CMI schon für den durchschnittlichen Schweregrad eines Krankenhauses adjustiert, haben bestimmte Fachkrankenhäuser teilweise erheblich abweichende Erlöse von den Allgemeinkrankenhäusern. Onkologie und Neurologie liegen deutlich darüber, während Fachkrankenhäuser für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Diabetologie klar darunter liegen. Die Untersuchung bestätigt auch die Preisunterschiede, die es

<sup>5</sup> Der Casemix Index ist eine Maßzahl für die durchschnittliche ökonomische Fallschwere des im jeweiligen Krankenhaus behandelten Patientenspektrums.

zwischen den Bundesländern gibt. Berlin und das Saarland zeichnen sich hier durch besonders hohe und Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern durch niedrige Erlöse pro Fall aus. Die erstmalig im Jahr 2005 vereinbarten Landesbasisfallwerte sind sehr gut mit den Ergebnissen dieser Schätzung vereinbar. Auffallend sind die deutlich niedrigeren Erlöse der Belegkrankenhäuser im Vergleich zu Anstaltskrankenhäusern. Private Krankenhäuser, die zu Verbänden gehören, haben dagegen deutlich höhere Erlöse pro Fall. Es ist nach dieser Studie nicht der private Trägerstatus als solcher, der die höheren Erlöse bedingt, sondern die Kombination von privatem Trägerstatus und Verbundzugehörigkeit.

Es erscheint naheliegend, dass solche Ergebnisse auch von der gesundheitspolitischen Regulierung abhängen. Würde man etwa die obige empirische Untersuchung mit Daten des Jahres 2010 wiederholen, so dürften sich prinzipiell (zumindest auf Landesebene) keine Unterschiede zwischen Trägern mehr ergeben, da ja die DRG-Erlösbudgets der Krankenhäuser einander angeglichen werden. Dieser Sachverhalt hängt allerdings von der konkreten Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens des DRG-Systems ab. Sieht der Rahmen DRGs als Höchst- oder Richtpreise vor, so ergeben sich Verhandlungsspielräume und – damit einhergehend – Möglichkeiten für Unterschiede in der Erlössituation der Krankenhäuser. Zudem ist zu beachten, dass auch unter DRG-Bedingungen die Erlösbudgets der Krankenhäuser nicht völlig durch Entgeltkataloge determiniert sind. Schreyögg et al. (2006) schätzen den Anteil eines Krankenhausbudgets nach der DRG-Einführung, der auf Krankensebene frei verhandelbar ist (z. B. für besondere Arzneimittel) auf 20% (siehe auch Tiemann, Schreyögg, Busse, 2010).

## Ein Überblick über neuere Literatur zum Thema

Seit der Gründung der Forschungszentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder wurde es für die Wissenschaft erheblich erleichtert, auf Mikrodaten der amtlichen Statistik zuzugreifen (vgl. hierzu: Zühlke et al., 2005). Dies betrifft auch Mikrodaten der Krankenhäuser. Es ist auch diesem Umstand zu verdanken, dass in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Analysen unternommen werden konnten, die Krankenhäuser vergleichen. Tabelle 2 zeigt wesentliche Inhalte von neueren Studien (die jüngste wurde im Mai 2010 veröffentlicht), die das Themenfeld Krankenhäuserträgerschaft und Wirtschaftlichkeit (in einem breit verstandenen Sinne) unter verschiedenen Gesichtspunkten zum Gegenstand haben. Dieser Überblick kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Solch ein Anspruch wäre nur mittels einer systematischen Übersichtsarbeit einzulösen, eine solche würde jedoch den Rahmen dieses Beitrags bei weitem sprengen.<sup>6</sup> Die Tabelle zeigt, dass die meisten Arbeiten tatsächlich auf die Daten des Statistischen Bundesamts (StBA), d.h. die Mikrodaten der Forschungsdatenzentren zurückgreifen. Daneben hat das

<sup>6</sup> Mit systematischen Übersichtsarbeiten wird angestrebt, alle verfügbaren Studien zu einer bestimmten Fragestellung zu identifizieren und nach vorab definierten Kriterien auszuwerten (vgl. hierzu zum Beispiel: Velasco Garrido & Busse, 2004: 20). Neuere Studien erschienen nicht nur zu Fragestellungen, die die Wirtschaftlichkeit im Trägervergleich betreffen, sondern auch zu anderen Aspekten wie die Arbeitsbelastung von Ärzten (Pfaff et al., 2010), Bürgernutzen von Krankenhäusern (Deutsch et al., 2006) sowie zur Ergebnisqualität (Heller, 2009). Zudem gibt es eine Studie der Prognos AG im Auftrag des evangelischen und des katholischen Krankenhausverbandes zur Bedeutung der kirchlichen Krankenhäuser (Prognos AG, 2009). Zwar enthält diese Studie auch Aussagen zu Wirtschaftlichkeit, sie vergleicht allerdings lediglich die kirchlichen Krankenhäuser mit den anderen beiden Trägergruppen zusammengenommen und wird hier darum nicht weiter berücksichtigt.

**Tabelle 2: Aktuelle Studien, die Krankenhausträger hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit vergleichen**

Studie	Datengrundlagen/Methoden	Zeitraum/ Anzahl untersuchter Krankenhäuser	Zentrale Ergebnisse
Augurzky et al., 2008	Krankenhausdatenbank RWI Essen  Berechnung der Insolvenzwahrscheinlichkeit mittels Bilanzrating, multiple Regression	2005/2006  701	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser haben höhere Personalkosten je Vollzeitäquivalent als private oder freigemeinnützige Krankenhäuser.</li> <li>– 22% der öffentlich-rechtlichen, 16,6% der freigemeinnützigen und 13,5% der privaten Krankenhäuser haben ein hohes (liegen im roten Bereich) Insolvenzrisiko (Ergebnis des deskriptiven Vergleichs).</li> <li>– Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser haben eine signifikant höhere und private eine nicht signifikant höhere Ausfallwahrscheinlichkeit als freigemeinnützige Krankenhäuser (Ergebnis der multivariaten Analyse).</li> <li>– Einzelhäuser haben keine statistisch signifikant höhere Ausfallwahrscheinlichkeit als Klinikketten.</li> </ul>
Augurzky et al., 2009	StBA, WIdO  Deskriptiver Vergleich	2006  1817	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Höhere Wirtschaftlichkeit von privaten Krankenhäusern:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• geringere Sachkosten</li> <li>• geringere Personalkosten (jeweils in Relation zum Umsatz)</li> </ul> </li> <li>– Höhere Arbeitsproduktivität bei privaten Anbietern (Casemix-Punkte je Vollkraft)</li> <li>– Höhere Ertragskraft privater Krankenhäuser (EBITDA Marge)</li> <li>– Höhere Gewinne privater Krankenhäuser</li> </ul>
Hanneken et al., 2010	StBA  DKI Management Report  Deskriptiver Vergleich	2008  keine Angaben (StBA) <sup>1</sup>  108 (DKI Management Report)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kommunale und freigemeinnützige Krankenhäuser haben anteilig höhere Personalkosten als private Träger. Private Träger weisen höhere Sach- und Zinskosten auf (jeweils in Relation zu den Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser).</li> <li>– Die kommunalen Krankenhäuser weisen über alle Bettengrößenklassen hinweg höhere Personalkosten je Vollkraft und Fall auf als die anderen beiden Trägergruppen, die Sach- und Zinskosten der kommunalen Krankenhäuser liegen unter denen der privaten Häuser (bezogen auf Krankenhausfälle).</li> <li>– Sowohl die Eigenkapital- als auch die Gesamtkapitalrentabilität sind bei den privaten Krankenhäusern am höchsten.</li> </ul>
Herr, 2008	StBA  Stochastic Frontier Analysis	2001 – 2003  > 1.500	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die technische und die Kosteneffizienz der privaten und freigemeinnützigen Krankenhäuser ist niedriger als die der öffentlichen (bereinigte Kosten im Verhältnis zu verschiedenen erklärenden Variablen wie z. B. Anzahl Betten, Ärzte, sonstiges Personal, Risikoadjustierung mittels Verweildauer).</li> <li>– Das Ergebnis kann zum Teil mit den höheren Verweildauern in privaten Krankenhäusern erklärt werden.</li> </ul>
Herr et al., 2009	StBA, Krankenhausdatenbank RWI Essen  Stochastic Frontier Analysis	2002 – 2005  374	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sowohl private als auch freigemeinnützige Krankenhäuser sind weniger kosteneffizient als öffentliche Krankenhäuser (u.a.: Verhältnis von Kosten pro Arzt und nichtärztlichem Personal, Verwaltungs- und Materialkosten pro Bett zu verschiedenen erklärenden Variablen).</li> <li>– Private und freigemeinnützige Krankenhäuser sind profiteffizienter als öffentliche Krankenhäuser (Indikatoren für Profiteffizienz: EBITDA, EBIT, EAT).</li> </ul>
Röhmel, 2009	StBA  Data Envelopment Analysis	1994 – 2003  100 <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es gibt keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Effizienz zwischen den drei Trägergruppen (privat, freigemeinnützig, öffentlich).</li> <li>– Im Untersuchungszeitraum nahm die Effizienz der Krankenhäuser zu. Dabei zeigte sich bei den öffentlichen Krankenhäusern eine positivere Entwicklung als bei den privaten und den freigemeinnützigen Krankenhäusern.</li> </ul>
Tiemann & Schreyögg, 2009	StBA  Data Envelopment Analysis/ Regression	2002 – 2006  1.046	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Öffentliche Krankenhäuser sind effizienter als private und freigemeinnützige Krankenhäuser.</li> <li>– Das Ergebnis legt nahe, dass sich private Krankenhäuser in höherem Maße der Erzielung von Gewinnen widmen, während öffentliche wegen beschränkter Ressourcen den Fokus auf Inputeffizienz legen.</li> </ul>

<sup>1</sup> Die Studie vergleicht die Krankenhausträger nicht auf Individualdatenbasis, sondern in aggregierter Form nach Bettengrößenklassen. Somit unterscheidet sich diese Studie in einem wichtigen Punkt von den anderen hier betrachteten Untersuchungen.

<sup>2</sup> Es werden ausschließlich ostdeutsche Krankenhäuser untersucht.

Rheinisch-Westfälische Institut (RWI) für Wirtschaftsforschung eine eigene Datenbank zu Krankenhäusern aufgebaut. Der Krankenhaus Rating Report des RWI, der diese Daten verwendet und das Marktgeschehen beleuchtet sowie ein Rating der Krankenhäuser erstellt, erschien 2010 zum sechsten Mal. Tabelle 2 führt nur einen (Augurzky et al., 2008) dieser sechs Berichte auf, da diese im Wesentlichen die gleiche Methodik verwenden und zu den gleichen Ergebnissen gelangen. Die in der Tabelle wiedergegebenen Studien decken unterschiedliche Zeiträume ab und verwenden verschiedene Methoden. Trotzdem lassen sich zwei Schlussfolgerungen daraus ziehen. Zum einen scheint es kein eindeutiges Ergebnis zu geben, wenn verbrauchte Ressourcen ins Verhältnis zu erzielten Leistungen gesetzt werden: Manche Arbeiten kommen zu dem Ergebnis, dass die privaten Krankenhäuser am effizientesten sind, (Augurzky et al., 2009) andere dagegen sehen die öffentlichen Krankenhäuser auf dieser Position (Herr, 2008; Tiemann & Schreyögg, 2009). Dagegen kommen alle hier referierten und für diese Frage relevanten Studien zu dem Ergebnis, dass die Fähigkeit Gewinne zu erzielen, bei den privaten Krankenhäusern höher ist. Es ist bemerkenswert, dass sich ganz ähnliche Befunde zur Forschung über Krankenhausträgerunterschiede in den USA zeigen. Im Gesundheitswesen der USA gibt es, ganz ähnlich wie in Deutschland, eine Vielfalt von öffentlichen, freigemeinnützigen/nonprofit und privaten/erwerbswirtschaftlichen Krankenhausträgern. Schon recht früh wurden erwerbswirtschaftliche Träger zum Gegenstand öffentlicher wie wissenschaftlicher Debatten. So veröffentlichte bereits im Jahr 1986 das Institute of Medicine (ein wissenschaftliches Beratungsgremium, das dem deutschen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vergleichbar ist) einen umfassenden Be-

richt zur Rolle privater Träger im Gesundheitswesen. Dieser Bericht hatte nicht nur Krankenhäuser zum Gegenstand, sondern behandelte unter anderem auch den Pflegebereich oder die Rolle von privaten Trägern in der Forschung (Gray, 1986). Seither sind Hunderte wissenschaftliche Forschungsarbeiten auch in Bezug auf Krankenhäuser unternommen worden. Aufwändige Sichtungen dieser Literatur im Rahmen von systematischen Übersichtsarbeiten kommen bezüglich Wirtschaftlichkeit im Krankenhausträgervergleich<sup>7</sup> zu folgenden Ergebnissen:

- For-profit Krankenhäuser erzielen für die gleichen Leistungen höhere Erlöse und Gewinne als nonprofit Krankenhäuser.
  - Es gibt nur geringe Unterschiede in Bezug auf die anfallenden Kosten bzw. der Effizienz der Krankenhausträger. (Devereaux et al. 2004; Eggleston et al. 2008; Schlesinger, Gray 2006; Shen et al. 2007, vgl. für eine ausführliche Diskussion dieser Arbeiten: Wörz, 2009).
- Somit zeigen sich ganz ähnliche Resultate für den Krankenhausträgervergleich in einem Gesundheitssystem, das gänzlich anders organisiert ist als das deutsche. Offen bleibt hingegen die Frage, ob sich die hier für Deutschland beobachteten Ergebnisse auch nach dem Ende der Konvergenzphase zeigen werden, da durch das neue Vergütungssystem ein starker Druck hin zur Vereinheitlichung auf die Krankenhäuser ausgeübt wird. Diese Frage werden nur künftige Studien beantworten können. Infolgedessen wird die vergleichende Analyse von Krankenhausträgerunterschieden auch weiterhin ein interessantes Feld der Bearbeitung sein.

