



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Juli 2018, 18. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Sabine Fischbeck*, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz 2

Drei Fragen an

Stefanie Joos, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen 3

Buchtipps

von *Monika Reichert*, Soziale Gerontologie am Institut für Soziologie der Technischen Universität Dortmund 4

WIDO

Pflege-Report 2018

Sektorenübergreifende Qualitätsmessung machbar 5

Arzneimittel-Rabattverträge

Mehr Vielfalt, stabilere Versorgung 6

Multiple Sklerose

Risikoreiche Hoffnungsträger 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Koalitionsvertrag

Verbesserte Bedingungen in der Pflege – zur aktuellen Diskussion um Bedarf und Instrumente

Jonas Schreyögg und Ricarda Milstein, Universität Hamburg 7

Arzneimittel – transparente Preise sinnvoller als Versandhandelsverbot

Iris an der Heiden, IF!/zHM, Mainz 15

Die Lücke im Koalitionsvertrag schließen – mehr Wettbewerb wagen!

Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin 23

STUDIE IM FOKUS

Impfungen führen nicht zu einer erhöhten Infektanfälligkeit 27

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 28

Liebe Leserinnen und Leser,

ein winziges Detail im Asylstreit dominierte in den vergangenen Wochen die politische Agenda. Das scheint grotesk, bedenkt man, dass sich CDU, CSU und SPD noch im Februar auf einen 175 Seiten starken Koalitionsvertrag für die laufende Legislaturperiode geeinigt haben, der auch einiges zum Umgang mit Flüchtlingen enthielt. Andererseits: Ein solcher Vertrag kann natürlich nicht sämtliche Einzelheiten zur konkreten Umsetzung der Koalitionsvorhaben beinhalten. Er ist nur ein Arbeitsprogramm, eine Absichtserklärung – mehr nicht. Er ist auch kein wirklicher Vertrag, dessen Inhalte vor irgendeinem Gericht einklagbar sind. Und er ist außerdem nicht zwingend erforderlich oder gar vorgeschrieben. Noch die Weimarer Republik kam fast ohne so etwas aus, und im Nachkriegsdeutschland waren solche Abmachungen auch nicht sofort Standard: In den ersten drei Legislaturperioden der Bundesrepublik reichten Absprachen, die unveröffentlicht blieben und teilweise die Form eines Briefwechsels hatten. Heutzutage gibt es Papiere in Romanlänge, die öffentlich einsehbar sind und teilweise akribisch abgearbeitet werden. Man denke nur an Hermann Gröhe, der den gesundheitspolitischen Teil des vorigen Koalitionsvertrages Punkt für Punkt umgesetzt hat. Insofern lohnt sich ein Blick in die aktuelle Version und deswegen haben wir ihn getan. Wir wollten wissen, wo und wie die vielen dort angekündigten neuen Pflegestellen am besten geschaffen werden sollten. Diese Frage haben wir an **Jonas Schreyögg** und **Ricarda Milstein** weitergereicht. Dann interessierte uns, ob das geplante Arzneimittel-Versandhandelsverbot zielführend ist. Diese Problemstellung ging an **Iris an der Heiden**. Redaktionsmitglied **Klaus Jacobs** wiederum freute sich, dass der Wissenschaftliche Beirat des Bundesministeriums der Finanzen ein Thema aufgegriffen hat, das der Koalitionsvertrag geflüchtig übersehen hat: den Wettbewerb.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

Versorgung

Innovative Behandlungen für Krebspatienten

Ein Netzwerk soll künftig bundesweit allen Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs den Zugang zu molekularer Diagnostik und innovativen Therapien ermöglichen. Dafür schließen sich 15 universitäre Krebszentren im „nationalen Netzwerk Genomische Medizin (nNGM) Lungenkrebs“ zusammen. Die Deutsche Krebshilfe unterstützt das Vorhaben, das im April gestartet ist, mit insgesamt 2,94 Millionen Euro. ■

Mehr Informationen:

www.nngm.de

E-Health

Kompetenzzentrum für Telemedizin gegründet

Die Technische Hochschule Mittelhessen und die Justus-Liebig-Universität Gießen in Hessen haben gemeinsam ein landesweites Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health gegründet. Es soll Projekte und Ideen für innovative telemedizinische Lösungen bündeln und verschiedene Akteure des Gesundheitswesens kostenlos bei der Implementierung von neuen telemedizinischen und E-Health-Lösungen beraten. ■

Mehr Informationen:

www.ehealth-zentrum.de

Forschungsförderung

Personalisierte Therapie bei Schlaganfall

Ein neues EU-Verbundprojekt namens PRECISE4Q zielt darauf ab, die Prävention und Therapie des Schlaganfalls zu verbessern und die Lebensqualität von Schlaganfallpatienten zu erhöhen. In dem an der Berliner Charité koordinierten Projekt werden europaweit große Datenmengen aus unterschiedlichen Quellen gesammelt und in selbstlernende Computermodelle integriert, die die Entwicklung personalisierter Präventions- und Therapiestrategien für Patienten

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Fehlende Empathie belastet Krebspatienten

Partner, Familien und Freunde von an Krebs erkrankten Patienten können diese unterstützen, sich aber auch wenig einfühlsam oder gar verletzend verhalten. Eine aktuelle Studie hat die Zusammenhänge zwischen solchen supportiven sowie eher belastenden Reaktionen des sozialen Netzes und Angst sowie Depression bei 689 langzeitüberlebenden Hautkrebspatienten untersucht. Es zeigte sich, dass Betroffene, die in einer Partnerschaft leben, sich aktiv Unterstützung suchen und eine optimistische Lebenshaltung hatten, eine bessere positive Unterstützung erhielten. Unter Angst und Depressionen litten besonders häufig (je 24 Prozent) Menschen, denen kein Verständnis entgegengebracht wurde und die gleichzeitig nur wenig Unterstützung, etwa durch Zuhören, erfahren. Betroffene sollten darum ermutigt werden, mehr Unterstützung zu aktivieren. ■

BMC Public Health 2018, doi: 10.1186/s12889-018-5401-1

Einsamkeit erhöht Gesundheitsrisiken

Wird das Grundbedürfnis, sich anderen zugehörig zu fühlen, nicht erfüllt, stellt sich ein schmerzliches Gefühl der Einsamkeit ein. Eine Studie der Universitätsmedizin Mainz zeigte jetzt, dass etwa jeder Zehnte der 35- bis 74-jährigen Teilnehmer der Gutenberg-Gesundheitsstudie (15.000 Probanden) angab, einsam zu sein. Dies betraf vor allem Frauen,

Alleinstehende und Menschen mittleren Alters. Besonders einsam fühlten sich jene, die allein lebten, keinen Partner oder keine Kinder hatten. Trotz Partner einsam fühlten sich vorwiegend Frauen. Einsame Menschen rauchten häufiger, nahmen mehr Psychopharmaka und hatten ein höheres Depressions- und Angstrisiko. Es erscheint daher ratsam, dem Phänomen Einsamkeit bei der Gesundheitsförderung mehr Aufmerksamkeit zu schenken. ■

BMC Psychiatry 2017, DOI:10.1186/s12888-017-1262-x

Kindheit beeinflusst späteren Familienstand

Die Zahl der Ehen nimmt ab, die der eheähnlichen Lebensgemeinschaften wächst. In einer Studie mit 2.146 Teilnehmern zwischen 18 und 60 Jahren, die in einer Partnerschaft lebten, wurde der Einfluss des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens auf den Beziehungsstatus untersucht. Verheiratete hatten als Kinder weniger emotionale Wärme erfahren; dies war unabhängig vom Geschlecht des Elternteils und des Befragten und von der Bildung. erinnerte man sich an die Mutter als emotional warm, war die Zugehörigkeit zu einer Lebensgemeinschaft wahrscheinlicher. Emotionale Wärme fördert die soziale Kompetenz und Bindungssicherheit; wer davon als Kind profitierte, war offenbar offener für nicht institutionalisierte Beziehungsformen. ■

Journal of Family Studies 2016, doi:10.1080/13229400.2016.1211029



Von

Dr. rer. physiol.

Dipl.-Psych. Sabine

Fischbeck, MME,

Wissenschaftliche

Mitarbeiterin, Klinik für

Psychosomatische Medi-

zin und Psychotherapie,

Universitätsmedizin der

Johannes Gutenberg-

Universität Mainz

Adresse:

Saarstraße 21

55099 Mainz

Telefon:

06131 3925939

Fax: 06131 3922750

fschbec@uni-mainz.de

www.unimedizin-mainz.de

de

ermöglichen sollen. Das Projekt wird im Rahmen des europäischen Innovationsprogramms „Horizon 2020“ über vier Jahre mit einer Gesamtsumme von 5,9 Millionen Euro gefördert. ■

Mehr Informationen:

<https://idw-online.de/de/news693578>

Patienteninformation
Studienplattform bietet Allergikern Orientierung

Der Allergieinformationsdienst am Helmholtz Zentrum München baut eine Plattform für klinische Studien zu Allergien auf. Ziel ist es, Patienten ein unabhängiges, transparentes Forum zur Verfügung zu stellen, auf dem sie sich über Möglichkeiten informieren können, an Studien zu ihrem allergischen Krankheitsbild teilzunehmen. Das Angebot soll für jede Studie Angaben zum Krankheitsbild und zu Aufnahmekriterien sowie Informationen über Finanzierungsquellen und Ansprechpartner auflisten. ■

Mehr Informationen:

www.allergieinformationsdienst.de
 > Forschung > Studienplattform Allergie

DFG-Programm

Seit 50 Jahren Förderung für Spitzenforschung

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) richtet zur weiteren Stärkung der Spitzenforschung an den Hochschulen 14 neue Sonderforschungsbereiche (SFB) ein und fördert diese ab dem 1. Juli 2018 zunächst vier Jahre lang mit insgesamt rund 164 Millionen Euro. Das entsprechende Förderprogramm der DFG wurde vor 50 Jahren begonnen; seitdem wurden rund 1.000 SFB gefördert. Die neuen Sonderforschungsbereiche befassen sich unter anderem mit der bildgebenden Charak-

terisierung von Veränderungen in erkranktem Gewebe, den Mechanismen bei chronischen Virusinfektionen und Autoimmunität sowie einer weitgehend therapie-

resistenten Form von Bauchspeicheldrüsenkrebs. ■

Mehr Informationen:

www.dfg.de > Geförderte Projekte > Sonderforschungsbereiche

DREI FRAGEN AN ...



Eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik tut not

... Prof. Dr. med. Stefanie Joos, Ärztliche Direktorin des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen

Forschungsschwerpunkte:
 Versorgungsforschung im Bereich hausärztliche Versorgung und Komplementärmedizin

Jahresetat:
 circa 500.000 Euro,
 circa 100.000 bis 200.000 Euro Drittmittel

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:
 1 Universitätsprofessorin, circa 15- bis 20-köpfiges interprofessionelles Team aus Ärzten in Weiterbildung und Fachärzten für Allgemeinmedizin, Gesundheits- und Pflegewissenschaftlern, Verwaltungsangestellten und studentischen Hilfskräften

Adresse:
 Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung
 Universitätsklinikum Tübingen
 Osianderstraße 5
 72076 Tübingen
 Telefon: 07071 29-85213
 Fax: 07071 29-5896
 stefanie.joos@med.uni-tuebingen.de
www.medicin.uni-tuebingen.de/
 Allgemeinmedizin

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Schwerpunkt meiner Arbeit ist die Forschung rund um die hausärztliche Versorgung mit dem Ziel, deren Qualität und Organisationsstrukturen zu verbessern und weiterzuentwickeln. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mit einer Zunahme an chronisch kranken, multimorbiden Patienten braucht es eine effiziente und stabile hausärztliche Versorgung. Dies erfordert dringend neue Ansätze im Sinne einer bedarfsgerechten Steuerung von Patienten und einer verbesserten Kommunikation und Kooperation unter Hausärzten, Spezialisten und anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Hier bringen beispielsweise elektronische und telemedizinische Ansätze neue Chancen, aber auch Risiken im Sinne von Über- und Fehlversorgung mit sich.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Die Allgemeinmedizin ist per se interdisziplinär. Ich empfinde es als große Bereicherung, Wissenschaftler aus verschiedenen Kontexten und mit unterschiedlicher Expertise zusammenzubringen. Mein Ziel ist es, gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen an der Universität Tübingen inter fakultäre Strukturen für Versorgungsforschung zu etablieren.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Was wir in Deutschland brauchen, ist eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik. Lobbyismus und Wettbewerb sind aus meiner Sicht völlig fehl am Platz, wenn es um kranke Menschen geht. Diese (Fehl-)Entwicklungen der letzten Jahre führen zu Qualitätseinbußen und Ressourcenverschwendung in der Versorgung. Aus meiner Sicht braucht es ein dringendes Umdenken in der Gesundheitspolitik und den Mut für größere Veränderungen, etwa hin zu einer bedarfsgerechteren Patientensteuerung.