<sup>7</sup> Allerdings ist hinzuzufügen, dass die meisten dieser Literaturübersichten, die zur Verfügung stehen, nur private Krankenhäuser mit gemeinnützigen/nonprofit Krankenhäusern vergleichen, da öffentliche Krankenhäuser in den USA eine eher untergeordnete Rolle spielen.

## Literatur

Augurzky, B., Beivers, A., Neubauer, G., & Schwierz, C. (2009). *Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft*. Essen: RWI: Materialien Heft 52.

Augurzky, B., Budde, R., Kroplop, S., Schmidt, C. M., Schmidt, H., Schmitz, H., et al. (2008). *Krankenhaus Rating Report 2008. Qualität und Wirtschaftlichkeit*. Essen: RWI: Materialien: Heft 41. RWI Essen, HCB, ADMED.

Behar, B. I. (2009). *Horizontale Verbundstrukturen im deutschen Krankenhausmarkt. Potentiale, Prozesse und Praxis*. Wiesbaden: Gabler.

Devereaux, P. J., Heels-Ansdell, D., Lachetti, C., Haines, T., Burns, K. E. A., Cook, D. J., Ravindran, N., Walter, S. D., McDonald, H., Stone, S. B., Patel, R., Bhandari, M., Schunemann, H. J., Choi, P. T. L., Bayoumi, A. M., Lavis, J. N., Sullivan, T., Stoddart, G., & Guyatt, G. H. 2004. «Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis», *Canadian Medical Association Journal*, Jg. 170, H. 12, 1817-1824.

Deutsch, H., Ralfs, D., Knopp, U., Neubauer, G., & Beivers, A. (2006). *Gemeinutzanalyse Deutscher Kliniken. Public Service Value im Gesundheitswesen: Wer bietet wirklichen Bürgernutzen?* München: Accenture, Institut für Gesundheitsökonomik.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2004). *Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern – Stand: November 2004: Dezernat II Krankenhausfinanzierung und -planung*.

Eckardt, M. (2007). *Die Entwicklung des Krankenhausmarktes in den USA*. In B.-P. Robra, J. Klauber & H. Schellschmidt (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch*. Stuttgart, New York: Schattauer, 49-63.

Flintrop, J., & Osterloh, F. (2010). *Privatisierung von Krankenhäusern. Die nächste Welle kommt bestimmt*. *Deutsches Ärzteblatt*, 107(7), A802-A805.

Gray, B. H. (1986). *For-Profit Enterprise in Health Care. An Institute of Medicine Report*. Washington, D.C. National Academy Press.

Hanneken, A., König, S., Pulm, J., Schmaus, M., Steffen, P., & Blum, K. (2010). *Das erfolg-*

- reiche kommunale Krankenhaus. *Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag des Interessenverbandes kommunaler Krankenhäuser e.V. (IVKK)*. Berlin, Düsseldorf: Interessenverband kommunaler Krankenhäuser, Deutsches Krankenhaus Institut.
- Heller, G. (2009). *Der Einfluss von strukturellen klinikspezifischen Variablen auf die Qualität der Krankenversorgung*. In J. Klauber, M. Geraedts & J. Friedrich (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2010. Krankenhausversorgung in der Krise?* Stuttgart: Schattauer, 255-271.
- Herr, A. (2008). *Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter?* *Health Economics*, 17(9), 1057-1071.
- Herr, A., Schmitz, H., & Augurzyk, B. (2009). *Does Higher Cost Inefficiency Imply Higher Profit Inefficiency? Evidence on Inefficiency and Ownership of German Hospitals*. Essen: Ruhr Economic Papers # 132.
- Jeurissen, P. (2010). *For-Profit Hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western countries*. Doctoral thesis. Erasmus University Rotterdam.
- Jordan, E. (2007). *Probleme und Perspektiven öffentlicher Krankenhäuser*. In B.-P. Robra, J. Klauber & H. Schellschmidt (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch*. Stuttgart, New York: Schattauer, 163-176.
- ohne Verfasser (2005). *Deutsches Krankenhaus Adressbuch 2005*. Freiburg i. Br.: Rombach Druck + Verlagshaus.
- Pfaff, H., Hammer, A., Ernstmann, N., Ommen, O., Günster, C., & Heller, G. (2010). *Arbeitsbelastung in Krankenhäusern. Die Sicht ärztlicher Direktoren*. *Deutsches Ärzteblatt*, 107(16), A752-A753.
- Prognos AG (2009). *Kirchliche Krankenhäuser – wertorientiert, innovativ, wettbewerbsstark. Studie zu Beitrag und Bedeutung kirchlicher Krankenhäuser im Gesundheitswesen in Deutschland im Auftrag des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e.V. (DEVK) und des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands e.V. (KKVD)*. Basel.
- Roeder, N. (2004). *Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2005. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft*. Münster: DRG-Research-Group. Universitätsklinikum Münster.
- Röhmel, J. (2009). *Effizienzmessung im Gesundheitswesen. Eine Analyse der Effizienz ostdeutscher Krankenhäuser*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Schlesinger, M. & Gray, B. H. 2006, «Non-profit Organizations and Health Care: Some Paradoxes of Persistent Scrutiny», in *The Nonprofit Sector. A Research Handbook*, 2. Auflage, W. W. Powell & R. Steinberg (Hrsg.), Yale University Press, New Haven and London, 378-414.
- Schreyögg, J., Tiemann, O., & Busse, R. (2006). *Cost accounting to determine prices: How well do prices reflect costs in the German DRG-system?* *Health Care Management Science*, 9(3), 269-279.
- Shen, Y.-C., Eggleston, K., Lau, J., & Schmid, C. H. 2007, «Hospital Ownership and Financial Performance: What Explains the Different Findings in the Empirical Literature?», *Inquiry*, Jg. 44, 41-68.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.) (2002). *Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland – Stand 31. 12. 2000*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (CD-Rom).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.) (2005). *Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland – Stand 31. 12. 2003*. Excel-Datei (erhalten via Download).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.) (2006). *Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland – Stand 31. 12. 2004*. Excel-Datei (erhalten via Download).
- Tecklenburg, A., Schaefer, O., & Bömeke, C. (2006). *Separate Vergütung für Patienten mit Extrem-Kosten. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus: F & W*, 23(2), 148-152.
- Tiemann, O., & Schreyögg, J. (2009). *Effects of Ownership on Hospital Efficiency in Germany*. *Business Research Official Open Access Journal of VHB*, 2(2), 115- 145.
- Tiemann, O., Schreyögg, J., & Busse, R. (2010). *Which type of hospital ownership has the best performance? New Evidence from Germany*. *Eurohealth*, 16 Jg. (im Erscheinen).
- Velasco Garrido, M., & Busse, R. (2004). *Förderung der Qualität in deutschen Krankenhäusern? Eine kritische Diskussion der ersten Mindestmengenvereinbarung*. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 58(5-6), 10-20.
- Wissenschaftsrat (2005). *Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen*. Drs. 6913-05. Bremen, 11. 11. 2005.
- Wörz, M. (2008). *Erlöse – Kosten – Qualität: Macht die Krankenhausträgerschaft einen Unterschied? Eine vergleichende Untersuchung von Trägerunterschieden im akutstationären Sektor in Deutschland und den Vereinigten Staaten von Amerika*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Wörz, M. (2009). *Unterschiedliche Träger von Krankenhäusern in den USA*. In N. Böhlke, T. Gerlinger, K. Mosebach, R. Schmucker & T. Schulten (Hrsg.), *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten*. Hamburg: VSA-Verlag, 66-80.
- Zühlke, S., Zwick, M., Scharnhorst, S., & Wende, T. (2005). *Die Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder ZA-Information*, 56, 168-182.

---

**Autor:**  
**Dr. Markus Wörz**  
**Wissenschaftszentrum Berlin**  
**für Sozialforschung**  
**Reichpietschufer 50**  
**10785 Berlin**

Lutz Reimers

# Zu einem effizienzorientierten Umgang mit dem medizinisch-technischen Fortschritt

Die Diskussion zum medizinisch-technischen Fortschritt hat mit den Plänen des neuen Gesundheitsministers, bei innovativen Arzneimitteln Vertragsverhandlungen zwischen den Kassen und den Herstellern vorzuschreiben, wieder an Aktualität gewonnen. Auch die Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes hängt maßgeblich von der Frage ab, wie mit neuen Technologien im Gesundheitswesen umgegangen wird. Der medizinisch-technische Fortschritt gilt schließlich als einer der maßgeblichen Bestimmungsfaktoren für den Anstieg der Gesundheitsausgaben.

**Z**iel dieses Beitrags ist es, das Verständnis des medizinisch-technischen Fortschritts zu verbessern und einen Beitrag zur schrittweisen Rationalisierung seiner gesundheitspolitischen Behandlung zu leisten. Wichtige Zwischenschritte sind dabei die Diskussion ökonomischer Erklärungsansätze zur Entstehung, Art und Verbreitung des medizinisch-technischen Fortschritts, die Betrachtung zentraler institutioneller Regelungsbereiche sowie die Analyse der Allokationswirkungen unterschiedlicher Finanzierungs- und Vergütungsformen.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Der Beitrag ist eine ausschnittartige Zusammenfassung der Dissertation „*Medizinisch-technischer Fortschritt: Theoretische Grundlagen, Regelungsbereiche, Finanzierung und Vergütung – Eine ökonomische Untersuchung am Beispiel des deutschen und des US-amerikanischen Gesundheitssystems*“ des Autors. Die Arbeit ist 2009 in der Schriftenreihe Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft (Band 27) im Nomos-Verlag erschienen. Sie entstand während der wiss. Mitarbeit des Autors am Fachgebiet für Finanzwissenschaft u. Gesundheitsökonomie der TU Berlin (Prof. Henke). Der Beitrag spiegelt ausschließlich die persönliche Ansicht des Verfassers wider.

## 1. Zum Begriff „medizinisch-technischer Fortschritt“

Außerhalb des Gesundheitswesens sind mit dem Begriff „technischer Fortschritt“ ausgesprochen positive Bewertungen verbunden. Fortschritt wird als produktivitäts- und wachstumssteigernd und damit letztlich als wohlfahrtserhöhend betrachtet. Die Bewertungen zum medizinisch-technischen Fortschritt sind weniger eindeutig. Zwar erhoffen sich einerseits viele eine Steigerung von Lebensqualität und/oder -erwartung, andererseits wird er – neben der demografischen Entwicklung – für steigende Ausgaben im Gesundheitswesen verantwortlich gemacht.

Unter medizinisch-technischem Fortschritt wird hier der dreiphasige Prozess aus Invention, Innovation und Diffusion im Gesundheitswesen verstanden. Innovation meint die erste kommerzielle Nutzung eines Produkts, Prozesses oder einer organisatorischen Neuerung. Der medizinisch-technische Fortschritt kann in den Teilbereichen pharmakologischer Fort-

schrift (zum Beispiel neue Krebsmedikamente), als medizinischer Fortschritt in Diagnose und Therapie (zum Beispiel minimalinvasive Chirurgie oder neue Formen der Organtransplantation), als medizintechnischer Fortschritt (zum Beispiel neue bildgebende Verfahren) oder als organisatorischer Fortschritt (zum Beispiel neue Versorgungs- oder Vergütungsformen) entwickelt werden.<sup>2</sup> Dabei sind jeweils unterschiedliche Kombinationen von Faktoreinsatz (Gesundheitsausgaben) und Ergebnis (Lebensqualität und -erwartung) denkbar.<sup>3</sup> So handelt es sich um Fortschritt, wenn mit konstantem Faktoreinsatz ein verbessertes Ergebnis erreicht wird (Punkt A in der nachstehenden Abbildung), wenn ein verringerter Faktoreinsatz ein unverändertes Ergebnis erzielt (Punkt B) oder wenn ein verringerter Faktoreinsatz ein verbessertes Ergebnis ermöglicht (Punkt C).

## 2. Theoretische Grundlagen zum medizinisch-technischen Fortschritt

Einem wohlfahrtsökonomischen Ansatz folgend kann die Rechtfertigung einer eigenständigen theoretischen Betrachtung

<sup>2</sup> GVG (2006): Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts – Entwicklung von Bewertungskriterien, Stellungnahme der GVG, Nr. 317, Köln.

<sup>3</sup> Vgl. auch Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997): Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. II, Sondergutachten, Kurzfassung, Baden-Baden.

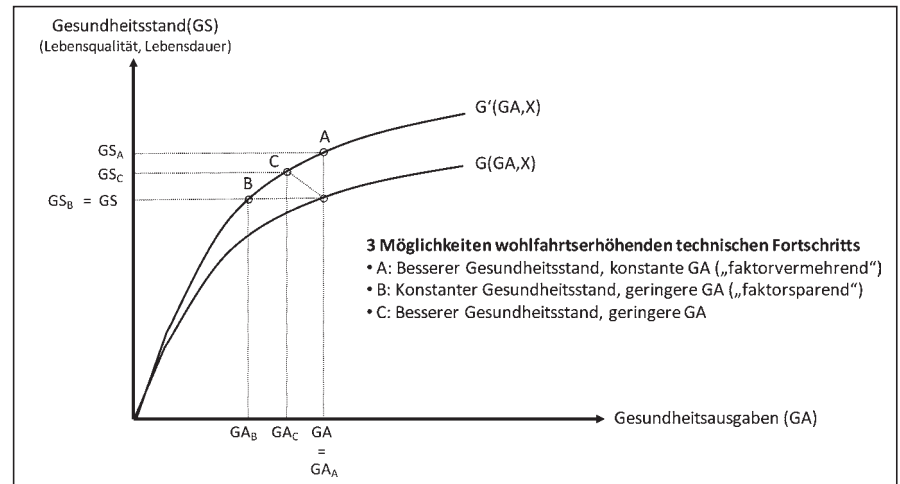
## ÜBERSICHT

des medizinisch-technischen Fortschritts (und der zahlreichen staatlichen Markteingriffe) zunächst aus seinen ökonomischen Eigenschaften abgeleitet werden. Punkt für Punkt lassen sich die Gründe für potentielles Marktversagen durchgehen und jeweils ihre Relevanz für den medizinisch-technischen Fortschritt aufzeigen. Neue Impfstoffe können externe Effekte bewirken, medizinisch-technische Grundlagenforschung weist Eigenschaften eines öffentlichen Gutes auf, bei medizintechnischen Großgeräten und pharmazeutischen Laboren können Unteilbarkeiten als Vorstufen eines natürlichen Monopols auftreten und Informationsasymmetrien z. B. zwischen Arzt und Patient sowie Verhandlungs- und administrierte Preise verletzen Annahmen der vollkommenen Konkurrenz. Betrachtet man nun ausgewählte Ansätze zur Entstehung, Art und Verbreitung von Gütern des medizinisch-technischen Fortschritts, zeigt sich, dass es zu Allokationsverzerrungen kommt. Einfach formuliert gibt es überproportional viele kostenintensive Produktinnovationen und zu wenig faktorsparende Prozessinnovationen. Außerdem kommt es zu einer „zu großen“ Verbreitung des Fortschritts, woraus gesamtwirtschaftliche Wohlfahrtsverluste resultieren können. Dieser Schluss ergibt sich z. B. aus den folgenden Erklärungsansätzen:

1. Neue Technologien werden häufig ergänzend oder zusätzlich zu bestehenden Technologien eingesetzt und verdrängen diese nicht („Add-on-Effekt“).<sup>4</sup> Beispiele sind der parallele Betrieb von alten und neuen bildgebenden Großgeräten oder Doppeluntersuchungen mit MR-Tomographen und Sonographie.

<sup>4</sup> Siehe z. B. Bantle R. (1996): Determinanten der Innovation und Diffusion des medizinisch-technischen Fortschritts, Schriften zur Gesundheitsökonomie Nr. 15, Bayreuth und Meyer, D. (1994): Gesundheitspolitik und Steuerung des medizinisch-technischen Fortschritts, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Nr. 213, S. 148-165.

**Abbildung 1 – Technischer Fortschritt als Kombination von Gesundheitsausgaben und Gesundheitsstand.**



2. Vermehrter Krankenversicherungsschutz fördert wohlfahrtssenkende, kostenverursachende Innovationen.<sup>5</sup> Außerdem kann es einen wechselseitigen zirkulären Zusammenhang zwischen Krankenversicherungsschutz und dem medizinisch-technischem Fortschritt (z. B. über politökonomischen Druck für größere Leistungskataloge) geben.<sup>6</sup>
3. Imitationen von neuen Technologien (und damit deren schnellere Diffusion) sind bei fachlichen und politischen Entscheidungen grundsätzlich leichter möglich als bei Marktbewertungen. Beim medizinisch-technischen Fortschritt sind derartige Entscheidungen häufiger als in anderen Fortschrittsbereichen.<sup>7</sup>
4. Das parallele Bestehen einer gesetzlichen mit einer privaten Krankenvoll-

<sup>5</sup> Goddeeris JH (1984): Insurance and Incentives for Innovation in Medical Care, in: Southern Economic Journal 51, p. 536.

<sup>6</sup> Weisbrod, B.A. (1991): The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment, in: Journal of Economic Literature, Vol. XXIX, p. 524, 530.

<sup>7</sup> Nelson, R.R. / Winter, S.G. (1982): An Evolutionary Theory of Economic Change, London, p. 270.

versicherung kann zu einem überproportional großen Leistungskatalog bei „zu hohen“ Beitragssätzen in der gesetzlichen Krankenversicherung führen.<sup>8</sup>

5. Juristische Haftungsrisiken bei Kunstfehlern, technologische Imperative<sup>9</sup> und Drang nach professioneller Anerkennung bei Ärzten kann zu einer schnelleren Verbreitung neuer Technologien führen.

### 3. Regelungsbereiche des medizinisch-technischen Fortschritts

Will man zu einer einigermaßen realistischen Einschätzung des medizinisch-technischen Fortschrittsprozesses kommen, ist eine Betrachtung der maßgeblichen gesundheitspolitischen Institutionen unerlässlich. Abbildung 2 zeigt die idealtypische Umsatzkurve einer medizin-

<sup>8</sup> Hauck, K./Smith, P.C./Goddard, M. (2004): The Economics of Priority Setting for Health Care: A Literature Review, The World Bank, Health Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, Washington, p. 54-56.

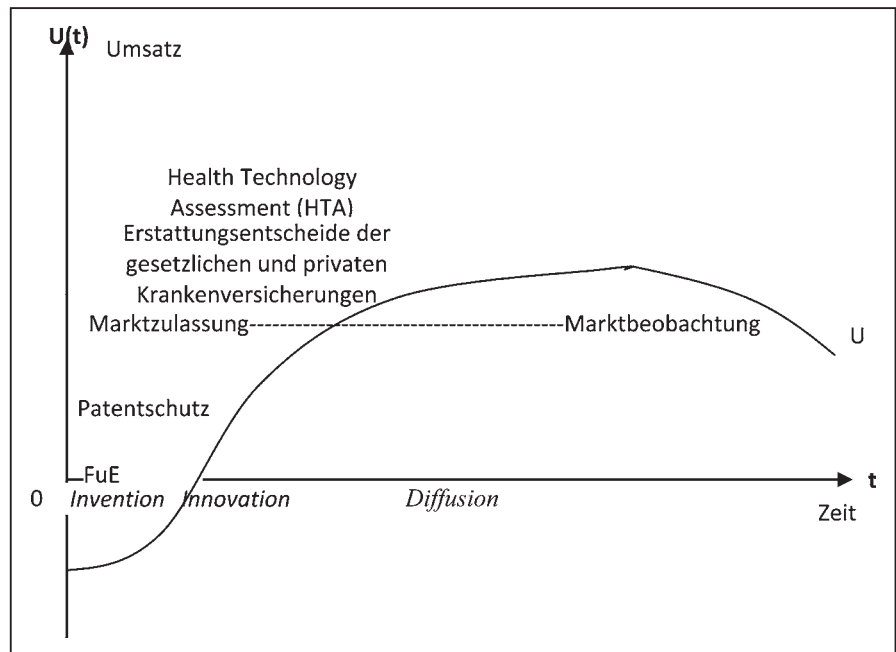
<sup>9</sup> Lyttkens CH (1999): Imperatives in Health Care: Implications for Social Welfare and Medical Technology, in: Nordic Journal of Political Economy, Vol. 25, pp. 96ff.

technischen Innovation im Zeitablauf. Für die Entstehung und Verbreitung der Innovation spielen mindestens vier öffentliche Regelungsbereiche eine entscheidende Rolle. Während Patentschutz und – mit Abstrichen – Marktzulassung in der Inventionsphase wirken, kommen Erstattungsentscheide und die in deren Rahmen zunehmend durchgeführten Health Technology Assessments (HTA) in der Innovationsphase zum Tragen. Unter Erstattungsentscheiden werden hier sowohl die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zum Leistungskatalog der GKV als auch die Entscheide privater Krankenversicherungen über die zu erstattenden Leistungen verstanden.

Der Patentschutz verschafft Unternehmen temporäre Monopolstellungen und ermöglicht ihnen so die Refinanzierung der Ausgaben für Forschung und Entwicklung. Viele deutsche Unternehmen melden ihre Patente direkt beim Europäischen Patentamt (EPA) an. Das Deutsche Patent- und Markenamt vergibt zwar weiter unabhängig vom EPA Patente, allerdings kann mit einem europäischen Patent durch ein einziges Verfahren Schutz in mehreren Ländern erlangt werden.<sup>10</sup> Darüber hinaus werden auch bei anderen nationalen Patentämtern (z. B. in den USA oder Japan) Patente beantragt. Das Patentrecht weist bei Innovationen im Gesundheitswesen einige Besonderheiten im Vergleich zu anderen Technologiebereichen auf. So existieren beispielsweise patentverlängernde Schutzzertifikate für Arzneimittel, um zu verhindern, dass die Patentdauer de facto durch den Zeitraum zwischen Patentanmeldung und Zulassung verringert wird. Ein weiteres Spezifikum ist die Aussetzung der Wirkung des Patentschutzes für Studien und Versuche, die zur Erlangung

<sup>10</sup> Siehe auch Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (Hrsg.) (2007): Patentschutz und Innovation, Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats, Berlin, S. 2.

**Abbildung 2 – Regelungsbereiche im medizinisch-technischen Fortschrittsprozess.**



der Zulassung von Arzneimitteln erforderlich sind. Schließlich sind im europäischen (und deutschen) Patentrecht medizinische Verfahren nicht patentierbar.<sup>11</sup> Die ökonomische Wirkung des Patentschutzes ist bei medizintechnischen Produkten schwächer als bei pharmazeutischen Innovationen. Medizintechnische Patente können in der Regel Wettbewerber nicht langfristig von der Entwicklung ähnlicher medizintechnischer Innovationen abhalten und sind leichter zu umgehen.<sup>12</sup> Dies liegt auch an den kürzeren Entwicklungszeiten für medizintechnische Geräte. So erzielen etwa die medizintechnischen Unternehmen fast 25% ihres Umsatzes mit Produkten, die nicht älter als zwei Jahre sind.<sup>13</sup> Die bloße

<sup>11</sup> Vgl. Meyer, D. (1993): Technischer Fortschritt im Gesundheitswesen – Eine Analyse der Anreizstrukturen aus ordnungstheoretischer Sicht, Tübingen, S. 34.

<sup>12</sup> Gold, R. / Diller, W. (2007): Healthcare: Products & Supplies, Standard & Poor's Industry Surveys, New York, p. 18.

<sup>13</sup> Spectaris (2004): Branchenbericht – Die optische, medizinische und mechatronische Industrie in Deutschland, Bonn, S. 6.

Geschwindigkeit des Fortschritts führt hier also bereits zur Verdrängung bestehender Technologien und kann auch nicht durch ihren Patentschutz aufgehalten werden.

Bei der Zulassung handelt es sich um einen besonders stark regulierten Bereich, bei dem die Überprüfung der technisch-physikalischen (bei Medizinprodukten) oder der chemisch-biologischen (bei Arzneimitteln) Sicherheit, Eignung und Qualitätsstandards von Innovationen im Mittelpunkt steht.<sup>14</sup> Die Bestimmungen unterscheiden sich je nachdem, ob es sich um neue Medizinprodukte oder neue Arzneimittel handelt. Die wesentlichen Zulassungsregeln für Medizinprodukte und Arzneimittel sind mittlerweile weitgehend durch europäische Richtlinien harmonisiert. Auf nationaler Ebene durchgeführt

<sup>14</sup> Vgl. auch Wörz, M. / Perleth, M. / Schöffski, O. / Schwartz, F.W. (2002): Innovative Medizinprodukte im deutschen Gesundheitswesen – Wege und Verfahren der Bewertung im Hinblick auf Regelungen zur Marktzulassung und Kostenübernahme von innovativen Medizinprodukten, Baden-Baden, S. 21.

## ÜBERSICHT

wird die Zulassung durch das Paul-Ehrlich Institut und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).<sup>15</sup> Die Verfahren zur Übernahme in die Erstattung durch gesetzliche oder private Krankenversicherungen bilden den wichtigsten Regelungsbereich für medizintechnische Innovationen. Durch die vollkommene oder anteilige Kostenübernahme neuer Technologien gehen starke Anreize für ihre Anwendung und Verbreitung aus. Zur Verdeutlichung der Erstattungswege sind vor allem zwei Aspekte relevant: Betrachtet man erstens die im Gesundheitsmarkt vorhandenen Innovationen als Ergebnis ökonomischer Anreize, wird deutlich, dass es neben dem sozialversicherungsrechtlich bestimmten Idealweg einer Innovation in den Gesundheitsmarkt („formaler Erstattungsweg“) über den G-BA auch zur faktischen Erstattung von Neuerungen durch bestehende Abrechnungsmöglichkeiten kommen kann. Zweitens hängt die Ausgestaltung des formalen Erstattungswegs darüber hinaus von der Art der jeweiligen medizinisch-technischen Innovation ab. Zur faktischen Erstattung neuer medizinischer Technologien in den Gesundheitsmarkt kann es z. B. kommen, wenn der Gebrauch eines neuen medizintechnischen Geräts von niedergelassenen Ärzten über eine bestehende EBM- bzw. GOÄ-Ziffer oder über Analogziffern abgerechnet wird. Sind diese niedriger als die tatsächlichen Kapital- und Gebrauchskosten bewertet, besteht für Leistungserbringer ein Anreiz, den Einsatz der neuen Technologie auszuweiten, um die höheren Investitionskosten finanzieren zu können (z. B. durch Anwendung auf zusätzliche Altersklassen oder weitere medizinische Indikationen).<sup>16</sup> Im Er-

gebnis kann sich eine Innovation dadurch sogar schneller und weiter ausbreiten als im Falle einer eigenen – die Kapital- und Gebrauchskosten korrekt bewertenden – Gebührensiffer.

Der zweite Weg zur Erstattung führt für neue Technologien über formale Entscheide in der GKV und in den privaten Krankenversicherungen. Schließlich soll im Rahmen der GKV eine kontinuierliche Anpassung der erstattungsfähigen Leistungen an den jeweiligen Stand der Technik erfolgen. In der PKV ist die Erstattung neuer Technologien Teil des privatrechtlichen Versicherungsvertrags zwischen Versicherung und Versichertem. In der Regel enthalten die Versicherungsbedingungen in ihrem allgemeinen Teil eine abstrakte Beschreibung der Leistungen, die den jeweiligen „Stand der Technik“ beinhalten dürfte.