Studium I
International Health Science in Fulda

Ab dem Wintersemester 2018/19 bietet die Hochschule Fulda ein zweisprachiges Bachelor-Studium International Health Sciences/Internationale Gesundheitswissenschaften (IHS/IGW) an. Der nach Hochschulangaben bundesweit erste grundständige Studiengang dieser Art soll den Absolventen Kenntnisse über globale Gesundheitsfragen vermitteln und sie umfassend auf die gesundheitlichen Herausforderungen der globalisierten Welt vorbereiten. ■

Mehr Informationen:
www.hs-fulda.de > Studiengänge > Internationale Gesundheitswissenschaften B.Sc.

Studium II
Masterstudium Soziale Sicherheit

Gemeinsam mit der National Economics University Vietnam in Hanoi bietet die Universität Heidelberg zum Wintersemester 2018/2019 erstmals den internationalen Masterstudiengang „Social Protection“ an. Das Studium ist modular aufgebaut und umfasst auch ein Praktikum. Es wird teilweise an der Universität in Hanoi, teilweise in Deutschland absolviert und soll die Studierenden für Tätigkeiten im Bereich der sozialen Sicherungssysteme, insbesondere in Sozial- und Gesundheitsministerien qualifizieren. ■

Mehr Informationen:
<http://master-social-protection.com>

Studium III
Ausbildung zum Arztassistenten in Plauen

Nach einer dreijährigen Modellphase hat das sächsische Wissenschaftsministerium die Einführung des Studiengangs „Physician Assistant“ an der Berufsakademie Sachsen in Plauen genehmigt. Der Studiengang bildet sogenannte Arzt-Assistenten aus; er vermittelt eine akademische Ausbildung auf einem Niveau zwischen ärztlicher und pflegerischer Qualifikation. Die Absolventen sollen Ärzte um einfache medizinische sowie Verwaltungstätigkeiten entlasten. Zugangsvoraussetzung ist eine abgeschlossene Berufsausbildung. ■

Mehr Informationen:
www.ba-plauen.de/physician-assistant

BUCHTIPPS

Zum Thema Soziale Gerontologie



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von

Prof. Dr. Monika Reichert,
 Professorin für Soziale Gerontologie am Institut für Soziologie der Technischen Universität Dortmund

Emil-Figge-Straße 50
 44227 Dortmund
 Telefon: 0231 755-2824
 Fax: 0231 755-2700
monika.reichert@tu-dortmund.de
www.fk12.tu-dortmund.de/cms/ISO

Autoren/Titel	Inhalt
<p><i>Andreas Kruse</i> Lebensphase hohes Alter Verletzlichkeit und Reife</p>	<p>Dieses Buch beschäftigt sich theoretisch und empirisch fundiert mit der am schnellsten wachsenden Bevölkerungsgruppe in Deutschland: den Hochaltrigen. Der Autor Andreas Kruse verweist nicht nur auf die Gründe für die erhöhte Verletzlichkeit in den letzten Lebensjah-</p>
<p><i>Hans-Werner Wahl</i> Die neue Psychologie des Alterns Überraschende Erkenntnisse über unsere längste Lebensphase</p>	<p>Der Alter(n)sforscher Hans-Werner Wahl hat hier neuere Erkenntnisse der gerontopsychologischen Forschung in einer überaus lesenswerten und allgemein verständlichen Art für eine breite Leserschaft aufbereitet, um so zu einem realisti-</p>
<p><i>Katharina Mahne/Julia Katharina Wolff/Julia Simonson/Clemens Tesch-Römer (Hrsg.)</i> Altern im Wandel Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)</p>	<p>Kompakt und aktuell informiert dieser Band in 24 Kapiteln über den Wandel in zentralen Lebensbereichen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte: Er versammelt wichtige Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (einer regelmä-</p>

ren, sondern betont auch die Potenziale des hohen Alters. Das Buch ist allen Personen zu empfehlen, die sich professionell mit hochaltrigen Menschen beschäftigen, aber auch pflegenden Angehörigen und nicht zuletzt den alten Menschen selbst. (Springer, 2017)

schen, differenzierten Altersbild beizutragen. Ohne die Schattenseiten des Älterwerdens zu verschweigen, betont er die Chancen und Möglichkeiten dieser Lebensphase auf individueller wie gesellschaftlicher Ebene. (Kösel, 2017)

ßigen, repräsentativen Langzeitbefragung der über 40-Jährigen in Deutschland) zu Themen wie Übergang in den Ruhestand, Wohnen, Einkommen und Armut, soziale Beziehungen sowie Gesundheit. (Springer, 2016)

Foto: TU Dortmund

Pflege-Report 2018

Sektorenübergreifende Qualitätsmessung machbar

„Qualität in der Pflege“ heißt der Schwerpunkt des Pflege-Reports 2018. Die Versorgung Pflegebedürftiger in Deutschland wird dabei unter Qualitätsaspekten und aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und bewertet. Ein wichtiges Fazit: Sektorenübergreifende Qualitätsmessung ist machbar und kann die Qualitätssicherung in der Langzeitpflege sinnvoll ergänzen.

Dass es zwischen den Pflegeheimen in Deutschland erhebliche Qualitätsunterschiede gibt, belegt eine Analyse von AOK-Routinedaten im aktuellen Pflege-Report. Dafür wurden erstmals routinedatenbasierte Qualitätskennzahlen für rund 5.600 Pflegeheime entwickelt und für das Jahr 2015 getestet. Deutlich zeigt sich: Verbesserungspotenzial gibt es sowohl in pflegenahen Bereichen wie bei der Dekubitusprophylaxe als auch in sektorenübergreifenden Bereichen wie der Arzneimittelversorgung Demenzkranker. So treten in einem Viertel der Pflegeheime zwölf und mehr Druckgeschwüre (Dekubiti) pro 100 Bewohner auf. Das sind mehr als dreimal so viele wie im Viertel der Heime mit den geringsten Raten. Dekubitus gilt als in der Regel durch fachgerechte Prophylaxe vermeidbar.

Darüber hinaus erhielten mehr als 40 Prozent der Pflegeheimbewohner mit Demenz mindestens eine Antipsychotika-Verordnung pro Quartal. Leitlinien hingegen sehen zunächst nicht medikamentöse Verfahren als Mittel der Wahl in der Demenzversorgung. Damit sind diese Ergebnisse ein möglicher Hinweis auf eine medikamentöse Fehlversorgung in Pflegeheimen.

Ebenfalls kritisch ist die Zahl ambulant-sensitiver, das heißt potenziell vermeidbarer Krankenhausaufenthalte zu sehen: Sie lagen im Schnitt bei 32 Fällen je 100 Bewohnern, in fünf Prozent der Pflegeheime sogar bei 63 Fällen. Jeder fünfte Bewohner wird im Laufe eines Quartals in ein Krankenhaus eingewiesen. Für betagte, multimorbide Pflegeheimbewohner stellt jeder vermeidbare Krankenhausaufenthalt ein unnötiges gesundheitliches Risiko dar.

Die Kennzahlen des aktuellen Pflege-Reports geben wichtige Impulse für eine Debatte über Qualität im Pflegeheim, die über das Elfte Sozialgesetzbuch hinausgeht und alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen einbezieht. Im nächsten Schritt bedarf es nun der methodischen Weiterentwicklung des routinedatenbasierten Indikatorensets. Dazu gehört eine belastbare Risikoadjustierung, die einen aussagekräftigen Vergleich der Pflegeheime untereinander ermöglicht.

Überdies sollten die sechs bestehenden Indikatoren um weitere sektorenübergreifende Indikatoren ergänzt werden. Langfristig können diese Indikatoren die interne wie externe sektorenübergreifende Qualitätssicherung ergänzen und die Versorgung transparenter machen. So ließen sich auch Verbesserungsmaßnahmen routinedatenbasiert evaluieren.

Darüber hinaus wird im Pflege-Report 2018 in 15 Fachbeiträgen ein breites Spektrum an Fragen zur Qualität in der Langzeitpflege diskutiert. Dabei geht es beispielsweise um die theoretische Fundierung des Begriffs Qualität, um ethische und historische Betrachtungen zur Pflege, um nationale Gesetzgebung und internationale Ordnungspolitik. Die Perspektiven der Betroffenen, unter anderem durch die Erfassung ihrer Lebensqualität, sind dabei ebenso zentral wie Effekte der Personalausstattung. ■



Jacobs K, Kuhlmeier A, Groß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.):
Pflege-Report 2018.
Qualität in der Pflege.
Berlin, Heidelberg:
Springer-Verlag 2018;
220 Seiten, 53,49 Euro
ISBN: 978-3-662-56821-7

Über www.springer.com/de/book/9783662568217
finden Sie den Pflege-Report 2018 auch als
Open-Access-Publikation



Foto: AOK-Bundesverband

Dr. Antje Schwinger,
Mitarbeiterin des
Forschungsbereichs
Pflege im WIDO

„Bei der Qualität der Versorgung von Pflegebedürftigen gibt es viele Faktoren. Sie hängt nicht allein von den Pflegekräften ab. Um diese Qualität zu messen, bedarf es einer sektoren- und damit berufsgruppenübergreifenden Herangehensweise.“

WIDO-TICKER: Informationen zum Praktikantenprogramm des WIDO unter www.wido.de +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter www.wido.de +++ Direktbestellungen von WIDO-Publikationen unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144

Arzneimittel-Rabattverträge

Mehr Vielfalt, stabilere Versorgung

Welche Auswirkungen Arzneimittel-Rabattverträge haben, hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) überprüft.

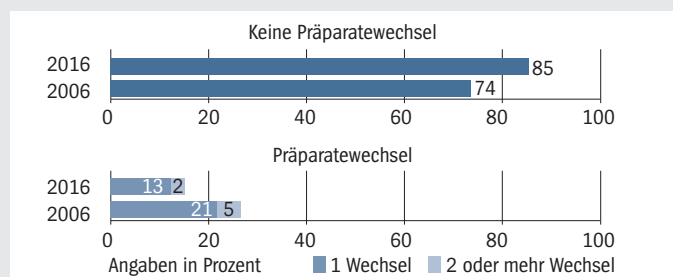
Arzneimittel-Rabattverträge erhöhen die Anbietervielfalt im Generikamarkt. Befürchtungen der Pharmaindustrie, die Verträge trügen durch einen stärkeren Kostendruck zur Oligopolbildung und zur Konzentration des Marktes auf wenige Anbieter bei, widerlegt eine Untersuchung des WIdO.

Ein weiterer Vorteil: Unnötige Medikamentenwechsel werden seltener. Im Jahr 2016 erhielten 85 Prozent der Patienten, die dauerhaft Medikamente einnahmen, ihr Präparat immer vom selben Hersteller. Dieser Anteil ist seit

der Einführung der Arzneimittel-Rabattverträge um rund 15 Prozent gestiegen. Außerdem sanken durch die Verträge die

GKV-Ausgaben für Arzneimittel im Jahr 2017 um vier Milliarden Euro – auch dies zeigt die WIdO-Analyse. ■

Arzneimittel-Rabattverträge der AOK verringern häufige Medikamentenwechsel



Patienten, die dauerhaft Medikamente einnehmen müssen, erhalten ihr Präparat nicht immer vom selben Hersteller. Mit der Einführung der Arzneimittel-Rabattverträge sind diese Medikamentenwechsel zurückgegangen.

Quelle: WIdO; Grafik: G+G Wissenschaft 2018



Fricke U, Günther J, Niepraschk-von Dollen K, Zawinell A (Hrsg.): *Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. ATC-Index mit DDD-Angaben.* Berlin 2018, Stand: Mai 2018 http://wido.de/arcz_atcddd-klassifi.html

Multiple Sklerose

Risikoreiche Hoffnungsträger

Bei jedem zweiten Arzneimittel, das gesetzlich Krankenversicherte mit Multipler Sklerose 2017 erhielten, sind Langzeitwirkung und Sicherheitsrisiken nicht ausreichend bekannt.

Multiple Sklerose (MS) ist in Deutschland die häufigste neurologische Erkrankung junger Erwachsener. Die Autoimmunerkrankung verläuft meist schubförmig und führt zu körperlicher Behinderung. Vor zwanzig Jahren kamen erstmals zwei Arzneimittel auf den Markt, mit denen sich die Krankheitsschübe prophylaktisch behandeln lassen. Deren Wirk-

samkeit und Sicherheit sind seitdem gut erforscht.

Mittlerweile stehen insgesamt elf Wirkstoffe zur Verfügung. Für die neueren Wirkstoffe gibt es bisher keine Studien, die besagen, ob sie tatsächlich das Fortschreiten der Erkrankung aufhalten. Ebenso fehlt eine vergleichende Beurteilung der Mittel untereinander. Auch ihre Nebenwirkungen sind noch nicht abschließend einschätzbar. So musste das Arzneimittel Zinbryta® mit dem Wirkstoff Daclizumab nach Meldungen über schwere Hirnhautentzündungen weltweit vom Markt ge-

nommen werden. Dennoch entfiel knapp die Hälfte der Verordnungen bei MS auf die neuen Präparate. Das zeigt eine Analyse des GKV-Arzneimittelindex.

Das WIdO analysiert im GKV-Arzneimittelindex den deutschen Arzneimittelmarkt, um zu einer qualitativ hochwertigen, wirtschaftlichen Versorgung beizutragen. Dazu wird die international geltende anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) jährlich an die Situation des deutschen Arzneimittelmarktes angepasst. ■

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Prof. Dr. Klaus Jacobs: „Die Pflegeversicherung auf den Kopf stellen!“, öffentliches Fachgespräch der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, Berlin 6/18 +++ Prof. Dr. Klaus Jacobs: „Gesetzliche Krankenversicherung für Beamte“, öffentliches Fachgespräch im Ausschuss für Finanzen des Landtags Sachsen-Anhalt zu einem Antrag der Fraktion DIE LINKE, Magdeburg 6/18

Verbesserte Bedingungen in der Pflege – zur aktuellen Diskussion um Bedarf und Instrumente

von Jonas Schreyögg¹ und Ricarda Milstein²

ABSTRACT

Die Relevanz der Pflege für die Behandlungsqualität im Krankenhaus ist klar belegt. Die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen und krankenhausindividuellen Pflegebudgets sind gerade in ihrer Kombination potenziell ein starkes Signal an die Pflege. Ihr Erfolg hängt jedoch maßgeblich von der Ausgestaltung ab und davon, ob eine Nichteinhaltung mit Konsequenzen verbunden ist.

Schlüsselwörter: Pflege, Pflegepersonaluntergrenzen, Krankenhaus, Koalitionsvertrag, Qualität, Krankenhausvergütung

The contribution of nurses to patient outcomes is unquestioned. The government has decided to introduce minimum nurse staffing ratios in German hospitals and to separate nurse staffing costs from the overall hospital budget. Both policies combined send a clear signal to the nursing workforce. Whether or not these policies will unfold their effect depends largely on their implementation and effective sanctioning mechanisms.

Keywords: care, minimum nurse staffing ratios, hospital, coalition agreement, quality, remuneration

1 Einleitung: Pflege im Koalitionsvertrag

Die Berufsgruppe der Pflegekräfte ist eines der Rückgrate des deutschen Gesundheitssystems. Ihre Wichtigkeit für die Behandlungsqualität von Patienten ist eindeutig und die Auswirkungen einer schwachen Personalbesetzung in der Pflege sind wissenschaftlich gut dokumentiert (Schreyögg und Milstein 2016 b). Deutschland trägt dieser Tatsache Rechnung: Erstens führt die Bundesregierung Pflegepersonaluntergrenzen ein – Verhältniszahlen von Pflegekräften zu Patienten, bei denen die Zahl der Patienten pro Pflegekraft nicht überschritten werden darf. Damit folgt sie der internationalen positiven Erfahrung mit diesem Instrument und setzt eine langjährige Forderung der betroffenen Berufsgruppe um. Zweitens ergänzt die Regierung dies um die Schaffung eines krankenhausindividuellen Pflegebudgets (CDU, CSU und SPD 2018). Durch dieses soll der dem Fallpauschalensystem beziehungsweise dem System der Diagnosis Related Groups (DRGs) inhärente ökonomische Anreiz für Krankenhäuser, die Pflegekosten möglichst gering zu

halten, abgemildert werden. Gleichzeitig sollen die positiven gewünschten Effekte des DRG-Systems, namentlich die Reduzierung der Verweildauer und die Honorierung von Innovation und Effizienz, erhalten bleiben. Zur Umsetzung dieses Gedankens bieten sich verschiedene Ansätze an, die jeweils Vor- und Nachteile mit sich bringen und sich vor allem darin unterscheiden, wie weitgehend die Pflegekosten vom DRG-System entkoppelt werden sollen.

Der vorliegende Artikel spannt den Bogen von der Ausgangssituation der Pflege im Krankenhaus bis hin zu einer möglichen Umsetzung der krankenhausindividuellen Pflegebudgets. Im zweiten Abschnitt beleuchtet er den Status quo, die Entwicklung der Personalzahlen in den letzten zwei Jahrzehnten, sowie die deutsche Situation im Vergleich zu ausgewählten Nachbarländern und diskutiert die derzeit kursierenden Personalforderungen. Im dritten Teil stellt er Pflegepersonaluntergrenzen vor, verweist auf die internationale Erfahrung mit diesem Instrument und diskutiert die deutsche Übertrag-

¹ Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg, Universität Hamburg · Hamburg Center for Health Economics · Esplanade 36 · 20354 Hamburg
Telefon: 040 428388041 · E-Mail: jonas.schreyoegg@uni-hamburg.de

² Ricarda Milstein, Universität Hamburg · Hamburg Center for Health Economics · Esplanade 36 · 20354 Hamburg · Telefon: 040 428388047
E-Mail: ricarda.milstein@uni-hamburg.de

barkeit und Anforderungen. Viertens und abschließend stellt er drei Konzepte zur Ermittlung eines krankenhausindividuellen Pflegebudgets vor und wägt diese gegeneinander ab.

2 Die Zahl der Pflegekräfte in Deutschland

Derzeit ist nicht klar, wie viele Pflegekräfte tatsächlich im stationären Sektor beschäftigt sind. Das Statistische Bundesamt gibt jährlich zwei unterschiedliche Zahlen heraus, die auf unterschiedlichen Datenquellen beruhen. Die „Grunddaten der Krankenhäuser“ weisen für das Jahr 2016 eine Zahl von 325.199 Vollkräften aus (*Statistisches Bundesamt 2017 a*). Diese Zahl basiert auf der jährlichen Befragung von Krankenhäusern und beinhaltet die Zahl der direkt im Krankenhaus angestellten Pflegekräfte. Pflegekräfte in Gestellungsverträgen, im Outsourcing-Verhältnis sowie Beschäftigte in krankenhausinternen Pflegepools sind jedoch in der Regel nicht enthalten, weswegen davon auszugehen ist, dass diese Zahl deutlich unterschätzt ist. Als zweite Zahl nennt das Statistische Bundesamt in seiner bis 2017 publizierten Fachserie zum Gesundheitspersonal 377.000 Vollkräfte für das Jahr 2015 (*Statistisches Bundesamt 2017 b*). Diese Angabe basiert darauf, wo der jeweilige Arbeitgeber seine Pflegekräfte sozialversicherungspflichtig gemeldet hat. Die Zuordnung ist dem Arbeitgeber selbst überlassen, weswegen sich beispielsweise kirchlich angestellte Pflegekräfte auch unter der Zuordnung „kirchliche Vereinigung“ anstatt „Krankenhaus“ wiederfinden können. Dadurch ist auch an dieser Stelle die genaue Anzahl nicht eindeutig zu ermitteln. Als weitere Option bieten sich die strukturierten Qualitätsberichte an, die jährlich veröffentlicht werden und auf Selbstangaben der Krankenhäuser beruhen. Für das Jahr 2016 summiert sich die Zahl der im Krankenhaus beschäftigten Pflegekräfte auf 354.119 Vollkräfte. Durch die präzise Ausfüllanleitung ist bei dieser Zahl davon auszugehen, dass sie auch Pflegekräfte jenseits der Direktverträge, also beispielsweise Arbeitnehmer in Gestellungsverträgen oder Outsourcing-Verhältnissen, enthält (*Schreyögg und Milstein 2016 a*). Nach intensiven Plausibilitätsprüfungen (unter anderem zahlreichen Stichprobenprüfungen) erscheinen Personalangaben aus den Qualitätsberichten bei der Mehrzahl der Krankenhäuser belastbar und qualitativ hochwertig.

Zahl der frühen 1990er wieder erreicht

Ausgehend von den Grunddaten des Statistischen Bundesamtes hat die Zahl der im Krankenhaus angestellten Pflegekräfte (in Vollzeitäquivalenten) ihr Ausgangsniveau von 1991 nach Zeiten des Aufwuchses und Abbaus wieder erreicht. Im Verhältnis zu den Pflegetagen zeigt sich sogar eine leichte Verbesserung im Vergleich zur Ausgangssituation. Zwar ist die Zahl

der Fälle in den vergangenen zwei Jahrzehnten um etwas mehr als ein Drittel gestiegen, gleichzeitig hat sich jedoch die Verweildauer der Patienten fast halbiert. Dies führt zu einer Reduzierung der Pflegetage um etwa 30 Prozent (*Statistisches Bundesamt 2017 a*). Wenn man allein die Entwicklung der Pflegetage heranzöge, wären Pflegekräfte heute weniger belastet als noch vor 20 Jahren. Vier Einschränkungen erschweren allerdings die Interpretation dieser Zahlen. Erstens bildet diese Entwicklung die parallel zunehmende Arbeitszeitverdichtung nicht ab. Ein höherer Patientendurchlauf und morbidere Patienten bedeuten einen intensiveren Arbeitseinsatz bei weniger Zeit. Dies könnte dazu führen, dass die tatsächliche Belastung der Pflegekräfte unterschätzt wird. Zweitens gibt die Zahl der Pflegekräfte aus den Grunddaten des Statistischen Bundesamtes die Zahl der in Direktverträgen angestellten Personen wieder, ermöglicht allerdings keine Information zur Zahl der Krankheitsfälle. Es ist nicht bekannt, ob sie in dem letzten Jahrzehnt zu- oder abgenommen hat oder konstant geblieben ist. Drittens erfassen die Informationen nicht den Faktor der technischen Innovation, der wiederum den Arbeitsalltag der Pflege erleichtert. Viele Eingriffe können dank minimalinvasiver Technik schnell und hochwertig durchgeführt werden, während sie Ende der 1990er noch lange Krankenhausaufenthalte mit intensiver Pflege erforderten. Viertens ist unklar, wie sich das Risikoprofil der Patienten über die Zeit entwickelt hat. Die medizinische und ökonomische Fallschwere in Krankenhäusern kann zwar pro Jahr mit den deutschen Daten relativ gut gemessen werden. Eine Veränderung über die Zeit ist jedoch aufgrund der sich verändernden Kodierung gerade bei Nebendiagnosen nur eingeschränkt zu ermitteln. Insgesamt kann man daher festhalten, dass die Entwicklung der objektiven Arbeitsbelastung für Pflegekräfte in Deutschland mit den derzeit verfügbaren Datenquellen nicht zu bestimmen ist.

Blick auf andere Länder wenig aussagekräftig

Im Vergleich zu anderen OECD-Mitgliedsstaaten ist Deutschland etwa auf einer Ebene mit seinen Nachbarn Frankreich und den Niederlanden einzuordnen. Verglichen mit den nordischen Ländern deutet sich ein erheblich größeres Gefälle an. Besonders zu Norwegen scheint der Abstand groß und mündet in Forderungen nach bis zu zusätzlich benötigten 566.000 Pflegekräften (*Simon 2015*). Drei große Einschränkungen schmälern allerdings den Nutzen internationaler Vergleiche für die deutsche Debatte. Zunächst sind die Datengrundlagen sehr unterschiedlich. Die Daten der Mitgliedsländer stammen aus Umfragen, aus Steuerangaben oder basieren auf Pflegeregistern und umfassen mal Pflegekräfte mit mindestens dreijähriger Ausbildung, mal alle praktizierenden Pflegekräfte (*OECD 2017*). Zudem unterscheidet sich die Versorgungssituation in Deutschland stark von beispielsweise den nordischen Ländern. Hiesige Krankenhäuser beteiligen sich in deutlich stärkerem Maße an der Versorgung leichterer stationärer Fälle, als dies in Nordeuropa der Fall ist. Somit ist das Risikoprofil

deutlich geringer, als dies im Norden der Fall ist, weswegen deutsche Häuser mit besseren, also höheren Betreuungsschlüsseln arbeiten müssen. Wenn das Verhältnis als „Pflegerkräfte pro Bett“ dargestellt wird, ist außerdem zu beachten, dass die Bettenauslastung in nordischen Ländern deutlich höher ist als in Deutschland. Dies bedeutet, dass die Belastung der Pflegerkräfte in nordischen Ländern deutlich höher ist, als es die Verhältniszahl gemäß OECD-Daten zunächst vermuten lässt.