Die formalen Erstattungsentscheide der GKV spielen schon wegen ihrer Dominanz im Krankenversicherungsmarkt eine herausragende Rolle. Die GKV beeinflusst zudem auch mittelbar erstattungsfähige Leistungen privater Krankenversicherungen. Die erstattungsfähigen Leistungen der GKV stehen ihrer Aufgabe nach in einem ständigen Anpassungsprozess an die dynamische Technologieentwicklung. Je nach Art der zu Grunde liegenden Innovation unterscheiden sich die Wege bis zur Erstattung jedoch erheblich.<sup>17</sup> Handelt es sich um den großen Bereich von Innovationen, die durch medizinische oder chirurgische Verfahren zur Anwendung kommen, ist es entscheidend, ob eine Innovation im ambulanten oder im stationären Sektor eingesetzt werden soll. Im Gegensatz dazu werden Innovationen im sehr heterogenen Bereich der Hilfsmittel (z. B. Seh- und

Hörhilfen, Prothesen und Orthesen, Rollstühle, Beatmungsgeräte aber auch Gegenstände, die in der häuslichen und beruflichen Umgebung Verwendung finden) direkt und sektorunabhängig erstattet. Entscheidend für die Erstattung durch die GKV ist die Aufnahme in das gem. § 139 SGB V vom Spitzenverband Bund herausgegebene Hilfsmittelverzeichnis. Das mit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 eingeführte Verzeichnis hat marktsteuernde Wirkung, da der Ausschluss bzw. die Nichtaufnahme für die Hilfsmittelhersteller aufgrund der am Verzeichnis orientierten Verwaltungspraxis der Vertragsärzte den Zugang zum Markt weitgehend versperrt. Wiederum eine andere Rolle spielen formale Erstattungsentscheide bei medizintechnischen Großgeräten. Wegen der dualen Krankenhausfinanzierung tragen sie hier nur zur Refinanzierung der Gebrauchskosten bei. Für die Verbreitung von Großgeräten im stationären Sektor kommt es stattdessen auch auf ihre Investitionsfinanzierung aus öffentlichen Mitteln der Bundesländer an.

Die Bewertung von Gesundheitstechnologien ist in Deutschland im Grunde erst durch die Gründung des IQWiG mit dem GMG 2004 ein wichtiger Bestandteil ihrer Regelungen geworden.<sup>18</sup> Vorher hatte es eine erste gesetzgeberische Aktivität im Jahr 2000 (GKV-Reformgesetz) gegeben, als das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) mit der Einrichtung eines Informationssystems HTA zur Bewertung medizinischer Prozesse und Verfahren beauftragt wurde. Nach dem GMG 2004 folgte dann mit dem GKV-WSG 2007 in § 35b SGB V die Erweiterung des IQWiG-Auftrags um Kosten-Nutzen-Bewertungen bei

<sup>15</sup> Vgl. z. B. Busse R und Riesberg A. (2005): Gesundheitssysteme im Wandel – Deutschland, Kopenhagen, S. 156f.

<sup>16</sup> Zur Mengenausweitung vgl. z. B. Cutler D.M. /

Huckman R.S. (2003): Technological Development and Medical Productivity: The Diffusion of Angioplasty in New York State, in: Journal of Health Economics, Vol. 22, pp. 187-217.

<sup>17</sup> Vgl. Wörz et al. (2002), S. 24.

<sup>18</sup> Zur Entwicklung siehe z. B. Perleth (2003): Evidenzbasierte Entscheidungsunterstützung im Gesundheitswesen – Konzepte und Methoden der systematischen Bewertung medizinischer Technologien in Deutschland, Berlin, S. 173f.

neu zugelassenen und patentgeschützten sowie anderen wichtigen Arzneimitteln.<sup>19</sup> Die Bewertung dient dann als Grundlage für die Festsetzung eines Höchstbetrags bis zu dem die Krankenkassen die Kosten tragen (§ 31 Abs. 2a SGB V) oder für Verordnungsausschlüsse.

Das HTA wird vom G-BA grundsätzlich als Hilfe für Erstattungsentscheide und zur Konkretisierung der allgemeinen sozialrechtlichen Kriterien („Nutzen, medizinische Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit“) herangezogen. Die vom IQWiG verwandten wissenschaftlichen Grundlagen im Rahmen seiner Aufgabe der Erforschung und Bewertung des medizinischen Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit von Leistungen sind in seinen beiden Papieren zu „Allgemeinen Methoden“ und den gesundheitsökonomischen Methoden zur Bestimmung von Kosten und Nutzen erläutert.<sup>20</sup> Im letzteren wird u.a. das Konzept der sog. Effizienzgrenze vorgeschlagen.<sup>21</sup>

#### 4. Finanzierung

Die sich aus den theoretischen Ansätzen ergebenden Anreize für eine verzerrte Produktion des medizinisch-technischen Fortschritts in Richtung kostenintensiver Produktinnovationen und beschleunigter Diffusion werden durch zahlreiche empirische Studien bestätigt. Das gilt sowohl für Studien, die den medizinisch-technischen Fortschritt als unerklärbare Restgröße, also als Residuum, messen<sup>22</sup>, als

auch für solche, die sich ihm mittels eines Proxies annähern<sup>23</sup> oder ihn anhand von Beispielen konkretisieren<sup>24</sup>. Danach ist der medizinisch-technische Fortschritt ein wesentlicher Bestimmungsfaktor für die gesamtwirtschaftlichen Gesundheitsausgaben. Daraus ergeben sich Herausforderungen für die Mittelaufbringung, also die Finanzierung der Gesundheitsausgaben.

Als Finanzierungsformen kommen prinzipiell Steuerfinanzierung, Sozialversicherungen, private Versicherungen und private Ausgaben in Betracht. Sie unterscheiden sich bei ihren Anreizwirkungen auf den medizinisch-technischen Fortschritt hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf den Zugang zum medizinisch-technischen Fortschritt, der Verteilung von Risiken und ihrer Anwendbarkeit für verschiedene Gegenstände und Produkte des medizinisch-technischen Fortschritts.<sup>25</sup>

Bei einer Steuerfinanzierung hängt z.B. die distributive Belastung vom Verlauf des jeweiligen Steuertarifs ab. Die Verfüg- und Erreichbarkeit medizinisch-technischer Kapazitäten kann durch regional-

und strukturpolitische Ziele beeinflusst werden. In der Regel besteht sowohl allgemeiner Zugang in den geförderten Einrichtungen als auch allgemeiner Zugang zur Förderung für die Einrichtungen. Die Risiken sind breit über die Steuerpflichtigen verteilt, wenn die Ausgaben für allgemein zugängliche Medizintechnik eingesetzt werden. Besonders geeignet ist die Steuerfinanzierung bei medizinisch-technischen Infrastruktur- und Kapitalinvestitionen (z.B. Krankenhausausrüstung und Großgeräte) sowie zur Forschungsfinanzierung.

Bei einer Finanzierung über Sozialversicherungen werden Arbeitnehmer und -geber ökonomisch belastet, wobei letztere ihren Beitragsanteil bei wettbewerblichen Arbeitsmärkten über geringere Löhne auf die Arbeitnehmer überwälzen können. Die Beitragsfinanzierung hat eine leicht regressive Wirkung, da mit steigenden Einkommen der Anteil des Arbeitseinkommens am Gesamteinkommen sinkt und die Beitragsbemessungsgrenze entsprechend wirkt. Der Zugang zu beitragsfinanzierter Medizintechnik hängt davon ab, welcher Anteil der Bevölkerung über die soziale Krankenversicherung versichert ist. Die Größe des Versichertenkreises beeinflusst auch die Verteilung der Risiken. Prinzipiell lassen sich alle Bestandteile der Medizintechnik von der Krankenhaus- und Praxisausrüstung über Großgeräte bis zu Ge- und Verbrauchsgütern über Sozialversicherungen finanzieren.

Die ökonomische Belastung durch risikoorientierte Prämien bei privaten Versicherungen entspricht dem erhaltenen Vorteil (Äquivalenzprinzip). Die Prämien wirken zudem durch den positiven Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit regressiv. Der Zugang zu durch private Versicherungen finanzierter Medizintechnik ist zunächst auf das Versicherungs kollektiv beschränkt. Zugangserweiternde Effekte sind durch positive gesamtwirt-

ausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt – Eine Regressionsanalyse, in: Jahrbücher für Nationalökonomie u. Statistik, Bd. 220, S. 1-17; Newhouse, J.P. (1992): Medical Care Costs: How much welfare loss?, in: Journal of Economic Perspectives, Vol. 6, pp. 3-21.

<sup>23</sup> Vgl. etwa Peden / Freeland (1998): Insurance Effects on U.S. Medical Spending (1960-1993), in: Health Economics, Vol. 7, pp. 671-687.

<sup>24</sup> Cutler, D.M. / Mc Clellan, C. (2001): Is Technological Change in Medicine Worth it?, in: Health Affairs, Vol. 20, pp. 11-29. Siehe auch Henke, K.-D. / Reimers, L. (2006): Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben, Diskussionspapier Nr. 08, Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation der Technischen Universität Berlin, Berlin.

<sup>25</sup> Siehe auch Roberts M.J., Hsiao W., Berman P., and M.R. Reich (2004), Getting Health Reform Right – A Guide to Improving Performance and Equity, Oxford, p. 160; Zum Begriff des Zugangs siehe Lisac, M. / Reimers, L. / Henke, K.-D. / Schlette, S. (2010): Access and Choice – Competition under the Roof of Solidarity in German Health Care. An analysis of health policy reforms since 2004, in: Journal of Health Economics, Policy and Law, Vol. 5, No. 1, p. 33.

<sup>19</sup> Vgl. Reimers, L. (2006): Die Gesundheitsreform 2006 aus wirtschaftspolitischer Sicht, in: Wirtschaftsdienst – Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Heft 9, S. 592.

<sup>20</sup> IQWiG (2008): Allgemeine Methoden – Version 3.0 vom 27.05.2008, Köln und IQWiG (2009): Allgemeine Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten – Version 1.0 vom 12.10.2009, Köln.

<sup>21</sup> Siehe dazu John, J. (2009): Neue Wege der Kosten-Nutzen-Bewertung in der Medizin?, in: G+G Wissenschaft, Februar, S. 7-14.

<sup>22</sup> Z.B. Breyer, F. / Ulrich, V. (2000): Gesundheits-

schaftliche Auswirkungen der Altersrückstellungen, Entlastung steuer- oder sozialversicherungsfinanzierter medizinisch-technischer Kapazitäten oder Wettbewerbseffekte auf die Leistungskataloge anderer Versicherungen denkbar. Die Verteilung der Risiken findet nur innerhalb der Versichertengemeinschaft statt, und es liegen versicherungstypische Anreize zu adverser Selektion vor. Private Versicherungen können wiederum zur Finanzierung der gesamten Bandbreite medizinisch-technischer Güter genutzt werden. Private Ausgaben können als Selbstbeteiligung, Zuzahlung bzw. Nutzergebühren und Selbstbehalt auftreten. Generell kommt es aus ökonomischer Sicht zu einem Trade-Off zwischen dem erwünschten Lenkungseffekt und negativen Auswirkungen eines möglichen Rückgangs der Inanspruchnahme. Entscheidend dafür, ob sich schädliche Gesundheitswirkungen einstellen, ist die jeweilige Preiselastizität der Nachfrage. Diese dürfte sowohl von der Art der Medizintechnik (z.B. geringer bei Medizintechnik für akute Behandlungen und höher bei Präventionstechnologien) als auch von soziodemographischen Faktoren (Alter, Einkommen) abhängen. Selbstbeteiligungen wirken regressiv und können eine hohe Last für untere Einkommensgruppen darstellen. Risiken werden nicht gepoolt und sind vom Individuum zu tragen. Als Finanzierungsinstrument für Gegenstände des medizinisch-technischen Fortschritts bieten sich Eigenbeteiligungen vor allem bei medizinischen Einmalprodukten, nicht aber bei sehr teurer Medizintechnik an. Zudem sollten sie vor allem bei Technologien mit geringem Grenznutzen eingesetzt werden.

### 5. Vergütung

Vergütung meint die Verwendung der aufgebrauchten Mittel. Das Verhalten medizinischer Leistungsanbieter kann sehr gut durch die (kontinuierlich wirkenden) öko-

nomischen Vergütungsanreize erklärt werden. Abhängig von der Verteilung finanzieller Risiken können sich die Anreize dabei auf Mengen, Qualität, Effizienz, Leistungsverschiebungen, Patientenauswahl oder die ökonomische Bewertung der Leistungen auswirken.<sup>26</sup>

Hier sind vor allem die speziellen Allokationswirkungen von Vergütungssystemen für die Entstehung, Art und Verbreitung des medizinisch-technischen Fortschritts von Interesse. Zur Illustration der Anreizewirkungen ist eine Unterscheidung in direkte und indirekte Einflusskanäle zweckmäßig. Unter direkten Einflusskanälen lassen sich Niveaueffekte (Höhe von Vergütungssätzen), Struktureffekte (Verhältnis der Vergütungssätze zueinander) und Effekte, die aus dem Leistungsdefinitionsprozess folgen, fassen. Indirekte Effekte können sich aus gesundheitspolitischen Eingriffen oder Sekundäreffekten ergeben. Durch retrospektive Systeme werden Leistungsanbieter und Hersteller zu stärkerem Technologieeinsatz und intensiverer FuE in qualitätssteigernde Technologien angeregt. Bei der Einzelleistungsvergütung herrschen z.B. starke Anreize zur Leistungsausweitung, die die Entstehung und Verbreitung gerade produktbezogener und kapitalintensiver neuer Technologien begünstigen. Tagessätze fördern einfache Technologien zur längeren Unterbringung und enthalten kaum Anreize für qualitäts- und kostensteigernde Technologien. Leistungsorientierte Vergütungssysteme benötigen IuK-Technologien und beeinflussen die Verbreitung des medizinisch-technischen Fortschritts, wenn die Vorhaltung bestimmter Technologien ein Bewertungskriterium ist.