Bisherige Bedarfseinschätzungen nicht belastbar

Durch die oben aufgeführten Einschränkungen ist weder ein Verweis auf vergangene Phasen noch auf die Besetzung anderer Länder geeignet, um Forderungen für den deutschen Krankenhaussektor abzuleiten. Die Zahl der von verschiedenen Seiten zusätzlich geforderten Pflegerkräfte reicht bis zu einer Zahl von 100.000 weiteren Pflegerkräften, wie von der Fraktion Die Linke und Ver.di angegeben (*Deutscher Bundestag 2016, 2017; ver.di 2017*). Der Ausgangspunkt für die geforderten 100.000 Kräfte ist ein internes Papier der heute nicht mehr existierenden GKV-Spitzenverbände von 1992 zur Schätzung des Mehrbedarfes der Pflegerkräfte durch Pflegepersonal-Regelung (PPR) (*Simon 2015*). Dieser wurde damals mit 83.000 Pflegerkräften angegeben, wobei nicht klar ist, woraus genau diese Annahme hergeleitet wurde. Da die Anforderungen an die Pflege um ein Drittel zugenommen haben, erhöhe sich der Mehrbedarf auf 100.000 Kräfte (*Simon 2015*). Diese Annahme ist in mehrerlei Hinsicht problematisch. Zunächst basiert die Zahl der vorhandenen Pflegerkräfte auf der wie eingangs dargestellt deutlich unterschätzten Angabe des Statistischen Bundesamtes. Zweitens fußt die Gesamtannahme auf einem internen Papier von 1992. Drittens ist nicht klar, ob die Arbeitsbelastung tatsächlich um ein Drittel zugenommen hat. Ähnlich wie andere in der Öffentlichkeit vorgetragene Forderungen basiert die Zahl von 100.000 Pflegerkräften auf wissenschaftlich nicht belastbaren Annahmen.

Hohe Heterogenität als eigentliches Problem

Wie bereits erwähnt, existiert gute Evidenz zum Zusammenhang der Pflegepersonalbesetzung und der pflegesensitiven Ergebnisindikatoren. Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit erbringen Krankenhäuser mit einer schlechten Pflegepersonalbesetzung schlechtere Qualitätsergebnisse als andere Krankenhäuser. Schaut man sich das Verhältnis von Pflegerkräften zu Patienten an, so offenbart sich eine sehr große Spanne zwischen sehr schwach und sehr gut besetzten Krankenhäusern in Deutschland. Beispielsweise weisen in der Neurologie die zehn Prozent der bestbesetzten Krankenhäuser einen Schnitt von fast einer Pflegerkraft zu einem Patienten auf und weisen folgerichtig nach Risikoadjustierung auch wesentlich bessere Qualitätsergebnisse auf als die zehn Prozent der am schlechtesten besetzten Krankenhäuser, die einen Schnitt von zirka einer Pflegerkraft zu zehn Patienten vorhalten (*Schreyögg und Milstein 2016 b*). Dabei soll-

te auch berücksichtigt werden, dass die bestbesetzten Krankenhäuser in Deutschland sogar im Vergleich mit den oftmals zitierten skandinavischen Ländern sehr gut dastehen. Hier gilt außerdem wie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens das Gesetz des abnehmenden Grenznutzens: Ab einer bestimmten Besetzung eines Krankenhauses stiften zusätzliche Pflegerkräfte keinen zusätzlichen Nutzen mehr für die Versorgungsqualität und die Arbeitsplatzattraktivität. Die öffentliche Diskussion um die Pflege wird demnach zu undifferenziert geführt. Es kann nicht darum gehen, mit der Gießkanne möglichst viele Pflegerkräfte irgendwie in Beschäftigungsverhältnisse zu bringen. Vielmehr muss daran gelegen sein, vor allem Krankenhäuser mit einer vergleichsweise schlechten Besetzung, das heißt die unteren 25 Prozent der Krankenhäuser pro Abteilungstyp, dazu zu befähigen, aufzuwachsen.

3 Qualitätsförderung dank Pflegepersonaluntergrenzen

Ein Problem vergangener Maßnahmenpakete zur Stärkung der Pflege war die fehlende Zielgenauigkeit und Nachhaltigkeit. Dies änderte sich erst 2017 mit den eingeführten Pflegepersonaluntergrenzen, da diese das Ziel verfolgen, Pflegerkräfte dorthin zu führen, wo sie am nötigsten gebraucht werden.

Vergangene Maßnahmen nicht zielgerichtet

Die 1992 mit dem deutschen Gesundheitsstrukturgesetz eingesetzte, 1996 ausgesetzte und 1997 wieder abgeschaffte PPR ordnete die Bemessung des Pflegebedarfes stationärer Patienten neu. Für jeden Patienten erfolgte eine individuelle Schätzung seiner Pflegebedürftigkeit, aus der die benötigte Anzahl an Pflegerkräften abgeleitet und vergütet wurde. Der genaue Effekt der Regelung ist unklar. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass die PPR zu einem kurzfristigen Aufbau von 17.000 bis 21.000 Pflegerkräften geführt habe, jedoch ist dies wissenschaftlich nicht belegt. Mit dem ersten Pflegesonderprogramm in der Förderperiode von 2009 bis 2011 wurden insgesamt rund 1,1 Milliarden Euro zusätzlich für Aufstockungen des Pflegepersonals aufgewendet. Nach Abzug des parallelen Personalabbaus summiert sich der Zuwachs über diese Förderperiode auf geschätzte 9.200 Pflegerkräfte (*GKV-Spitzenverband 2013*). Die Finanzaufwendungen gingen anschließend über die DRG-Vergütung und Zusatzentgelte für hochwertige Pflege in die Regelversorgung über. Auch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSZ) stellt zusätzliche Finanzmittel für die Pflege bereit. Das zweite Pflegestellen-Förderprogramm umfasst etwa 660 Millionen Euro für den Förderzeitraum von 2016 bis 2018, die im Jahre 2016 insgesamt knapp 600 von 2.000 Krankenhäusern zugutekamen und bisher mindestens 1.410 neue Pflegestellen schufen (*GKV-Spitzenverband 2017*). Diese Mittel sollen nach Ablauf der

Förderperiode in die reguläre Vergütung überführt werden. Allen drei Fördermaßnahmen liegt dieselbe Kritik zugrunde: Sie gelten als wenig zielgerichtet und nachhaltig. Es bleibt unklar, ob diese zusätzlichen Stellen tatsächlich dort aufgebaut wurden, wo sie besonders benötigt werden, und damit den höchstmöglichen Aufwuchs an Versorgungsqualität ermöglichen. Genau das wäre aber angesichts der ohnehin schon knappen Verfügbarkeit an Pflegekräften besonders wichtig.

Pflegepersonaluntergrenzen führen zu effektivem Personaleinsatz

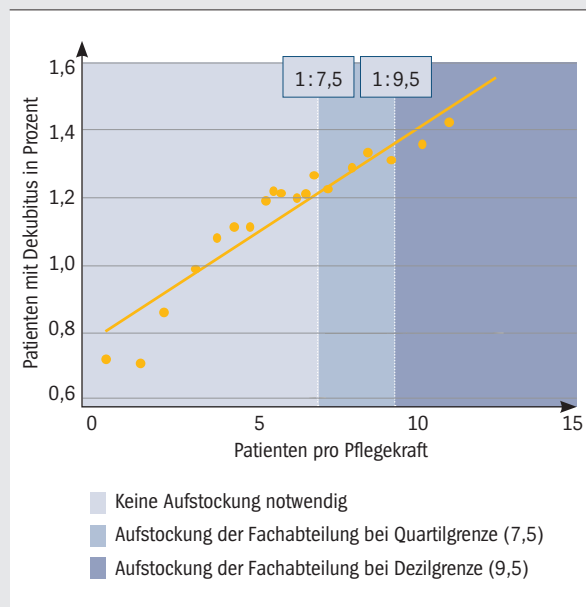
Pflegepersonaluntergrenzen setzen an der Kritik der bisherigen Fördermaßnahmen nach fehlender Steuerung an: Sie führen Pflegekräfte den Abteilungen beziehungsweise Bereichen zu, in denen die Besetzung besonders gering ist und in denen gleichzeitig der Beitrag für den Heilungsprozess von Patienten besonders groß ist. Die Untergrenzen geben eine Verhältniszahl von beispielsweise einer Pflegekraft zu zehn Patienten pro Schicht vor. Demnach darf eine Pflegekraft nicht mehr als zehn Patienten pro Schicht versorgen. Die Untergrenze kann in Abhängigkeit von der Abteilungsart variieren. In der Inneren Medizin ist zum Beispiel kein so intensives Betreuungsverhältnis notwendig wie in der Neurologie und dementsprechend eine größere Verhältniszahl möglich. Eine mögliche Abgrenzungsproblematik zwischen Abteilungen kann durch die Definition von Bereichen statt Abteilungen vermieden werden, wie es übrigens bereits durch die Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ empfohlen wurde. Im Extremfall kann sogar eine einheitliche Untergrenze für alle Normalstationen festgelegt werden, wie dies bereits seit Langem in Kalifornien mit Erfolg praktiziert wird. Andere Abteilungen, zum Beispiel die Intensivmedizin, erfordern entsprechend restriktivere Untergrenzen (Aiken et al. 2010).

Die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätssicherungsmaßnahme folgt einer Doppelstrategie. Aus Patientensicht garantiert sie eine ausreichende pflegerische Versorgung zur Minimierung unerwünschter Ereignisse. Aus Arbeitnehmersicht sichert sie Pflegekräfte vor übermäßiger Belastung, erhöht die Arbeitszufriedenheit und reduziert Burn-out-Raten. Mit der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen folgt Deutschland der positiven internationalen Erfahrung mit diesem Instrument, welches unter anderem in Australien und den USA erfolgreich eingesetzt wird. Besonders gut ist die Erfahrung in Kalifornien evaluiert. Dort führten sie sowohl zu einer gestiegenen Arbeitszufriedenheit unter den Pflegekräften als auch zu einer höheren Patientensicherheit (Aiken et al. 2010; Mark et al. 2013).

Bei der Einführung von Untergrenzen sollten zwei Kriterien maßgeblich sein: Erstens sollte die Priorität auf pflegesensitiven Abteilungen liegen, in denen der Einfluss der Pflege auf den Heilungsprozess besonders groß ist. Zahlreiche internationale

ABBILDUNG 1

Pflegepersonaluntergrenzen: Funktionsweise am Beispiel der Neurologie



Bei steigender Arbeitsbelastung der Pflege zeigt sich eine höhere Zahl an Dekubitusfällen. Je nach gewählter Grenze müssten die rechts davon gelegenen Fachabteilungen bis zur Grenze aufstocken.

Analysen zeigen, dass die Rolle der Pflege stark von den Charakteristika der jeweiligen Abteilung, wie beispielsweise der Patientenzusammensetzung und dem Patientendurchlauf, abhängig ist (Sales et al. 2008). Dies betrifft sowohl die generelle Frage, ob ein Zusammenhang zwischen der Pflegebesetzung und der Heilung des Patienten vorliegt, als auch dessen Stärke. In einem ersten Schritt haben sich die Selbstverwaltungspartner auf die Bereiche Geriatrie, Neurologie, Kardiologie, Herzchirurgie sowie Unfallchirurgie (für die Allgemeine Chirurgie) und Intensivmedizin geeinigt (DKG und GKV-Spitzenverband 2018, 11). Um Verlagerungseffekten vorzubeugen, sieht der Koalitionsvertrag die Ausweitung von Pflegepersonaluntergrenzen auf alle bettenführenden Abteilungen vor. Dies ist eine nachvollziehbare Erweiterung. Wegen des derzeitigen Personalmangels erscheint es bei der Umsetzung dieser Maßnahme allerdings dringend geboten, zusätzlich einzustellende Pflegekräfte zuerst in den Abteilungen einzusetzen, in denen ihr Beitrag hinsichtlich der Versorgungsqualität besonders groß ist. Die für die Expertenkommission erstellte Expertise hat hier bereits einen Weg aufgezeigt. Beispielsweise reduziert eine zusätzliche Pflegekraft in der Herzchirurgie die Mortalität um ein Prozent, in der Neurologie hingegen um 0,1 Prozent (Schreyögg und Milstein 2016 b).