Prospektive Vergütungssysteme verursachen hingegen eher kostenorientierte

Anreize.<sup>27</sup> Beim Vergütungssystem Gehalt dämpfen z.B. mengenreduzierende Anreize die Entstehung und Verbreitung neuer Technologien (z.B. diagnostische Tests). Stattdessen werden längere Konsultationen und präventive Behandlungen bevorzugt durchgeführt. Fallpauschalen stärken durch die Pauschalierung und den Diagnosebezug Prozessinnovationen. Von der Definition neuer und hoch bewerteter Pauschalen gehen Anreize zur Verbreitung von Produktinnovationen aus. Kopfpauschalen begünstigen ein engeres, auf Prävention ausgerichtetes Spektrum an Technologien und senden Anreize für einen geringeren Technologieeinsatz und für kostensenkende Technologien aus. Starr vorgegebene Verwendungsrichtungen im kameralistischen Haushalt führen zu medizinisch-technischer Ineffizienz. Die Mittelpauschalierung in einem Globalhaushalt ermöglicht hingegen einen flexibleren Ressourceneinsatz und schwächt kostensteigernde und qualitätserhöhende zugunsten von kostensenkenden Technologien. Ausschreibungen führen – je nach konkreter Ausgestaltung – zu einer Angleichung der Vergütungssätze an die effizienten Produktionskosten und vermeiden preisbedingte Verzerrungen bei der Technologieproduktion. Ihre Anwendung ist jedoch auf standardisierbare Produkte mit festlegbaren Qualitätseigenschaften beschränkt.

### 6. Fazit: Zu einem effizienzorientiertem Umgang mit dem medizinisch-technischen Fortschritt

Die theoretischen Erklärungsansätze zum medizinisch-technischen Fortschritt zeigen, dass neue Technologien im Gesund-

<sup>26</sup> Vgl. auch Schneider, M. et al. (1994): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, BASYS, Augsburg, S. 67ff.

<sup>27</sup> Weisbrod, B.A. (1991): The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment, in: Journal of Economic Literature, Vol. XXIX, p. 523-552, p. 536/7.

heitswesen komplementär zu bestehenden eingesetzt werden, sich übermäßig schnell verbreiten und kostenintensive Produktinnovationen factorsparende Prozessinnovationen überwiegen. Gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen sollten versuchen, diese Verzerrungen zu reduzieren, um Wohlfahrtsgewinne realisieren zu können. Realistischerweise kann es dabei nur um schrittweise Verbesserungen gehen, die die erläuterten vielschichtigen nationalen und internationalen Regelungsbereiche sowie die Wirkungen verschiedener Finanzierungsformen und Vergütungssysteme berücksichtigen müssen.

Ein effizienzorientierter Umgang mit dem medizinisch-technischen Fortschritt verlangt, dass bei der Bestimmung des optimalen Ausmaßes des Krankenversicherungsschutzes Innovationsverzerrungen berücksichtigt werden. Ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt kann unbeabsichtigte Wechselwirkungen zwischen den Versicherungssystemen vermeiden. Zur Verringerung des „Add-on-Effekts“ sollten Erstattungslisten von Krankenver-

sicherungen laufend überprüft werden. Durch den Ausbau versuchsweiser bedingter Erstattungen in kleinerem Ausmaß (z. B. für bestimmte Technologiebereiche, Regionen, Versorgungsmodelle, alters- und geschlechtsspezifische und klinische Teilpopulationen, einzelne Leistungsanbieter, durch Nutzungsaufgaben oder zeitliche Befristungen) kann mehr Spielraum für marktorientierte Technologiebewertungen geschaffen werden. Auch dadurch können Effizienzsteigerungen ermöglicht werden. Die Erkenntnisse des HTA sollten vermehrt für die Entwicklung gestaffelter Zuzahlungen je nach Kosten-Effektivität genutzt werden. Über Selektivverträge und den sich entwickelnden Tarifwettbewerb unter den gesetzlichen Krankenversicherungen kann es zu einer stärkeren Technologiesteuerung kommen. Denkbar ist, dass der Einsatz neuer Technologien (z. B. durch Leitlinien oder ärztliche Zweitmeinungen) verstärkt Bestandteil selektiver Verträge zwischen Herstellern, Leistungsanbietern und Krankenversicherungen wird. Krankenversicherungen

könnten im Tarifwettbewerb versuchen, Technologiedifferenzierungen oder neue Tarife mit Kapitaldeckung für neue Technologien als zusätzliche Wettbewerbsparameter einzusetzen.

Um die Relevanz der ökonomischen Anreize einzelner Vergütungssysteme für die Art, Entstehung und Verbreitung des medizinisch-technischen Fortschritts zu senken, ist ein möglichst intensiver Wettbewerb unter den Leistungsanbietern eine wichtige Voraussetzung. Zum Abmildern der „Restrelevanz“ bietet sich die Kombination mehrerer Vergütungssysteme an. Für Deutschland empfiehlt sich aufgrund ihrer Anreizwirkungen ein stärkerer Einsatz von Ausschreibungen, pauschalierten (technologieoffenen) und leistungsorientierten Vergütungssystemen.

---

**Autor:**

**Dr. rer.oec. Lutz Reimers  
Chodowieckistr. 30  
10405 Berlin**

## Buchbesprechung

**Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte**, Stefan Bäune, Andreas Meschke, Sven Rothfuß, Springer Verlag, 2008, 551 Seiten, 59,95 Euro  
Trotz der hohen Bedeutung der Zulassungsverordnung im vertrags(zahn)ärztlichen Bereich hatte Schallen mit seiner

Kommentierung bislang eine Art Monopolstellung. Diese wurde nunmehr gebrochen. Mit dem vorliegenden Werk wird die Zulassungsverordnung in einem größeren Umfang wie Schallen kommentiert. Die Tatsache, dass drei Rechtsanwälte als Autoren sich betätigt haben, spiegelt sich in der Praxisnähe des Kommentars wider.

Der Kommentar muss sich nicht vor dem „Schallen“ verstecken und kann allen Medizinrechtlern uneingeschränkt empfohlen werden.

Prof. Dr. med. Dr. iur. Alexander P. F. Ehlers,  
München

Elke Prinz

# Kartellamtliche Überprüfung der Erhebung von Zusatzbeiträgen durch mehrere gesetzliche Krankenkassen

Das Bundeskartellamt überprüft derzeit das Vorgehen mehrerer gesetzlicher Krankenkassen im Zusammenhang mit der Erhebung eines Zusatzbeitrags. Vertreter dieser Krankenkassen hatten auf einer Pressekonferenz am 25.01.2010 eine Presseerklärung abgegeben, wonach fast alle gesetzlichen Krankenkassen bis Ende des Jahres 2010 einen Zusatzbeitrag erheben müssten. Es werde bei vielen Kassen bereits in den nächsten Wochen und Monaten Beschlüsse für Zusatzbeiträge geben.

In engem zeitlichem Zusammenhang mit der Pressekonferenz beschlossen mehrere der teilnehmenden Kassen die Erhebung eines Zusatzbeitrags. Die rechtliche Zulässigkeit der Prüfungen des Bundeskartellamts ist fraglich. Ermittelt wird wegen des Verdachts einer nach § 1 GWB unzulässigen Vereinbarung über Zeitpunkt und Höhe der Beitragserhebungen oder zumindest einer Abstimmung über die gemeinsame Ankündigung der Erhebung eines Zusatzbeitrags. Nach § 1 GWB sind Vereinbarungen zwischen Unternehmen, Beschlüsse von Unternehmensvereinigungen und aufeinander abgestimmte Verhaltensweisen, die eine Verhinderung, Einschränkung oder Verfälschung des Wettbewerbs bezwecken oder bewirken, verboten.

## Anwendbarkeit des Kartellrechts

Nach § 69 Abs. 1 S. 1 SGB V regelt das 4. Kapitel sowie die §§ 63 und 64 SGB V abschließend die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und ihrer Ver-

bände zu den Leistungserbringern. Lediglich die §§ 19 bis 21 GWB gelten entsprechend (§ 69 Abs. 2 S. 1 SGB V). Hier geht es allerdings nicht um Rechtsbeziehungen zu Leistungserbringern, sondern um das Verhältnis zu anderen Krankenkassen im Wettbewerb um Versicherte. Dem Wortlaut nach greift der Ausschluss des Kartellverbots also nicht. Auf das Verhältnis zwischen Krankenkassen ist § 69 SGB V nicht anwendbar.<sup>1</sup> Es erübrigt sich daher die Frage, inwieweit § 69 SGB V den Anwendungsbereich des Kartellrechts einschränken könnte.

## Krankenkassen als Unternehmen

Voraussetzung nach § 1 GWB wäre zunächst, dass gesetzliche Krankenkassen als Unternehmen i.S.d. GWB anzusehen sind.

Bei der Prüfung der Unternehmereigenschaft der gesetzlichen Krankenkassen ist zunächst das Europarecht zu betrach-

ten. Im Geltungsbereich des europäischen Rechts hat sich der EuGH bereits dahingehend geäußert, dass das Nachfrageverhalten gesetzlicher Krankenkassen gegenüber medizinischen Leistungserbringern einen rein sozialen Zweck verfolge und keine wirtschaftliche Tätigkeit darstelle und daher nicht unter das Kartellverbot des (damaligen) Art. 81 EGV falle.<sup>2</sup> Die Krankenkassen wendeten nur die Gesetze an und hätten keine Möglichkeit, auf die Höhe der Beiträge, die Verwendung der Mittel und die Bestimmung des Leistungsumfanges Einfluss zu nehmen. Ihre Tätigkeit beruhe auf dem Grundsatz der nationalen Solidarität, werde ohne Gewinnerzielungsabsicht ausgeübt, und die Leistungen würden von Gesetzes wegen, unabhängig von der Höhe der Beiträge, erbracht. Es bestehe kein Wettbewerb zwischen den gesetzlichen oder zu den privaten Krankenkassen hinsichtlich der Erbringung der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen. Der Spielraum bei der Festlegung der Beitragssätze führe zu einem gewissen Wettbewerb um Mitglieder, dies habe der Gesetzgeber jedoch eingeführt, um die Krankenkassen zu veranlassen, im Interesse des ordnungsgemäßen Funktionierens des Systems der sozialen Sicherheit ihre Tätigkeit nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit auszuüben. Mit diesem letzten Satz spricht der EuGH einen zentralen Aspekt

<sup>1</sup> Becker/Kingreen, SGB V, § 69 Rn. 9 m.w.N.

<sup>2</sup> Urteil des EuGH vom 16.03.2004, Az: C-264/01 – AOK-Bundesverband –

an: Sämtliche Wettbewerbselemente, die vom Gesetzgeber für das Verhältnis zwischen gesetzlichen Krankenkassen eingeführt werden, dienen dem Funktionieren des Systems der sozialen Sicherheit. Dies gilt auch nach Inkrafttreten des GKV-WSG und des GKV-OrgWG. Hier wurden zwar gewisse Wettbewerbselemente eingeführt, doch auch diese dienen als Anreiz zu einem möglichst wirtschaftlichen Handeln der Kassen im Interesse des Funktionierens des sozialen Gesundheitswesens.<sup>3</sup> Besonders deutlich wird dies bei der Betrachtung der Konsequenzen des Kassenwettbewerbs. Üblicherweise führt eine bessere Stellung im Wettbewerb zu einer höheren Gewinnerzielung, im Extremfall zum Ausscheiden eines Mitwettbewerbers. Doch Krankenkassen erzielen keinen Gewinn, und das Ausscheiden einer Krankenkasse im Wege der Insolvenz oder Schließung führt zu einer Haftung der Wettbewerber (§§ 155 Abs. 4, 164 Abs. 1, 146a, 171d SGB V). Witting weist außerdem zu recht darauf hin, dass der Spielraum bei der Festlegung der Beitragssätze mit der Einführung des Gesundheitsfonds weiter eingeschränkt und der Aspekt der Solidargemeinschaft noch verstärkt wurde, so dass Krankenkassen jetzt erst recht keine wirtschaftliche Tätigkeit ausüben und nicht als Unternehmen einzuordnen sind.<sup>4</sup> Im Ergebnis bleibt festzustellen, dass nach der Rechtsprechung des EuGH gesetzliche Krankenkassen keine Unternehmen i.S.d. europäischen Kartellrechts sind.

Es stellt sich also die Frage, ob eine Auslegung des Unternehmerbegriffs nach nationalem Recht zu einem anderen Ergebnis führen kann. Im Mai 2004 trat die VO (EG) 1/2003 in Kraft. Seit diesem Zeitpunkt besteht das deutsche Kartellrecht

nicht mehr unabhängig von den Regelungen des europäischen Kartellrechts – zumindest im Bereich des Kartellverbots. Nach Art. 3 Abs. 1 der VO (EG) 1/2003 sind die Mitgliedstaaten bei Sachverhalten mit zwischenstaatlichem Bezug verpflichtet, bei Fallkonstellationen i.S.d. (damaligen) Art. 81 Abs. 1 EGV neben dem nationalen Recht Art. 81 EGV parallel anzuwenden. Außerdem ist es den Mitgliedstaaten nach Art. 3 Abs. 2 VO (EG) 1/2003 nicht gestattet, Vereinbarungen mit zwischenstaatlichem Bezug zu untersagen, welche mit (damals) Art. 81 EGV übereinstimmen. Dieser Vorrang betrifft nach herrschender Meinung auch den Unternehmensbegriff.<sup>5</sup> Das deutsche Kartellrecht darf im Geltungsbereich des Art. 3 Abs. 2 VO (EG) 1/2003 also keinen extensiveren Unternehmensbegriff als (damals) Art. 81 EGV enthalten.