Zweitens sollte das Augenmerk auf Krankenhäusern liegen, die derzeit schwach besetzt sind und deren Versorgungsqualität damit als kritisch einzustufen ist. Dafür bietet es sich an, die Grenze beim unteren Viertel anzusetzen. Die Krankenhäuser, die über dieser Grenze liegen, müssen nun bis zur Grenze aufstocken (in Abbildung 1 alle Krankenhäuser rechts der Grenze von 1:7,5). Eine geeignete Überprüfung ist unabdingbar, damit eine tatsächliche Umsetzung der Vorgaben stattfindet, beispielsweise durch Landesrechnungshöfe. Dies beinhaltet bei einer Nichtbeachtung Sanktionen, um das Patientenwohl nicht zu gefährden, wie beispielsweise einen Ausschluss von der Leistungserbringung im betroffenen Bereich.

Derzeit werden zwei Hauptkritikpunkte an Pflegepersonaluntergrenzen geäußert. Erstens sei das Instrument als solches nicht geeignet, da es die individuellen Pflegebedürfnisse der Patienten nicht berücksichtige und nicht flexibel genug sei. Ein individuelles Instrument wäre eine modifizierte Version der PPR. Letztere bedeutete damals einen Erhebungsaufwand von jährlich 150 Millionen Bewertungsbögen und wurde wegen der hohen administrativen Belastung von den Pflegeverbänden kritisiert. Im Gegensatz zu den sehr positiv evaluierten Untergrenzen liegt für ein Instrument mit individueller Bedarfsschätzung keinerlei Erfahrung vor. Es gibt derzeit keinen Anhaltspunkt, dass individuelle Instrumente wie eine Ausfinanzierung der PPR erfolgreich sind, geschweige denn den Untergrenzen überlegen seien. Stattdessen sind sie weniger intuitiv und schwieriger zu überprüfen. Zweitens wird befürchtet, dass Untergrenzen einen Minimalstandard festsetzen und gut besetzte Krankenhäuser bis zu besagter Grenze abbauen. Diese Erfahrung zeigt sich jedoch in internationalen Studien nicht. Mit einer dynamischen Ausgestaltung des Instrumentes, das heißt einer jährlichen Anpassung, kann dieser Gefahr zusätzlich entgegengewirkt werden.

4 Minderung des Anreizes zum Pflegeabbau

Der Koalitionsvertrag sieht zusätzlich zu den Pflegepersonaluntergrenzen die Einführung eines krankenhausindividuellen Pflegebudgets vor, durch das die Personalbesetzung im Krankenhaus von der DRG-Vergütung entkoppelt werden soll (*CDU, CSU und SPD 2018; BMG 2018*). Derzeit unterliegen die Krankenhäuser einem finanziellen Anreiz, in der Kostenart „Personalkosten – Pflegedienst“ unterhalb der Vergütung zu bleiben. Die Berechnung der DRGs erfolgt auf der Basis von Ist-Kosten. Die DRGs stellen dabei Durchschnittskosten dar. Dementsprechend liegt ein Teil der Krankenhäuser mit seinen Kosten über der jeweiligen DRG und muss einsparen, während die andere Hälfte darunter liegt. Dieser systeminhärente Anreiz zur Kostenminimierung (eigentlich Deckungsbeitragsmaximierung) ist ein bewusster Bestandteil des DRG-Systems und soll Innovationen und

notwendige Effizienzsteigerungen belohnen. Derzeit stellt die Pflege einen Bestandteil der jeweiligen DRG dar, ohne gesondert ausgewiesen zu werden. Daher besteht auch für den Pflegeanteil der DRGs, der über den DRG-Browser für jede DRG abzuleiten ist, der Anreiz zur Kostenminimierung.

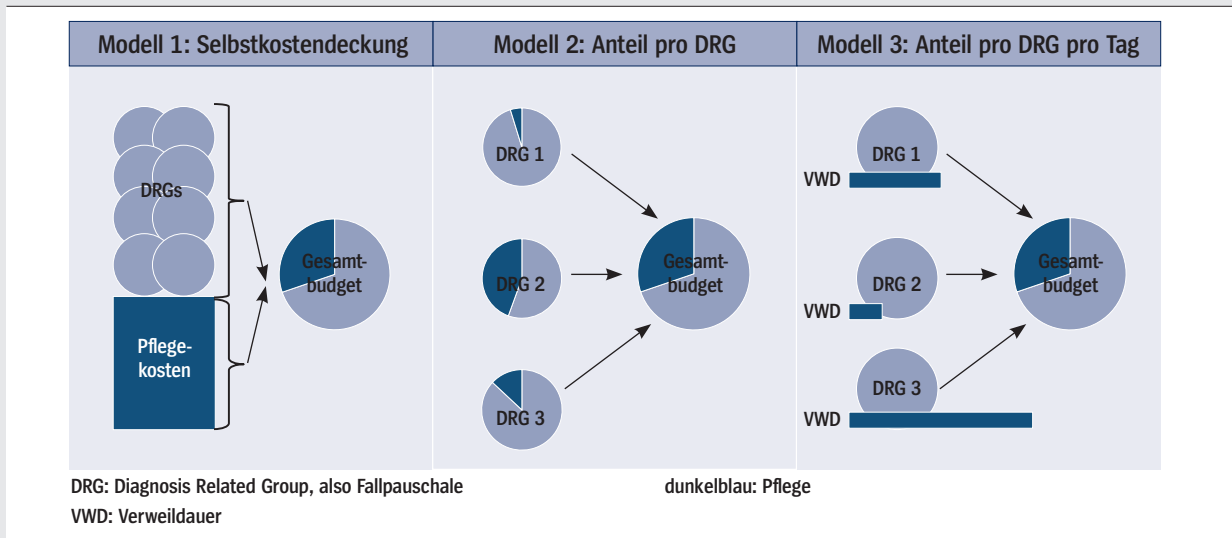
Mit dem Wissen um den klaren Zusammenhang zwischen Pflegebesetzung und Versorgungsqualität erscheint dieser ansonsten sinnvolle Anreiz für den Bereich der Pflege nicht adäquat. Die Kernfrage ist daher: Wie kann dieser Anreiz für die Pflege gemindert oder sogar in die andere Richtung gedreht werden, bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des Anreizes für andere Kostenarten?

Grundsätzlich geht es darum, Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf eines Krankenhauses zu vergüten, ohne den Kostenminimierungsanreiz des DRG-Systems in anderen Kostenarten zu zerstören. Dabei können Pflegekosten auf verschiedene Arten in ein eigenes Budget zur Deckung des krankenhausindividuellen Bedarfs überführt werden. In der extremsten Form kann das Pflegepersonal ausgegliedert werden und entfällt damit komplett aus der Kalkulation der Relativgewichte des DRG-Systems (Modell 1 in Abbildung 2). Stattdessen werden die vom Krankenhaus angestellten Pflegekräfte unabhängig von den Fall Erlösen komplett ausfinanziert. Dieses Modell wäre sicher das stärkste politische Signal an die Pflegekräfte in Deutschland. Es entspricht weitestgehend dem alten Selbstkostendeckungsprinzip. Das Budget lässt sich direkt in Pflegestellen übersetzen und ist daher für Außenstehende direkt nachzuvollziehen. Durch die komplette Herausnahme aus dem DRG-System wird die Pflege von der Fallzahl entkoppelt und der Anreiz zur Kostenminimierung für Pflege bei dieser Option ausgeschaltet und sogar in das Gegenteil verkehrt. Gleichzeitig ist dieses Modell allerdings mit drei großen Problemen verbunden, für die vor Einführung eine Lösung gefunden werden müsste:

Erstens die fehlende Zielgenauigkeit: Wie bereits oben dargestellt, kann es nicht zielführend sein, durch Zufallsprozesse in irgendwelchen Krankenhäusern Pflegekräfte aufzubauen. Zu der Frage, ob sich Krankenhäuser einen Aufbau in der Pflege finanziell leisten können, gesellt sich die Frage, ob sie auf dem Arbeitsmarkt attraktiv genug sind, um Pflegekräfte auch gewinnen zu können. Derzeit gut ausgestattete Krankenhäuser, darunter viele große Maximalversorger, sind attraktive Arbeitgeber und haben einen guten Zugang zum Arbeitsmarkt für Pflegekräfte, unter anderem da sie oftmals teure Rekrutierungsprogramme unterhalten. Viele dieser Krankenhäuser benötigen eigentlich nicht dringend zusätzliche Pflegekräfte, würden diese aber einstellen. Der zusätzliche Nutzen dieser Pflegekräfte im Sinne der Versorgungsqualität wäre sehr begrenzt, da man auch hier empirisch einen abnehmenden Grenznutzen feststellen kann (*Schreyögg und*

ABBILDUNG 2

Drei Optionen zur Herleitung eines krankenhausindividuellen Pflegebudgets



Auf drei Weisen lässt sich ein krankenhausindividuelles Pflegebudget herleiten: durch Selbstkostendeckung (Modell 1), durch Herauslösen des Pflegeanteils aus den DRGs (Modell 2) und aus den Verweildauern der DRGs (Modell 3).

Quelle: eigene Darstellung der Autoren, 2016 lt. Grafik: G+G Wissenschaft 2018

Milstein 2016 b). Für Krankenhäuser mit derzeit schlechter Ausstattung, zu denen vor allem viele kleine Krankenhäuser zählen und die zusätzliche Pflegekräfte stärker benötigen als bereits gut ausgestattete Maximalversorger, besteht umgekehrt die Gefahr, dass sie selbst im Modell der Selbstkostendeckung keine Pflegekräfte einstellen können, da sie keinen guten Zugang zum Arbeitsmarkt für Pflege haben. Entsprechend ist eine Fehlallokation von Pflegekräften sehr wahrscheinlich. Selbst bei gleichzeitiger Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen ist zu befürchten, dass diese Häuser lieber eine Strafe für die Nichteinhaltung zahlen, als in aufwendige Programme für Rekrutierung zu investieren, die ihnen nicht refinanziert werden. Das heißt, durch hohe Strafen für Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen kann dieses Problem deutlich gemindert werden.

Zweitens eine Reduktion des Anreizes zur Verweildauerverkürzung: Deutschland hat immer noch lange Verweildauern im Vergleich zu anderen Ländern. Im aktuellen DRG-System besteht ein finanzieller Anreiz, die Verweildauer zu verkürzen. Letzteres gelingt durch Prozessinnovationen, wie zum Beispiel die Weiterentwicklung minimalinvasiver Verfahren, die den Innovationsstandort Deutschland stärken. Da die Verweildauer stark an die Pflege gebunden ist, sinkt der Anreiz, Verweildauern durch Prozessinnovationen zu senken, wenn die Pflege aus dem DRG-System herausgenommen

wird. Daher muss ein zusätzliches Instrument gefunden werden, um den Anreiz zu Prozessinnovationen aufrechtzuerhalten. Eine Lösung könnte eine zusätzliche Erlös Komponente für Krankenhäuser darstellen, die an die Verweildauer gekoppelt ist, beispielsweise durch Bonuszahlungen für kurze Verweildauern. Diese Erlös Komponente müsste aber finanziell attraktiv genug sein, um sich auf den Umsatz des Krankenhauses auszuwirken und den Wegfall des Verweildaueranreizes kompensieren zu können.

Drittens die Definition von Pflege und ein notwendiger Umbau des DRG-Systems: Eine sofortige Herausnahme der Pflege aus dem DRG-System setzt voraus, dass die Kostenart „Personalkosten – Pflegedienst“ eindeutig definiert ist und sich tatsächlich nur patientennahe Tätigkeiten dort befinden. Dies ist allerdings bisher nicht der Fall. Das Spektrum reicht von Verblisterung über Essenausgabe bis zu patientennahen Tätigkeiten. Bei anderen Häusern befindet sich die Essenausgabe wiederum in den Sachkosten. Ein weiteres Problem ist, dass die PPR-Minuten in der Kalkulationsmatrix nicht nur als Bezugsgröße für die Kostenart Pflege verwendet werden, sondern auch zum Beispiel für Sachkosten (als Näherungswert für die Fallschwere). Diese definitonische Arbeit, die qua System bisher nicht notwendig war, müsste nun vor der Herauslösung der Pflege aus dem DRG-System erfolgen und dieses müsste entsprechend umgebaut

werden. Ein Umbau wäre selbstverständlich möglich, würde aber selbst bei sehr klaren Vorgaben an die Selbstverwaltung vermutlich mindestens drei Jahre in Anspruch nehmen. Ein schnelles Signal an die Pflege wäre somit kurzfristig nicht zu senden.

Zwei weitere Ansätze würden ebenfalls das Dilemma der Kostenminimierung auflösen, aber eine bessere Zielgenauigkeit ermöglichen und wären schnell umsetzbar. Zum einen kann der Pflegeanteil für jede DRG bestimmt, über alle Fälle aufsummiert und in eine Stellenbesetzung umgerechnet werden (Abbildung 2, Modell 2). Dies erfolgt in den meisten Krankenhäusern ohnehin. Das so entstehende Budget wird derzeit von den Krankenhäusern oftmals als „InEK-Normkosten für Pflege“ bezeichnet. Es spiegelt die Durchschnittskosten wider, die Kalkulationskrankenhäuser für die jeweiligen DRGs für die Pflege aufgewandt haben. Dabei könnten Krankenhäuser angehalten werden, mindestens 100 Prozent der InEK-Normkosten beziehungsweise Durchschnittskosten für Pflege zu verausgaben. Ausgaben über den Durchschnittskosten für Pflege könnten zum Beispiel bis zu 150 Prozent vollständig erstattet werden. Dieser Korridor würde eine Steuerung ermöglichen und so eine oben skizzierte Fehlallokation vermeiden. Dieses Modell verbleibt in der Logik des DRG-Systems und verortet das Verweildauerisiko weiterhin aufseiten der Krankenhäuser. Als modifizierte Variante ließe sich die Verweildauer ebenso von den DRGs abtrennen (Abbildung 2, Modell 3). Das heißt, es würde anders als in Modell 2 der Pflegeanteil pro DRG und pro Tag berechnet und dann über alle Fälle aufsummiert. Hier würden die Pflegetage ausfinanziert und damit zusätzlich das Verweildauerisiko für Krankenhäuser reduziert. Gleichzeitig bedeutet dies eine teilweise Rückkehr zur Vergütung nach Tagessätzen und erfordert ebenfalls eine wie in Modell 1 skizzierte Lösung zur Erhaltung des Verweildaueranreizes. Beide letztere Ansätze sind schnell umsetzbar und bedeuten weniger Änderungen als eine komplette Herauslösung der Pflege aus dem DRG-System. Gleichzeitig lösen die Modelle 2 und 3 die Pflege ebenfalls aus der Restriktion der Fallzahlorientierung. Alle drei Ansätze eint, dass der Bereich Pflege klar definiert werden muss, um festzuhalten, was genau getrennt finanziert werden soll, und um einen Anreiz zur Reintegration von ausgegliederten Tätigkeiten, unter anderem Essenausgabe, zu vermeiden, der ansonsten in allen drei Modellen bestünde. Allerdings könnte man bei den Modellen 2 und 3 schnell starten und die Definitionsarbeit im laufenden Betrieb als lernendes System vornehmen. Dabei sollten die finanziellen Zuwendungen bewusst als Stellen ausgedrückt werden, um sicherzustellen, dass mehr Geld auch in mehr Stellen mündet. Außerdem sollte berücksichtigt werden, dass Pflegepersonaluntergrenzen immer weiterhin erforderlich sein werden, da sie innerhalb der Krankenhäuser sicherstellen, dass in den Abteilungen beziehungsweise Bereichen ausreichend

Pflege vorhanden ist. Zuletzt ist ebenfalls bei allen drei Modellen zu berücksichtigen, dass eine Implementierung den Investitionsdruck auf die Länder weiter erhöhen wird.

5 Schluss: komplementäre Maßnahmen zur Stärkung der Pflege

Die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen und die Schaffung krankenhausesindividueller Pflegebudgets sind gerade in der Kombination gut geeignet, um einen Aufbau der Pflege zu beschleunigen. Ein krankenhausesindividuelles Pflegebudget dreht den bisher bestehenden Anreiz zur Reduktion der Pflegekosten um und unterstützt somit einen Aufwuchs an Pflegekräften. Pflegepersonaluntergrenzen folgen der Frage, ob genügend Personal an der richtigen Stelle zur Verfügung steht. Bei Unterbesetzung geben sie vor, wo genau der Aufbau stattfinden soll und bis zu welchem Grad er mindestens zu erfolgen hat. Dabei handelt es sich um ein international erfolgreich eingesetztes Instrument. Mit beiden Maßnahmen honoriert die Bundesregierung die Bedeutung der Pflegekräfte und stärkt diese Berufsgruppe. Bei dem individuellen Pflegebudget ist jedoch die Form der Ausgestaltung wichtig, um eine Fehlallokation der ohnehin kaum verfügbaren Pflegekräfte zu vermeiden. Bei Pflegepersonaluntergrenzen erscheint vor allem eine effektive Sanktionierung relevant.

Literatur

- Aiken LH et al. (2010):** Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. *Health Services Research*, Vol. 45, No. 4, 904–921
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2018):** Eckpunktepapier. Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege CDU, CSU und SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode
- Deutscher Bundestag (2016):** Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann et al. und der Fraktion DIE LINKE. Gute Arbeit – Gute Versorgung: Mehr Personal in Gesundheit und Pflege. Drucksache 18/7568. Berlin: Deutscher Bundestag
- Deutscher Bundestag (2017):** Antrag der Abgeordneten Matthias W. Birkwald et al. und der Fraktion DIE LINKE. Wahlkampfversprechen erfüllen – Verbindliche Personalbemessung in Krankenhäusern durchsetzen. Drucksache 19/30. Berlin: Deutscher Bundestag
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) und GKV-Spitzenverband (2018):** Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V. Zwischenbericht des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) an das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: DKG und GKV-Spitzenverband

GKV-Spitzenverband (2013): Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG (Förderjahre 2009 bis 2011). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: GKV-Spitzenverband

GKV-Spitzenverband (2017): Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegestellen-Förderprogramm im Förderjahr 2016 an das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: GKV-Spitzenverband

Mark BA et al. (2013): California's Minimum Nurse Staffing Legislation: Results from a Natural Experiment. *Health Services Research* Vol. 48, No. 2, Pt. 1, 435–454

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2017): OECD Health Statistics 2017. Definitions, Sources and Methods. Professional Nurses and Midwives Employed in Hospitals. Paris: OECD Publishing

Sales A et al. (2008): The Association Between Nursing Factors and Patient Mortality in the Veterans Health Association: the View from the Nursing Unit Level. *Medical Care*, Vol. 46, No. 9, 938–945

Schreyögg J, Milstein R (2016 a): Expertise zur Quantifizierung der Pflegezahlen in Deutschland sowie zum Überblick über die normative Bestimmung des Pflegebedarfes in ausgewählten OECD-Ländern. Im Auftrag der Expertenkommission „Pflegepersonal

im Krankenhaus“ im Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Hamburg: Hamburg Center for Health Economics

Schreyögg J, Milstein R (2016 b): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Hamburg: Hamburg Center for Health Economics

Simon M (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Hannover: Hochschule Hannover

Statistisches Bundesamt (2017 a): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12. Reihe 6.1.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt (2017 b): Gesundheit. Personal. Fachserie 12. Reihe 7.3.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

ver.di (Vereinte Dienstleistungsgesellschaft) (2017): Klinikpersonal entlasten. Mehr von uns ist besser für alle; <https://gesundheit-soziales.verdi.de> →Themen →Klinikpersonal entlasten

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 25. Juni 2018)

DIE AUTOREN



Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg,

Jahrgang 1976, ist wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics an der Universität Hamburg. Dort hat er den Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen inne. Er studierte, promovierte und habilitierte an der Technischen Universität Berlin, wo er von 2007 bis 2008 eine Juniorprofessur innehatte, bevor er 2009 einen Ruf an die Ludwig-Maximilians-Universität in München annahm. Er ist seit 2014 Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.



Ricarda Milstein,

Jahrgang 1988, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen an der Universität Hamburg. Nach dem Bachelorstudium der Politikwissenschaften an der Freien Universität Berlin, einem Masterstudium der Chinastudien in Hangzhou und einem Masterstudium Public Policy an der Hertie School of Governance in Berlin begann sie im September 2014 mit ihrem Promotionsstudium. Ihre Schwerpunkte sind die Qualität im Gesundheitswesen und internationale Gesundheitssystemanalysen.

Arzneimittel – transparente Preise sinnvoller als Versandhandelsverbot

von Iris an der Heiden¹

ABSTRACT

Im Koalitionsvertrag hat sich der Einsatz für ein Verbot des Versandhandels mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln (Rx)

gegen ein erhöhtes Beratungs- und Sicherstellungshonorar bei drohender Unterversorgung durchgesetzt. Im Gutachten „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise“ wurden wesentliche neue Erkenntnisse zur flächendeckenden Versorgung mit Apotheken, zu der Struktur der Honorierung für Apotheken und dem pharmazeutischen Großhandel sowie Daten zur aktuellen Entwicklung nach dem EuGH-Urteil im Marktanteil der Versender gewonnen. Es zeigt sich, dass ein Rx-Versandverbot allein den großen, wirtschaftlich bedrohten Anteil der Apotheken nicht im Bestand bewahren kann. Vielmehr fehlt eine Problemdefinition für die flächendeckende Versorgung mit Apotheken; Maßnahmen zur Sicherstellung sind bereits gesetzlich verankert. Ganz im Gegensatz dazu steht das aktuell zu lösende Problem der zu hohen Kosten im Gesundheitsbereich, das unmittelbar eine transparente und gerechte Vergütung über die AMPreisV verlangt.

Schlüsselwörter: AMPreisV, Apothekenhonorar, Rx-Versandverbot, flächendeckende Versorgung, Gutachten BMWi

In the coalition agreement, the ban on mail-order sales of prescription medicines (Rx) has prevailed against an increased consultancy and guarantee fee in the event of imminent shortages. Within the scope of the expert opinion “Determination of the necessity and extent of changes in the prices regulated in the Pharmaceutical Price Ordinance (AMPreisV)” significant new findings have been made on the nationwide provision of pharmacies, the structure of fees for pharmacies and pharmaceutical wholesaling, and the current development in the market share of mail order companies according to the decision of the European Court of Justice. It turns out that a Rx shipping ban cannot save the large, economically threatened portion of pharmacies. Rather, there is no problem definition for the nationwide supply of pharmacies, measures to ensure are already enshrined in law. In stark contrast, the current problem of over-cost health care must be solved, which directly requires transparent and equitable remuneration through the AMPreisV.

Keywords: AMPreisV, pharmacy fee, prohibition on sales by mail order, area-wide supply, BMWi

1 Einführung: Ziel des Koalitionsvertrages

Flächendeckung ist ein übergeordnetes Ziel der Gesundheitsversorgung der neuen Regierung. In der Verhandlung des Koalitionsvertrages waren in Bezug auf die Apotheken lange zwei Aspekte zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgungsleistung in der Diskussion: ein Verbot des Versandhandels mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln (Rx) und ein erhöhtes Beratungs- und Sicherstellungshonorar bei drohender Unterversorgung. Letztlich hat sich das Rx-Versandverbot im Koalitionsver-

trag durchgesetzt, wenn auch nur als weiches Ziel, dass sich die Regierung dafür einsetzt. Gleichwohl gibt es seitdem eine weitergehende Debatte darüber, ob das für die Apotheken eine günstige Entscheidung war, selbst wenn ein Verbot umsetzbar ist. Die Reform des Honorars ist als Thema erhalten geblieben und wird weiterhin als Alternative im Erhalt der Flächendeckung gehandelt, sollte sich das Verbot als nicht umsetzbar erweisen.