Dies ist allerdings nach dem Wortlaut der VO (EG) 1/2003 beschränkt auf Vereinbarungen, welche den Handel zwischen den Mitgliedstaaten beeinträchtigen können (Art. 3 Abs. 1 und 2 VO (EG) 1/2003). Nur für Sachverhalte ohne zwischenstaatlichen Bezug dürfte also ein eigenständiger nationaler Unternehmensbegriff bestehen. Jedoch wurde mit der 7. GWB-Novelle aus dem Jahr 2005 vom deutschen Gesetzgeber das Kartellverbot des § 1 GWB dem (damaligen) Art. 81 EGV vollständig angeglichen.<sup>6</sup> Es wurde also keine eigenständige Regelung für Fälle ohne Zwischenstaatlichkeitsbezug geschaffen. Dies war auch ausdrücklich der Wille des nationalen Gesetzgebers: Ziel der Novelle war es nämlich, das europäische Recht weitestgehend zu übernehmen, um eine Zweiteilung des deutschen Wettbewerbsrechts zu verhindern und die Entstehung eines nahezu identischen Rechts in Europa zu er-

möglichen (Begründung zum Regierungsentwurf der 7. GWB-Novelle, BT-Drs. 15/3640). Der Unternehmensbegriff des § 1 GWB ist daher im Ergebnis identisch mit dem Begriff des Unternehmens nach europäischem Recht.

Der Meinung des Bundeskartellamts, der Unternehmensbegriff des GWB sei „traditionell weiter als im europäischen Kartellrecht“, ist also nicht zu folgen.

Doch auch hier gilt: Die Rechtsprechung des EuGH bezieht sich auf das Verhältnis der Krankenkassen zu Leistungserbringern, nicht zu anderen Krankenkassen. Hier stellt sich die Frage, ob Krankenkassen gleichzeitig gegenüber Leistungserbringern öffentliche Auftraggeber<sup>8</sup> und gegenüber anderen Kassen Unternehmen<sup>9</sup> sein können.

Für die Unternehmerfrage ist nicht entscheidend, wer tätig wird, sondern die Art der Tätigkeit.<sup>10</sup> Es ist also nicht undenkbar, dass – für unterschiedliche Tätigkeitsbereiche – sowohl die Eigenschaft als öffentlicher Auftraggeber als auch die Unternehmereigenschaft bejaht wird. Dem vom EuGH entschiedenen Fall „AOK-Bundesverband“ lag ein Rechtsstreit zugrunde, der das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern betraf, also das Einkaufsverhalten. Dennoch lässt sich aus der „AOK-Bundesverband“-Entscheidung auch für den vorliegenden Fall einiges herauslesen. Denn die Argumentation des EuGH bezieht sich ausdrücklich auch auf den Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen um Mitglieder. Als Merkmale dafür, dass kein Unternehmen vorliegt, nennt der EuGH folgendes: Die Ein-

<sup>7</sup> Stellungnahme des Bundeskartellamts zum Entwurf des GKV-OrgWG, BT-Drs. 16/9559 vom 16.06.2008

<sup>8</sup> Urteil des EuGH vom 11.06.2009, Az: C-300/07 – Oymanns –

<sup>9</sup> so das Bundeskartellamt in seiner Stellungnahme zum Entwurf des GKV-OrgWG, BT-Drs. 16/9559 vom 16.06.2008

<sup>10</sup> Bechtold, GWB, § 1 Rn. 6

<sup>3</sup> LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 23.01.2009, Az: L 11 WB 5971/08

<sup>4</sup> Witting, Die BKK 2010, 148

<sup>5</sup> Immenga/Mestmäcker, EG-Wettbewerbsrecht, Teil II, Art. 3 VO 1/2003 Rn. 24

<sup>6</sup> Loewenheim/Meessen/Riesenkampff, Kartellrecht, § 1 GWB Rn. 35

richtung muss einen rein sozialen Zweck verfolgen und darf keine wirtschaftliche Tätigkeit ausüben. Dies sei der Fall bei Krankenkassen, die nur die Gesetze anwenden und keine Möglichkeit haben, auf die Höhe der Beiträge, die Verwendung der Mittel und die Bestimmung des Leistungsumfangs zu beeinflussen, denn sie handelten ohne Gewinnerzielungsabsicht, und die Leistungen würden von Gesetzes wegen und unabhängig von der Höhe der Beiträge erbracht. Die genannten Voraussetzungen müssen nach dem EuGH sämtlich gegeben sein.

Für deutsche gesetzliche Krankenkassen bejaht dies der EuGH bei der Festlegung von Festbeträgen für Arzneimittel, insbesondere mit der Begründung, dass den Mitgliedern im Wesentlichen gleiche Pflichtleistungen anzubieten sind, die unabhängig von der Beitragshöhe sind. Außerdem weist der EuGH ausdrücklich darauf hin, dass die Krankenkassen zu einer Art Solidargemeinschaft zusammengeschlossen seien, die es ihnen ermögliche, untereinander einen Kosten- und Risikoausgleich vorzunehmen (§§ 265 ff SGB V). Das Gericht schließt daraus, dass die Krankenkassen somit weder miteinander noch mit der privaten Krankenversicherung konkurrieren. Ausdrücklich weist es darauf hin, dass der Spielraum, über den Krankenkassen verfügen, um ihre Beitragssätze festzulegen und einander einen gewissen Wettbewerb um Mitglieder zu liefern, nicht zu einer anderen Betrachtungsweise führt. Die Argumentation des EuGH bezieht sich also ausdrücklich auch auf den Wettbewerb um Mitglieder und ist somit auf die hier streitgegenständliche Frage übertragbar. Zweifel könnten sich höchstens daraus ergeben, dass eine Tendenz erkennbar ist, immer mehr Wettbewerbselemente im Wettbewerb um Versicherte einzuführen. Gerade die Erhebung von Zusatzbeiträgen in Verbindung mit dem damit zusammenhängenden Kündi-

gungsrecht trägt ein gewisses Potenzial in sich, Versicherte zum Kassenwechsel zu bewegen. Möglicherweise wird der Spielraum zum Wettbewerb zwischen Kassen irgendwann so groß, dass der EuGH eine Grenze überschritten sieht. Doch selbst in diesem Fall greift die Argumentation, dass Krankenkassen einander zu solidarischen Hilfeleistungen verpflichtet sind (§§ 265 ff SGB V), was die Konsequenzen des Wettbewerbs, nämlich letztendlich die Insolvenz einer Kasse, weitgehend wieder aufhebt. Und selbst im Insolvenzfall haften andere Krankenkassen (§ 171d SGB V). Zu diskutieren könnte ebenfalls sein, inwieweit gesetzliche Krankenkassen im Wettbewerb mit privaten Krankenversicherungen stehen. Aus der „AOK-Bundesverband“-Entscheidung wird nicht ganz klar, ob das Gericht (fälschlicherweise) davon ausging, der gesetzliche Leistungsumfang des SGB V gelte auch für private Krankenversicherungen. Eine andere Beurteilung könnte sich ergeben, wenn man von einem echten Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen ausgeht. Dies gilt insbesondere, da der BGH zeitlich vor der EuGH-Entscheidung gesetzliche Krankenkassen bereits als Unternehmen i.S.d. Kartellrechts gesehen hatte.<sup>11</sup>

Im Ergebnis muss somit auch für die Tätigkeit gesetzlicher Krankenkassen beim Wettbewerb um Mitglieder gelten, dass Krankenkassen keine Unternehmen im Sinne des europäischen (und damit auch des deutschen) Kartellrechts sind. Sämtliche vom EuGH in der „AOK-Bundesverband“-Entscheidung geforderten Voraussetzungen liegen auch im vorliegenden Fall vor. Eine andere Sichtweise könnte sich zwar aufgrund der zunehmenden Einführung von Wettbewerbselementen beim Wettbewerb um Mitglieder ergeben. Doch hier

gilt, dass diese Wettbewerbselemente einzig dem Funktionieren des Systems der sozialen Sicherheit dienen. Es sprechen also im Ergebnis gute Argumente dagegen, dass gesetzliche Krankenkassen bei ihrer Tätigkeit im Wettbewerb um Versicherte als Unternehmen anzusehen sind.<sup>12</sup> Die Meinung, dass gesetzliche Krankenkassen auch im Zusammenhang mit der gleichzeitigen Ankündigung und Erhebung von Zusatzbeiträgen keine Unternehmen sind, wird auch vom Bundesversicherungsamt geteilt, wie einer Pressemitteilung vom 08.03.2010 entnommen werden kann.<sup>13</sup>

### **Vereinbarung bzw. aufeinander abgestimmte Verhaltensweise**

Weitere Voraussetzung für ein kartellrechtswidriges Verhalten wäre eine Vereinbarung oder eine aufeinander abgestimmte Verhaltensweise. Dagegen spricht jedoch, dass Krankenkassen keine Wahl haben, ob sie Zusatzbeiträge erheben oder nicht. Die Erhebung von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen ist gesetzlich geregelt: Eine Krankenkasse *hat* in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von den Mitgliedern ein Zusatzbeitrag erhoben wird, soweit der Finanzbedarf aus den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist (§ 242 Abs. 1 S. 1 SGB V). Es besteht also eine gesetzliche Voraussetzung, bei deren Vorliegen ein Zusatzbeitrag zwingend zu erheben ist – dies liegt nicht im Ermessen der Krankenkasse. Hinzu kommt, dass die Gesetzmäßigkeit des Handelns der Kassen von der zuständigen Aufsichtsbehörde überprüft wird (§ 87 SGB IV). Der Begriff des abgestimmten Verhaltens impliziert, dass mehrere Verhaltensmöglichkeiten bestehen und eine Wahl zwischen diesen ge-

<sup>11</sup> z. B. BGH, Urteil vom 11.12.2001, Az: KZR 05/00

<sup>12</sup> ebenso Loewenheim/Meessen/Riesenkampff, Kartellrecht, § 1 GWB Rn. 35

<sup>13</sup> zit. nach Juris

troffen werden kann. Eine Abstimmung ist jedoch dann nicht möglich, wenn nur eine Verhaltensmöglichkeit besteht, die zwingend vorgegeben ist, da eine Abstimmung dann sowieso keine Konsequenzen für das tatsächliche Verhalten haben kann. Zwischen Abstimmung und Marktverhalten muss ein ursächlicher Zusammenhang bestehen.<sup>14</sup> Dieser Zusammenhang kann dann nicht bestehen, wenn das Verhalten schon durch Gesetz festgelegt ist, unabhängig von einer Absprache.

Fraglich ist höchstens, inwiefern eine Krankenkasse noch die Möglichkeit hat, auf den Zeitpunkt für die Erhebung eines Zusatzbeitrags Einfluss zu nehmen, z. B. den Zeitpunkt noch um ein oder mehrere Monate hinauszuzögern oder vorzuziehen. Der Sinn einer Abstimmung könnte gerade darin liegen, nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt als einzige (möglicherweise erste) Krankenkasse einen Zusatzbeitrag zu erheben. Durch die Erhebung eines Zusatzbeitrags durch mehrere Kassen gleichzeitig bzw. die gleichzeitige Ankündigung wird den Versicherten das Signal gegeben, dass das Problem Zusatzbeitrag nicht nur eine einzige, sondern mehrere bzw. früher oder später alle Kassen betrifft, so dass ein Kassenwechsel wenig Sinn macht. Das Vorliegen einer abgestimmten Verhaltensweise ließe sich so möglicherweise begründen, abhängig davon, inwieweit einzelne Kassen Einfluss nehmen können auf den konkreten Zeitpunkt der Erhebung eines Zusatzbeitrags. Vom Bundeskartellamt kritisiert wird nicht die Erhebung der Zusatzbeiträge an sich, sondern deren gleichzeitige und koordinierte Erhebung bzw. Ankündigung – so der Vorwurf.

Doch hiergegen ist einzuwenden, dass von der Aufsichtsbehörde nicht nur die gesetzlichen Voraussetzungen für die Erhebung eines Zusatzbeitrags geprüft werden, son-

dern auch die Voraussetzungen hinsichtlich des erstmaligen Erhebungszeitpunkts. Dies betont das BVA in seiner Pressemitteilung vom 08.03.2010 ausdrücklich. Es dürfte den Kassen also nicht möglich sein, den Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung beliebig festzulegen. Hinzu kommt folgendes: Im konkreten Fall hatte das Bundesversicherungsamt bis zum 29.01.2010 von den betroffenen Kassen die Vorlage der Haushaltspläne gefordert.<sup>15</sup> Der Zeitpunkt der Entscheidung über die Erhebung eines Zusatzbeitrags war also durch äußere Umstände vorgegeben.