Zu den möglichen Folgen des Urteils C-148/15 des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 19. Oktober 2016 zur Er-

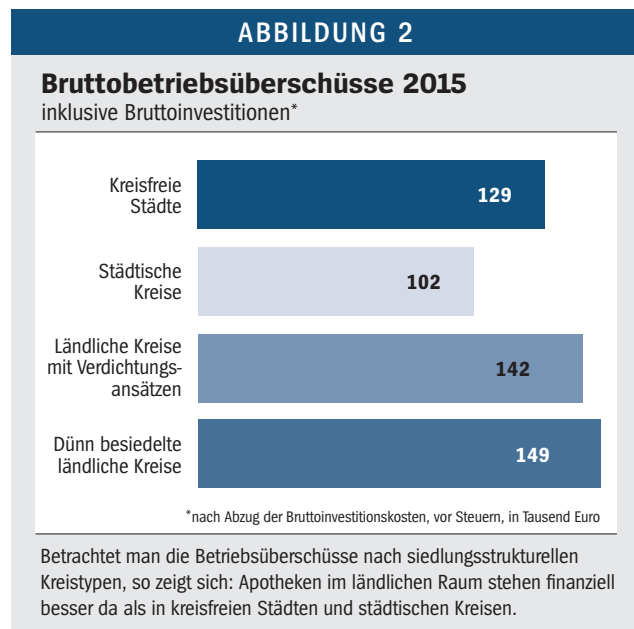
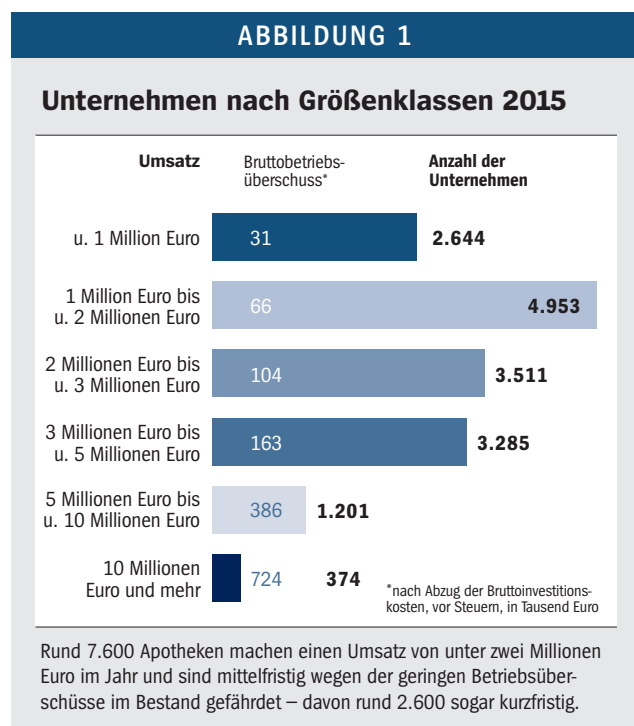
¹ Iris an der Heiden, IF| Institut für sozioökonomische Forschung/2HM & Associates GmbH · Dekan-Laist-Straße 17a · 55129 Mainz
Telefon: 06131 328090 · E-Mail: iris.anderheiden@2hm.de

laubnis von Boni bei ausländischen Versandapotheken auf die mittelfristige Wettbewerbssituation gibt es aktuell wenige Daten, da es sich bei dem Bezug von rezeptpflichtigen Arzneimitteln um sehr komplexe Produkte, Versorgungssituationen und Preiszusammensetzungen handelt, die Wettbewerbsvorteile schwer prognostizierbar machen. Im folgenden Beitrag werden auf der Grundlage des Gutachtens der zHM zur Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) (an der Heiden und Meyrahn 2017) die bestehenden Daten zum Rx-Versandhandel, zur flächendeckenden Versorgung mit Apotheken sowie die Herausforderungen für Anpassungen der Preise in der AMPreisV beschrieben.

2 Die Flächendeckung

Im Fokus der befürchteten Konsequenzen des EuGH-Urteils für die Flächendeckung steht die Bedrohung der wirtschaftlichen Situation der Vor-Ort-Apotheken und nicht die Leistung der Versandhändler an sich, die durch eine Lieferung nach Hause grundsätzlich der Flächendeckung dienen, wenn auch nur ergänzend, da nicht in der akuten Versorgung. Die wirtschaftliche Situation vieler Apotheken ist jedoch bereits vor dem EuGH-Urteil für ein langfristiges Bestehen gefährdet, wie die Jahresstatistik im Handel der amtlichen Statistik zeigt: Rund 7.600 Apothekenunternehmen erwirtschafteten bereits im Jahr 2015 einen Bruttobetriebsüberschuss vor Steuern und nach Bruttoinvestitionen von unter 100.000 Euro. Mit diesen 7.600 Apothekenunternehmen waren damit zirka 48 Prozent aller Apothekenunternehmen im Jahr 2015 mittelfristig im Bestand gefährdet, 2.600 davon waren mit einem Ergebnis von durchschnittlich nur 30.000 Euro kurzfristig gefährdet (Abbildung 1). Diese Apotheken sind durch ein Rx-Versandverbot zwar gegebenenfalls vor sich weiter verstärkendem Wettbewerbsdruck geschützt, jedoch auch im Verbotsfall immer noch für eine Geschäftsübergabe als Einzelunternehmen zu unrentabel, und damit ist eine weitere Konsolidierung der Apotheken sehr unwahrscheinlich.

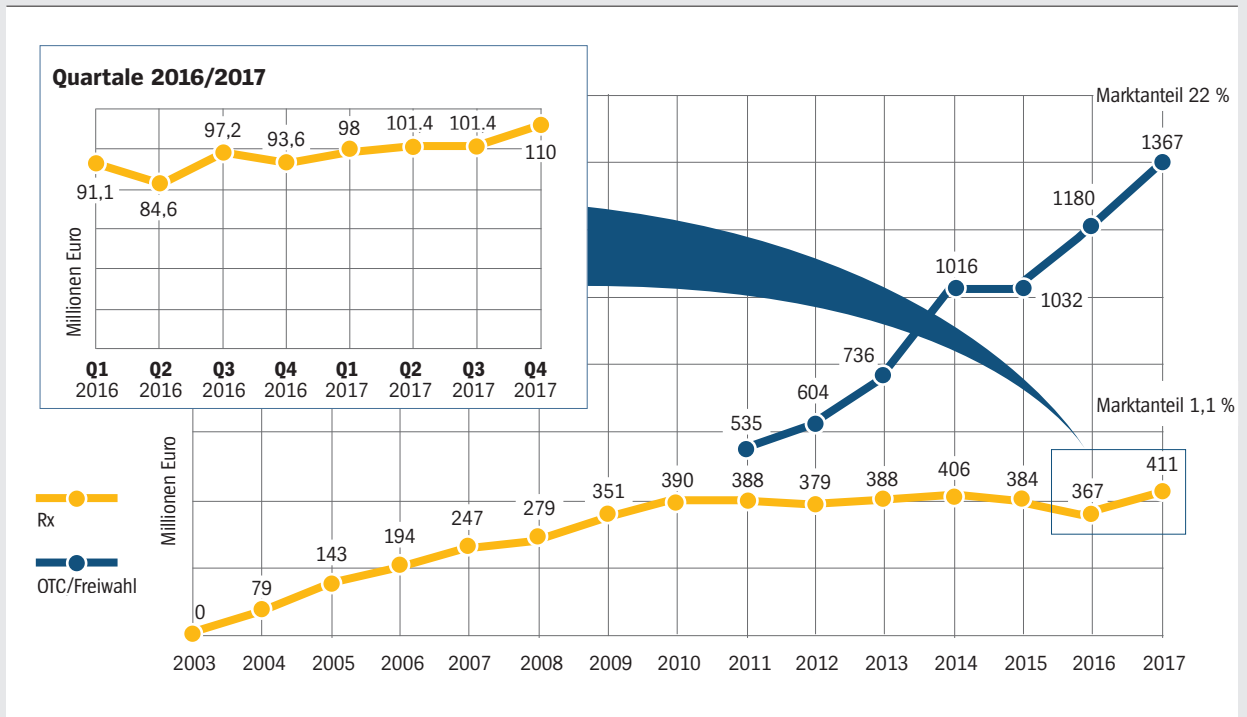
Aktuell ist die flächendeckende Versorgung durch Apotheken nicht gefährdet, für gegebenenfalls zukünftig in der Fläche fehlende Apothekenstandorte existieren gesetzliche Sicherungsmechanismen: Rezeptsammelstellen, Zweig- und Notapotheken. Die Reduktion der Apothekenstandorte in den vergangenen zehn Jahren findet verstärkt in großstädtischen Kreisen statt, die aufgrund der höheren Apothekendichte dort und der besseren Erreichbarkeit weniger Bedeutung für die Bedrohung der Flächendeckung besitzen. Über den von den Apothekerkammern verwalteten Nacht- und Notdienst ist eine kontinuierliche Versorgung der Bevölkerung sichergestellt. Wirtschaftlich geht es den Apotheken in dünn besiedelten Kreisen am besten, sie haben durchschnittlich die höchsten Betriebsergebnisse (Abbildung 2). Von den 7.600 wirt-



schaftlich gefährdeten Apotheken liegen nur 2.300 in ländlichen Kreisen. Diese Daten des Statistischen Bundesamtes widerlegen damit eindeutig ein eindimensionales Bild der „armen Landapotheke“. Eine aktuelle systematische Analyse der flächendeckenden Erreichbarkeit von Apotheken liegt nicht vor, genauso wenig eine Legaldefinition für die Zumutbarkeit der

ABBILDUNG 3

Bisheriges Wachstum des Rx-Versandhandels



Nach dem Start des Medikamentenversandhandels stieg der Onlineverkauf von Rx-Produkten zunächst kräftiger, ab 2010 jedoch kaum noch an. Auch das EuGH-Urteil zum grenzüberschreitenden Arzneiversandhandel vom Oktober 2016 führte bisher nur zu einem geringen weiteren Anstieg (Detailbetrachtung). Stark gewachsen ist der Umsatz mit OTC/Freiwahl-Präparaten: Von 2011 bis 2017 stieg er von 535 Millionen auf 1,367 Milliarden Euro.

Quelle: INSIGHT Health APO Channel-Monitor und GKV K1; eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

Entfernung zu einer Apotheke oder die richtige Anzahl an Apotheken, sodass eine Problemlage schwer zu beschreiben wäre. Dies ist auch insofern bisher nicht notwendig, als dass eine Aufhebung der Niederlassungsfreiheit oder Bedarfsplanung von den Akteuren nicht angestrebt wird. Für die Bewertung der Gefahr des Rx-Versandhandels für die flächendeckende Versorgung wäre daher genauer zu definieren, welche Struktur erhalten werden soll. Diese Frage wird bereits heute für die unabhängig vom Rx-Versandhandel bestehende Gefährdung von 7.600 Apothekenunternehmen nicht beantwortet.

3 Der Rx-Versandhandel

Der Marktanteil der Versender ist für rezeptpflichtige Arzneimittel nach 14 Jahren Versenderlaubnis marginal und wuchs in den 1,5 Jahren nach dem EuGH-Urteil mit Steigerungsraten von zirka zehn Prozent ebenfalls gering (Abbildung 3). Fortgeschrieben wäre bei gleicher Steigerungsrate im Jahr 2026 ein

Marktanteil von rund 2,4 Prozent erreicht. Letztlich ist eine zukünftig stärkere Steigerung des Marktanteils grundsätzlich möglich, zum Beispiel bei Einführung des E-Rezeptes, jedoch kaum vorhersagbar. Die Steigerungen des Marktanteils bei Rx müssten jedoch zunächst jährlich mindestens 40 Prozent betragen, um mittelfristig zu bedrohlichen Marktanteilen der europäischen Versender gegenüber den Vor-Ort-Apotheken zu führen – vergleichbar zu den Marktanteilen apotheken-, aber nicht rezeptpflichtiger Arzneimittel (*over the counter* oder OTC) und der Apotheken-Freiwahlartikel. Übrigens sind die OTC/Freiwahl-Marktanteile der Versender von 2004 auf 2011 auf zehn Prozent gewachsen (also mit durchschnittlich zirka 50 Prozent jährlichem Wachstum), und auf dieser dann bereits hohen Ausgangsbasis konnten die Versender mit durchschnittlich 13 Prozent jährlichem Wachstum ihren Marktanteil in einem ähnlichen Zeitraum von sieben Jahren auf 22 Prozent Marktanteil im Jahr 2017 noch einmal mehr als verdoppeln.

Als Treiber des Marktanteils der europäischen Versender werden die vom EuGH erlaubten Boni gesehen, die auf

Rx gewährt werden. Der Versandhandel ist jedoch unter anderem auch deshalb in der Lage, Boni zu zahlen, weil die Preise für Apothekenleistungen verstärkt die Abgabe von Fertigarzneimitteln honorieren. Leistungen, die im Allgemeinen deutlich seltener oder nie von Versandhändlern erbracht werden, müssen dagegen überwiegend von Vor-Ort-Apotheken deutlich unter Kostendeckung erbracht werden: die Abgabe von Betäubungsmitteln, die Herstellung von Rezepturen sowie die Leistung des Nacht- und Notdienstes.