## Beschränkung des Wettbewerbs

Das aufeinander abgestimmte Verhalten (sofern es bejaht würde) müsste außerdem eine Verhinderung, Einschränkung oder Verfälschung des Wettbewerbs bezweckt oder bewirkt haben. Die Erhebung eines Zusatzbeitrags selbst ist genau das Gegenteil davon, nämlich ein Element des vom Gesetzgeber gewollten Kassenwettbewerbs im Sinne einer Förderung wirtschaftlichen Verhaltens. Gut wirtschaftende Kassen sollen im Wettbewerb besser gestellt sein, da sie keinen Zusatzbeitrag erheben müssen – so die Annahme des Gesetzgebers. Dieser Wettbewerbsvorteil wird verschärft durch ein Kündigungsrecht des Versicherten bei Erhebung eines Zusatzbeitrags (§ 175 Abs. 4 S. 5 SGB V). Die behauptete Absprache bezog sich aber evtl. nicht auf die Frage, ob überhaupt ein Zusatzbeitrag erhoben wird, sondern auf die Frage, ob mehrere Kassen dies zum selben Zeitpunkt tun werden. Es ist durchaus denkbar, dass dies in der Absicht geschah, Versicherten zu zeigen, dass das Problem des Zusatzbeitrags nicht nur eine, sondern mehrere Kassen betrifft, um die Versicherten von einem Kassenwechsel abzuhalten. Das Merkmal der Beschrän-

kung der wettbewerblichen Handlungsfreiheit bezieht sich allerdings auf die Handlungsfreiheit der Partner des abgestimmten Verhaltens, nicht auf die Handlungsfreiheit Dritter<sup>16</sup> wie z. B. der Versicherten. Das würde man wohl bejahen müssen: Nach der Absprache, wenn denn eine Absprache vorgelegen hätte, verzichteten zumindest diejenigen Kassen auf einen Wettbewerbsvorteil, die sonst erst später einen Zusatzbeitrag hätten erheben müssen. Betroffen sein müssen wettbewerbsrelevante Handlungen<sup>17</sup>, das muss man aber wohl bei Erhebung eines Zusatzbeitrags sicherlich annehmen. Eine formale Handlungsbeschränkung ist dabei nicht erforderlich, es reicht eine Beeinflussung der „materialen Entschließungsfreiheit“.<sup>18</sup>

## Spürbare Außenwirkung

Ein ungeschriebenes Tatbestandsmerkmal des § 1 GWB ist eine spürbare Außenwirkung – Absprachen, die sich am Markt nicht auswirken (können), unterfallen nicht dem Kartellverbot.<sup>19</sup> Faktisch besteht ein Kündigungsrecht für den Fall, dass eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt (§ 175 Abs. 4 S. 5 SGB V). Jeder wechselwillige Versicherte hat also die Möglichkeit, auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags mit einer Kündigung zu reagieren. Dies gilt immer, unabhängig davon, ob nur eine oder mehrere Krankenkassen gleichzeitig einen Zusatzbeitrag erheben. Beeinflusst wird höchstens der Wille des Versicherten, überhaupt zu wechseln. Fraglich ist aber, ob diese vage Möglichkeit bereits ausreicht, um eine Wettbewerbsbeschränkung anzunehmen. Die Absprache muss in einer fühlbaren, praktisch ins Gewicht fallenden Weise zu einer Veränderung der

<sup>16</sup> Bechtold, GWB, § 1 Rn. 24 f

<sup>17</sup> Bechtold, GWB, § 1 Rn. 24

<sup>18</sup> Bechtold, GWB, § 1 Rn. 24

<sup>19</sup> Loewenheim/Meessen/Riesenkampff, Kartellrecht, § 1 Rn. 141

<sup>14</sup> Loewenheim/Meessen/Riesenkampff, Kartellrecht, § 1 Rn. 64

<sup>15</sup> Nakielski, SozSich 2010, 44

## ZUR DISKUSSION GESTELLT

Marktverhältnisse führen können.<sup>20</sup> Dabei muss hier die Situation nach „Absprache“ (Zusatzbeitrag mehrerer Krankenkassen zum selben Zeitpunkt) verglichen werden mit der Situation ohne „Absprache“ (Zusatzbeitrag derselben Kassen, jedoch verteilt auf einen mehr oder weniger langen Zeitraum). Das wird sich natürlich nicht ermitteln lassen, doch allein die Tatsache, dass sich die betroffenen Kassen von der gemeinsamen Bekanntgabe offenbar einen Vorteil erhofften, spräche dafür, dass eine spürbare Außenwirkung zumindest denkbar war. Daneben wird aber verlangt, dass die Wahlmöglichkeiten der Marktgegenseite (der Versicherten) beeinträchtigt werden, wobei von einem „wirtschaftlich zweckmäßigen und kaufmännisch ver-

<sup>20</sup> Bechtold, GWB, § 1 Rn. 32

nünftigen Verhalten“ auszugehen ist.<sup>21</sup> Hier spielt eine Rolle, dass ja unverändert ein Kündigungsrecht der Versicherten besteht. Andererseits kann evtl. die „Absprache“ dazu führen, dass Versicherte eine Kündigung als sinnlos betrachten, da ja offenbar ohnehin früher oder später mehrere (oder alle) Kassen betroffen sein werden. Andererseits ist zweifelhaft, ob eine Kündigung wirklich ein wirtschaftlich sinnvolles Verhalten wäre, da ja früher oder später wohl die meisten oder gar alle gesetzlichen Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben werden müssen – der finanzielle Nachteil bei Verzicht auf eine Kündigung ist also marginal. Die bisher gemachten Erfahrungen zeigen eine nicht unerhebliche Wechselbereitschaft bei den

<sup>21</sup> Bechtold, GWB, § 1 Rn. 32

Versicherten von Kassen, die einen Zusatzbeitrag erheben. Dies spricht dafür, dass sich die Versicherten nicht beeindrucken ließen von der gleichzeitigen Bekanntgabe, sondern dennoch kündigten. Es erscheint daher fraglich, ob die Zahl der Kündigungen ohne die gleichzeitige Bekanntgabe deutlich höher gewesen wäre – ob eine spürbare Außenwirkung gegeben war, ist also zweifelhaft.

Im Ergebnis bestehen erhebliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit des Vorgehens des Bundeskartellamts.

---

### Autor:

**Elke Prinz**

**AOK Bayern**

**Carl-Wery-Straße 28**

**81739 München**

## Buchbesprechung

**Rieger / Dahm / Steinhilper; Heidelberger Kommentar – Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht;** 26. Aktualisierung; Stand: Mai 2009, C.F. Müller Verlag

Die 26. Aktualisierung des Heidelberger Kommentars zum Arztrecht, Krankenhausrecht und Medizinrecht (HK-AKM) greift erneut die aktuellen und relevanten Änderungen in diesen Rechtsgebieten auf. Es werden in klar strukturierter und fundierter Weise die Änderungen in der Bedarfsplanung, zum Gemeinsamen Bundesausschuss und zur Bundesärztekammer aufgezeigt, welche durch die neueren Gesetzesinitiativen und die politischen Rahmenbedingungen Umstrukturierungen erfahren haben.

Neu hinzugekommen ist der Abschnitt „Krankenhausaufnahmevertrag“. Hier wird insbesondere auf die ausdifferenzierten Bestandteile eines Krankenhausaufnahmevertrages wie der Wahlarztabrede und den chefärztlichen Behandlungsvertrag eingegangen. Der Kommentar stellt hierbei sicher, dass sämtliche praxisrelevanten Punkte beschrieben werden und dem Leser in kompakter und klarer Form zur Verfügung stehen.

Der Abschnitt „Praxisgemeinschaft“ wurde vor dem Hintergrund der sich wandelnden Organisationsstrukturen im Gesundheitswesen und deren Auswirkungen auf die Formen der ärztlichen Leistungserbringung komplett überarbeitet. Insbesondere werden die Abgrenzungskriterien gegenüber den Berufsausübungsgemein-

schaften und Praxisverbänden aufgezeigt und die relevanten Vereinbarungen bei der Vertragsgestaltung im Rahmen der Gründung einer Praxisgemeinschaft erläutert. Der Kommentar ist durch die klare Absatzbildung und die drucktechnische Hervorhebung sehr übersichtlich und erfasst die wesentlichen Fragen des Arztrechts, Krankenhausrechts und Medizinrechts. Durch detaillierte Hinweise auf Rechtsprechung und weiterführende Literatur ist durch den Kommentar eine vertiefte Einarbeitung in Rechtsfragen ermöglicht. Der gut eingeführte und etablierte Kommentar bietet für die Praxistätigkeit eine gute Orientierungshilfe.

Philipp Trümper, LL.M. Rechtsanwalt

## Buchbesprechung

**Schirmer/Kater/Schneider, Aufsicht in der Sozialversicherung – Handbuch für die Praxis**, Erich Schmidt Verlag, 49,80 Euro

Das vorstehende Werk, herausgegeben von Herwig Schirmer (Staatssekretär a. D.), Dr. Horst Kater (Vors. Richter am Landessozialgericht) und Dr. Fred Schneider (Abteilungspräsident) gewährt auf über 900 Seiten für seine Leser einen ausführlichen sowie breitgefächerten Einblick in die Aufgaben und Tätigkeiten der Aufsichts- und Mitwirkungsbehörden in der Sozialversicherung. Dabei wurde der Schwerpunkt sehr gelungen auf die konkrete Problemlösung in repräsentativen Aufsichts- und Mitwirkungssituationen gesetzt.

Dies umfasst eine Vielzahl an Aspekten aus verwaltungs- und sozialrechtlicher Sicht. Beispielhaft lässt sich dies an den 6

Hauptteilen - Einführung in das Verhältnis Sozialversicherungsträger / Aufsicht, die Rechtsaufsicht, die staatlichen Mitwirkungsrechte, zuständige Behörden, Rechtsschutz gegen Entscheidungen der Rechtsaufsichts- und Mitwirkungsbehörden und Prüfdienst Krankenversicherung - anführen.

Innerhalb der 6 Hauptteile werden die Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche ausführlich geschildert und anhand einer Vielzahl von konkreten Beispielfällen dem Leser zugänglich gemacht, was eine intensive Auseinandersetzung und Einsichtnahme in die verschiedenen Facetten, ermöglicht. Es erweist sich somit nicht nur als allgemein-abstrakt, sondern in Teilen auch einzelfall- und detailorientiert, was dem Leser, der das Buch nicht nur als Nachschlagewerk verwenden möchte, zugutekommt.

Das Handbuch erscheint als „ergänzbare Handbuch“ in Form einer Loseblattsamm-

lung und bietet so den Vorteil, dass das Gesamtwerk stets erweitert und aktualisiert werden kann. Das bedeutet, dass eine schnelle Berücksichtigung neuer praktischer Erfahrungen, sowie Sachverhalte als auch Rechtsprechungen zum breiten Themenkomplex der Aufsicht in der Sozialversicherung in Form von Nachlieferungen bezogen und einsortiert werden können. So kann sich der Leser immer „up-to-date“ halten.

So ist dieses Handbuch sicherlich für jeden, der sich mit den verschiedenen Aspekten dem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich von Aufsichts- und Mitwirkungsbehörden in der Sozialversicherung befasst, eine stets aktuelle Hilfe, sich schnell einen praxisnahen Überblick über damit im Zusammenhang stehenden Rechts- und Sachfragen zu verschaffen.

Thorsten Ebermann, München

## Buchbesprechung

**Uwe K. Preusker, Das deutsche Gesundheitssystem verstehen**, Strukturen und Funktionen im Wandel, ecomed Verlagsgesellschaft, 2008, 348 Seiten, ISBN 978-3-87081-456-4, 58 Euro

Das vorstehende Werk, herausgegeben von Dr. Uwe K. Preusker, gewährt auf knapp 350 Seiten für seine Leser einen ausführlichen sowie breitgefächerten Einblick in Bezug auf alle relevanten Themenkreise des deutschen Gesundheitssystems. Dabei werden auch historische Aspekte gebührend berücksichtigt. Es dient nicht nur als ideales Nachschlagewerk sondern erlaubt ebenso die Vertiefung in Teilbereiche und trägt dazu bei, deren komplexe Zusammenhänge zu begreifen und besser zu verstehen. Das Buch umfasst eine Vielzahl von Aspekten sowohl aus politischer, verwaltungs- und sozialrechtlicher als auch marktwirt-

schaftlicher Sicht, wobei ebenso Themen wie Arbeitsmarkt und Finanzierung eine Rolle spielen. Beispielhaft lässt sich dies an den zehn Hauptteilen – Vom Gesundheitswesen zum Gesundheitsmarkt; Historischer Abriss; Struktur, Akteure und Ordnungsrahmen des Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland; Angebot und Leistungserbringung auf dem Gesundheitsmarkt; Nachfrage auf dem Gesundheitsmarkt; Vorleistungs- und Zuliefermarkt des Gesundheitsmarktes; Arbeitsmarkt für die Gesundheitsbranche; Finanzierung des Gesundheitsmarktes; Deutscher Gesundheitsmarkt im europäischen Zusammenhang und Zukunft des deutschen Gesundheitssystems – festmachen.

Innerhalb der zehn Teile bestehen übersichtliche und strukturierte Gliederungen. Unter jeder Gliederung befinden sich detaillierte und allgemeinverständliche Aus-

führungen, die häufig von Statistiken, Tabellen und Schaubildern veranschaulicht werden. So erweist sich das Werk nicht nur als allgemein-abstrakt, sondern in vielerlei Hinsicht auch als einzelfall- und detailorientiert, was dem Leser, der mit Hilfe des Buches die Struktur des deutschen Gesundheitssystems und seinen Facetten verstehen möchte, zugutekommt.

So ist dieses Buch, das in gebundener Ausgabe bei der Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH erscheint, sicherlich für jeden, der sich mit den verschiedenen Branchen, Institutionen, Teilbereichen und Strukturen im deutschen Gesundheitswesen befasst, eine aktuelle Hilfe sich schnell und umfangreich einen detaillierten und gut verständlichen Überblick über alle damit im Zusammenhang stehenden Sachfragen zu verschaffen.

Thorsten Ebermann, München

## Buchbesprechung

**Management und Kommunikation** Erfolgsstrategien für die Klinik der Zukunft, Annamaria Sisignano, Gebundene Ausgabe, Mai 2008, CW Haarfeld, 49,90 Euro

Das Buch „Management und Kommunikation – Erfolgsstrategien für die Klinik der Zukunft“ hält für seine Leser ausführliche und breitgefächerte Informationen und praktische Vorgehensweise in Bezug auf alle relevanten Themenkreise wie „Marketing“, „Krisen-PR“, „Presse- und Öffentlichkeitsarbeit“, „Change Management“, „Corporate Identity“, „Human Relations“ und „Führungs- und Kommunikationskultur“ bereit. Es befasst sich schwerpunktmäßig mit den verschiedensten Facetten von Management-, Kommunikations- und Marketingstrategien für Kliniken und soziale Einrichtungen.

Die Verfasserin, Annamaria Sisignano, Inhaberin der Agentur „Kommunikation Unikat“ bietet neben den vorgenannten Schwerpunkten auch einen generellen Überblick über den Gesundheitsmarkt und das Kommunikationskonzept an sich. Zudem wird das Buch mit einer erheblichen Anzahl an dienlichen Checklisten, Erfolgsfaktoren, einem Ideenpool, Schlüsselfragen, Tipps zur Vorgehensweise und der Darstellung der sinnvollen Vernetzung verschiedenster Kommunikationsinstrumente abgerundet. Es erweist sich somit nicht nur als grundsätzlich und allgemein abstrakt, sondern in erheblichen Teilen als einzelfall- und detailorientiert, was dem Leser - der das Buch für die Entwicklung praktischer und konkreter Kommunikations- und Marketingkonzepte verwenden möchte - zugutekommt.

Das Buch erscheint in seiner 1. Auflage und hat einen Umfang von 253 Seiten. Das

Buch ist übersichtlich unterteilt in 10 Kapitel, zudem beinhaltet es sowohl ein Literaturverzeichnis als auch ein Stichwortverzeichnis.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die 20-jährige Beratungstätigkeit der Verfasserin für Krankenhäuser und Reha-Kliniken sowie soziale Einrichtungen merklich in dieses Buch Einzug gefunden hat. Es ist gut strukturiert und für die praktische Anwendung aufgebaut. So ist dieses Werk nicht nur für PR-Berater, für Mitarbeiter der Krankenhausverwaltung, Betriebswirte und Steuerberater, sondern durchaus auch für den wirtschaftlich-beratenden Rechtsanwalt im Fachgebiet Sozial- und Medizinrecht von Wert und Nutzen. Folglich kann es, speziell für die Entwicklung von Erfolgsstrategien für Kliniken, empfohlen werden.

Rechtsanwalt Thorsten Ebermann, Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P.F. Ehlers

## Buchbesprechung

**Arztstrafrecht in der Praxis** Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer, CF Müller Verlag, 4. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, 2008, 724 Seiten, in Leinen ca. 72 Euro, ISBN 978-3-8114-3610-7

Der Klassiker des Arztstrafrechts erscheint in einer umfassenden Neuauflage. Das bewährte Handbuch umfasst alle wichtigen Aspekte dieser komplexen Materie und gibt vor allem auch wertvolle praktische Hinweise zur Verteidigung von Ärzten. Die vielfältigen Möglichkeiten fahrlässigen ärztlichen Handelns, wie z. B. fahrlässige Tötung und fahrlässige Körperverletzung durch Behandlungsfehler, Aufklärungsfehler oder Organisationsfehler sowie wichtige Themen wie z. B.

Sterbehilfe, unterlassene Hilfeleistung, ärztliche Schweigepflicht, Organtransplantation, Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation, Fortpflanzungsmedizin, strafbare Werbung, Abrechnungsbetrug und Industriesponsoring/Vorteilsnahme/Bestechlichkeit u.a. werden eingehend und praxisnah dargestellt.

Neu aufgenommen wurden die Kapitel über strafbare Verhaltensweisen im Bereich der Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie sowie über die Tatbestände der Untreue des Vertragsarztes. Der Autor erschöpft sich dabei in gewohnter Weise nicht nur in der Darstellung der aktuellen Rechtsprechung, sondern nimmt kritisch zu den neuen Themen Stellung. In diesem Zusammenhang sei auch auf die ausführ-

liche Darstellung zu der neuen, bisweilen nur in der Literatur geführten Diskussion über die Strafbarkeit von niedergelassenen Ärzten gemäß § 299 StGB im Verhältnis zur Industrie hingewiesen. Ulsenheimer lehnt richtigerweise die Anwendbarkeit ab, da der Vertragsarzt von den Kassen weder angestellt noch in irgendeiner Weise geschäftlich beauftragt sei.

Die Darstellung richtet sich nicht nur an Juristen, sondern auch an Mediziner und ist deshalb mit vielen Beispielen angereichert, die das Verständnis der rechtlichen Probleme erleichtern. In jedem Fall ist es ein Muss für jeden im Arztstrafrecht tätigen Verteidiger.

Prof. Dr. med. Dr. iur. Alexander P. F. Ehlers, München

## Antrag auf Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V. (GRPG)

Hiermit stelle/n ich/wir Antrag auf Mitgliedschaft als

- Firma, Körperschaft oder Verband (Mitgliedsbeitrag € 1.300,-- p. a.)  
 Patientenverband e. V. (Mitgliedsbeitrag € 250,-- p. a.)  
 Individualmitgliedschaft (Mitgliedsbeitrag € 180,-- p. a.)  
(Mitgliedsbeitrag ohne Einzugsermächtigung € 190,-- p. a.)

Die Mitgliedsbeiträge beinhalten den Bezug der Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) in Höhe von € 30,--.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Firma/Verband/Behörde

\_\_\_\_\_  
Position

\_\_\_\_\_  
Privatanschrift

\_\_\_\_\_  
Geschäftsanschrift

\_\_\_\_\_  
Privat: eMail / Telefon / Fax

\_\_\_\_\_  
Geschäft: eMail / Telefon / Fax

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Angaben von der GRPG gespeichert werden. Die Daten werden ausschließlich für Zwecke der GRPG verwandt.

### Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

#### Zahlungsempfänger

Gesellschaft für Recht und Politik  
im Gesundheitswesen e. V.  
Geschäftsstelle  
Widenmayerstraße 29  
80538 München

#### Name und Anschrift des Kontoinhabers:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unsere Kontos

\_\_\_\_\_  
Konto-Nr.

\_\_\_\_\_  
BLZ

bei der \_\_\_\_\_  
mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unsere Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Recht und Politik im Gesundheitswesen

## Hinweise für die Autoren

Mit der Annahme eines Beitrags überträgt der Autor der pmi Verlag AG das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Manuskripte werden auf Datenträger oder in zweifacher schriftlicher Ausfertigung an die Schriftleitung der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“, Postfach 1228, 82302 Starnberg, Tel. 08151/72232, Fax 08151/72435 erbeten.

Grundsätzlich werden nur Arbeiten angenommen, die weder vorher veröffentlicht wurden noch gleichzeitig anderen Zeitschriften zum Abdruck angeboten werden. Die Herausgeber haben das Recht auf Auswahl der Beiträge, alle Beiträge werden von mehreren Experten begutachtet.

Für den Inhalt der Beiträge zeichnen die Autoren verantwortlich.

### Allgemeine Erläuterungen

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen. Es können nur Beiträge angenommen werden, die den „Hinweisen für Autoren“ entsprechen.

Im Interesse kurzer Publikationsfristen sollen die Manuskripte (möglichst auch die Abbildungen) in zweifacher Ausführung eingereicht werden (davon ein Manuskript-Exemplar einseitig beschrieben, zusätzliches Exemplar bitte zweiseitig kopieren, um die Versandkosten niedrig zu halten).

Das Manuskript muss formal wie inhaltlich so durchgearbeitet sein, dass spätere Änderungen nicht notwendig werden. Nachträgliche, vom Manuskript abweichende Änderungen müssen dem Autor berechnet werden. Notwendige Zusätze können am Ende der Arbeit als „Nachtrag bei der Korrektur“ gebracht werden. Da die Beiträge sofort nach dem Satz auf Seitenformat umbrochen werden, sind die gewünschten Einschaltstellen für Abbildungen und Tabellen am Rand der Manuskriptblätter anzugeben.

Besonderer Wert ist auf die wichtigste Schlüsselliteratur zu legen.

Folgende Manuskriptumfänge sollten in der Regel nicht überschritten werden: Für Editorials 2 Schreibmaschinenseiten, für Übersichts- bzw. Originalarbeiten 20 Schreibmaschinenseiten, für Buchbesprechungen 2 Schreibmaschinenseiten, aus der Rechtsprechung 15 Schreibmaschinenseiten, für Leserzuschriften 2 Schreibmaschinenseiten.

### Gliederung

Das Manuskript ist mit breitem Rand zu schreiben, die Manuskriptblätter sind, einschließlich Literaturverzeichnis und Legendes, durchnummerieren.

Das erste Manuskriptblatt soll enthalten:

1. Namen aller Autoren, 2. kurzen, klaren Titel der Arbeit, 3. Fußnoten zum Titel, 4. Autornamen mit vollständiger Adresse, 5. Korrekturadresse.

Jeder Arbeit ist eine Zusammenfassung in deutsch der wesentlichen Ergebnisse voranzustellen.

Die Tabellen sind unabhängig von den Abbildungen arabisch zu numerieren und mit Überschriften zu versehen.

### Auszeichnung für den Satz

Auszuzeichnende Wörter sind zu unterstreichen, sie werden im Satz durch Kursivschrift hervorgehoben. Kleindruck ist am linken Rand durch eine senkrechte Linie und „p“ (petit) zu kennzeichnen. Fußnoten, die nicht zum Beitragskopf gehören, sind durchnummerieren.

### Abbildungen

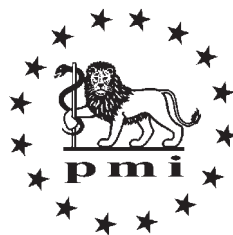
Alle Abbildungsvorlagen sind auf der Rückseite mit dem Autorennamen sowie mit „oben“ oder „unten“ zu bezeichnen. Wenn möglich, sollten die Abbildungen zu Tableaus zusammengestellt werden, wobei die Spaltenbreite von 5,6 cm oder der Satzspiegel von 18 x 21 cm einzuhalten ist.

Für Strichabbildungen sind gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schrifthöhe) zu verwenden.

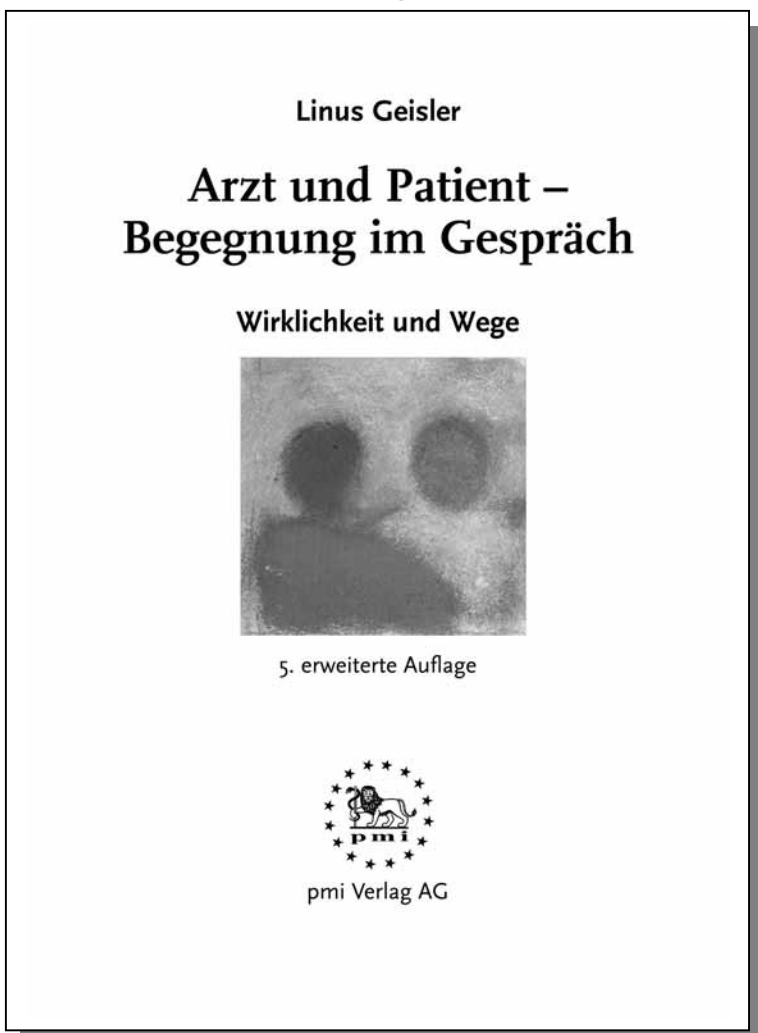
Für Halbtonabbildungen sind kontrastreiche, gute Fotoabzüge, rechtwinklig beschnitten, in der gewünschten Endgröße mit Beschriftung von 3 mm Schrifthöhe (Letraset) einzureichen.

### Sonderdrucke

Sonderdrucke können bei Rücksendung der Korrekturabzüge gegen Berechnung bestellt werden.



Neu: 5. erweiterte Auflage



Die „sprechende Medizin“ ist als Gegengewicht zur High-Tech-Medizin ein Gebot der Zeit. Denn, so der Autor, „eine sprachlose Medizin ist letztlich eine inhumane Medizin“.

Das Buch *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch* baut auf der Erkenntnis auf, dass die Sprache das wichtigste Instrument des Arztes ist, er aber vielfach Schwierigkeiten im Umgang mit diesem Instrument hat.

Der Autor, Professor für innere Medizin, ist ein profunder Kenner der Materie. Er zeigt in seinem Buch konkrete Wege zur Lösung dieses Problems auf. Abgestimmt auf den ärztlichen Alltag des niedergelassenen und klinisch tätigen Arztes, gibt er zunächst eine Einführung in die Kommunikationspsychologie und ärztliche Gesprächstechnik. Der spezielle Teil des Buches enthält klare Konzepte für das Gespräch zwischen Arzt und Patient in den verschiedensten Situationen. Damit weist das Buch sowohl dem Arzt als auch dem Patienten Wege zum gegenseitigen Verstehen durch das Gespräch.

## Bestellcoupon

Ich/Wir bestelle/n gegen Rechnung zum Preis von EUR 34,90 (zzgl. Versandkosten) das Buch

### **Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch** Wirklichkeit und Wege

Prof. Dr. Linus Geisler

Broschur, 332 Seiten  
5. aktualisierte Neuauflage  
Neuerscheinung 2008  
ISBN 3-89786-076-7  
EURO 34,90

Ex.

Unternehmen/Firma/Institution

Name, Vorname, Titel

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Datum/Unterschrift

**Bestellcoupon bitte ausschneiden und  
einsenden:**

**pmi Verlag AG  
Oberfeldstraße 29  
60439 Frankfurt**

**Telefon: 069/548000-0  
Telefax: 069-548000-66  
E-Mail: pmi-verlag.de  
www.pmi-verlag.de**