Für die Preise in der AMPPreisV ergibt sich also aus dem EuGH-Urteil, die bereits im Mai 2017 mit Anhebung der Rezeptur- und Dokumentationszuschläge verfolgte Strategie weiterzuverfolgen, nicht nur den absoluten Festzuschlag für Fertigarzneimittel, sondern alle Leistungsbestandteile der AMPPreisV kostendeckend zu vergüten. Darüber hinaus besteht kein Anpassungsbedarf für die Preise in der AMPPreisV, da für den deutschen Markt nach wie vor Preisbindung gilt und auch in diskutierten Höchstpreismodellen Preise zu definieren sind.

Die Frage eines Versandhandelsverbotes für Rx berührt darüber hinaus vielfältige, über die erwähnten Punkte hinausgehende rechtliche und politische Fragen, die hier nicht vertiefend aufgegriffen werden können, wie zum Beispiel die Ungleichbehandlung von ausländischen und inländischen Versandhandelsunternehmen. Während sich die Politik im Koalitionsvertrag für ein Entweder-oder zu Verbot und Honorar entschieden hat, sind die beiden Themen letztlich größtenteils unabhängig voneinander. Beide Themen tangieren nur am Rande die flächendeckende Versorgung, die, wie bereits beschrieben, zunächst einer Problemdefinition bedürfte und bei einer zukünftigen tatsächlichen Bedrohung über Maßnahmen wie beispielsweise eine Bedarfsplanung wesentlich direkter angegangen werden könnte. Bis dahin dient die Vision eines flächendeckenden Apothekensterbens der Ablenkung von differenzierteren Fragestellungen wie der Fachkräftegewinnung oder der gerechten Preissetzung in der sicheren und kontinuierlichen Distribution und Abgabe von rezeptpflichtigen Arzneimitteln. Gerade weil es in Deutschland eine gute flächendeckende Versorgung mit Apotheken und Großhändlern gibt, ist die Preissetzung auch aus Sicht der Kosten für die Patienten zu hinterfragen und weiterzuentwickeln.

Wie das EuGH beim Thema Preisbindung kommen auch wir in unserem Gutachten (*an der Heiden und Meyrahn 2017*) zu dem Schluss, dass die aktuelle Preissetzung nicht konsequent den gesetzlichen Zielsetzungen folgt und daher im Sinne der berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher die Preise anzupassen sind. Im Folgenden wird dargestellt, warum die Preise in der AMPPreisV für Apotheken nach unten anzupassen sind. Die Hintergründe der Preissetzung für die Leistungen der vollversorgenden pharmazeutischen

Großhändler werden ebenfalls beschrieben. Zum Abschluss des Beitrages wird noch einmal auf die Sicherstellung der Flächendeckung eingegangen.

4 Nötige Preisanpassungen

Die Preise in der AMPPreisV vergüten die Leistungen der Großhändler und Apotheken, die Bevölkerung kontinuierlich und sicher mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln zu versorgen (Tierarzneimittel wurden übrigens aus der Betrachtung ausgeschlossen). Es obliegt dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi), diese Preisspannen in der Arzneimittelpreisverordnung festzulegen (§ 78 (1) AMG iVm AMPPreisV), und zwar unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher, der Apotheken und des Großhandels (§ 78 (2) AMG).

Während die berechtigten Interessen von Apotheken und Großhandel im Wesentlichen in der angemessenen wirtschaftlichen Vergütung ihrer Leistungen bestehen, liegen die berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher einerseits in der Sicherstellung der Versorgung (seit Mai 2017 explizit im AMG festgeschrieben: § 78 (2) AMG) sowie andererseits in angemessenen Preisen. Der Arzneimittelverbraucher wird in seinen Interessen dabei überwiegend von den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen vertreten. Die Balance dieser Interessen setzt die AMPPreisV seit 2004 für die Apotheken und seit 2012 für den Großhandel mit einer Berechnungsweise der Preise um, die Fertigarzneimittel durch Kostendeckung vergütet. Das Kostendeckungsprinzip stellt so einerseits sicher, dass die Qualität der Leistung auch unter sich verändernden Kosten weiterhin erbracht werden kann, und schützt andererseits die Verbraucher vor überhöhten Preisen. In den vergangenen Jahren wurden zusätzlich weitere Preisbestandteile in Richtung einer besseren Kostendeckung erhöht beziehungsweise ergänzt, um die flächendeckende Versorgung zu fördern (zum Beispiel der Nacht- und Notdienstfonds im Jahr 2013 und höhere Rezeptur- und Dokumentationszuschläge im Jahr 2017).

Ein Kostendeckungsprinzip impliziert eine Anpassung der Vergütung nach Kostenentwicklung. In der Vergangenheit sind die Preise entsprechend mehrfach angepasst worden – zunächst im Einvernehmen der Leistungs- und Kostenträger realisiert über die Höhe des Rabatts für die gesetzliche Krankenversicherung, der im SGB V festgelegt wird. Der im Jahr 2004 auf zwei Euro festgelegte Rabatt änderte sich 2005 auf 1,85 Euro, 2006 wieder auf zwei Euro, 2009 auf 2,30 Euro, dann auf 1,75 Euro, 2011 auf 2,05 Euro, dann 1,85 Euro, bis der Rabatt letztlich auf 1,77 Euro festgeschrieben wurde. Obwohl der „Abschlag

[...] so anzupassen [ist], dass die Summe der Vergütungen [...] leistungsgerecht ist unter Berücksichtigung von Art und Umfang der Leistungen und der Kosten der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung“ (§ 130 (1a) SGB V in der vor dem 29. August 2005 geltenden Fassung), machen die Schwankungen des Rabatts nach oben und unten deutlich, dass nicht nur die Kostenentwicklung in die jeweiligen Festlegungen eingeflossen sind, sondern auch zum Beispiel Einsparziele der jeweiligen gesundheitspolitischen Gesetzesreformen. Von Beginn an findet also eine Mischung von datenbasierten mit politischen Anpassungsmotiven in der Preissetzung statt. Die gesetzliche Festschreibung des GKV-Rabatts im SGB V auf 1,77 Euro manifestiert diesen Konflikt und die dem datenbasierten Anspruch des Modells zuwiderlaufende Anpassungspraxis: Man konnte sich auf keine gemeinsame Datenbasis einigen. In der Anpassungsberechnung auf Kostenebene im Jahr 2012, die ab diesem Zeitpunkt über die AMPPreisV erfolgen sollte, wurde durch das BMWi und das Statistische Bundesamt ebenfalls eine unvollständige Datenbasis für die dem absoluten Festzuschlag für Fertigarzneimittel zugrunde liegenden Kosten festgestellt (*BMWi 2016*). Im Ergebnis wurde damals der absolute Festzuschlag von 8,10 Euro auf 8,35 Euro angehoben. Diese Berechnung wurde jedoch von Apothekerseite kritisiert und offenbarte neben der Notwendigkeit eines konsensuellen Datensatzes auch Differenzen in der Bewertung und Umsetzung der im Jahr 2004 entwickelten Berechnungslogik.

Die Anpassungsrechnungen zeigen insgesamt die bis heute nicht erreichte Umsetzung eines mit der aktuellen AMPPreisV sowie dem § 130 SGB V angestrebten Paradigmenwechsels in der Preisbestimmung: die Preise leistungs- und kostenbezogen zu berechnen, anstatt sie anhand von Margen der Vergangenheit politisch zu verhandeln.

Inkonsistenzen in den Ausgangsberechnungen 2004 und 2012

Die Analyse der Datengrundlagen und Berechnungswege der Preise in der AMPPreisV zeigt bereits für die ersten Berechnungen Inkonsistenzen mit dem Leistungs- und Kostenbezug. Dieser sollte mit dem sogenannten Kombimodell 2004 implementiert werden, also dem damaligen Wechsel von prozentualen Zuschlägen hin zu einer Kombination aus einem absoluten und einem prozentualen Zuschlag. Während die Gesetzesbegründungen und die weiteren Quellen zum Kombimodell das Prinzip der Kostendeckung als Hintergrund der Preisbildung beschreiben, zeigen die dafür verwendeten Berechnungswege eine nur geringe Verankerung an leistungsbezogenen Kostendaten:

- Für folgende Leistungsbausteine, für die es auch Preise in der AMPPreisV gibt, gab es gar keine Daten zu Aufwänden oder Kosten: drei Prozent prozentualer Aufschlag

für Fertigarzneimittel, Herstellung von Rezepturen, Zubereitung von parenteralen Lösungen sowie die Abgabe von Betäubungsmitteln (BtM) und den Nacht- und Notdienst. Das allein ist noch mit dem Kombi-Modell vereinbar, da sich dieses nur auf die rezeptpflichtigen Fertigarzneimittel bezieht. Nicht angemessen ist jedoch, für die genannten Tätigkeiten gar keine Kosten für die Apotheke in der Berechnung anzunehmen. Das heißt, es wurden von den Gesamtkosten nur Kosten für OTC abgezogen, bevor der absolute Festzuschlag für Rx berechnet wurde.

- Warenwirtschaft und Verkauf der Arzneimittel und Produkte in der Freiwahl wurden in der Berechnung der Kosten ebenfalls nicht abgezogen, also wurde in der Berechnung angenommen, dass damit kein Aufwand beziehungsweise Deckungsbeitrag entsteht.
- Die Berechnungen für den absoluten Festzuschlag bezogen sich auf den Rohertrag und nicht auf die Kosten und beziehen somit den damaligen Gewinn mit ein. Dadurch wurde die Definition eines kalkulatorischen Unternehmerlohns umgangen und die Aufwände der Inhaber sind zwar eingeflossen, aber nicht als Bestandteil der Kosten definiert oder transparent gemacht worden.
- Obwohl es den klar umsatzbezogenen prozentualen Zuschlag von drei Prozent gibt, wurde auch im absoluten, als preisunabhängig definierten Zuschlag der Umsatz einberechnet. Mit der pauschalen Hälftigen-Absatz-Umsatz-Methode müssen rezeptpflichtige Arzneimittel, die durchschnittlich teurer sind als OTC, mit dem absoluten Festzuschlag deutlich höhere Kosten abdecken, als für diesen Zuschlag in der AMPPreisV vorgesehen ist, da dieser nicht preisgebunden sein sollte.

Im Ergebnis der damaligen Berechnung wurden mit dem absoluten Zuschlag für Rx-Fertigarzneimittel über 70 Prozent aller Kosten und Gewinne in der Apotheke vergütet, obwohl der Zuschlag eigentlich nur die preisunabhängigen Kosten der Abgabe, und ausschließlich der preisunabhängigen Abgabe von Rx-Fertigarzneimitteln, abdecken sollte. Der Absatz von Rx machte auch in der Berechnung 2012 jedoch maximal 40 Prozent in der Apotheke aus.

Für die Großhandelspreise wurde 2012 ebenfalls ein Kombimodell mit Kostendeckungsprinzip eingeführt. Beim Großhandel wurden die Rx-Kosten ausschließlich anhand der Packungszahl sowie des Zusatzaufwandes für Kühlung und BtM bestimmt, der Umsatz war hier sachgerecht im Gegensatz zu der Apothekenberechnung kein Zuordnungskriterium. Jedoch wurden auch beim Großhandel, statt wie beschrieben variable und fixe Kosten mit den prozentualen und absoluten Zuschlägen zu decken, bereits alle anfallenden Kosten für Rx durch den absoluten Zuschlag gedeckt. Die gedeckelten 3,15 Prozent wurden ohne Kostenbezug als „Marge“ dazugerechnet.

Neuberechnung mit umfassender Kostendeckung

Im Rahmen des Gutachtens „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise“ wurde neben der bisher beschriebenen Analyse eine Neuberechnung der Preise durchgeführt. Spezifische Leistungen der Apotheke wurden so berechnet, dass sie eigenständig kostendeckend vergütet werden und nicht überwiegend über den Zuschlag der Fertigarzneimittel. Diese leistungsgerechtere Vergütung, die wie bereits erwähnt auch im Vergleich zum Versandhandel gerechter ist, war nur möglich, indem der Aufwand für diese Leistungen erstmalig bestimmt wurde. Mit Datenerhebungen bei Apotheken und dem vollversorgenden Großhandel wurden die spezifischen Aufwände erfasst und in Kostensätze umgerechnet. Auch der Nacht- und Notdienst wurde in Bezug auf die erbrachten Zeiten und die Kosten für das qualifizierte Personal und die Ausstattung der Apotheken kostendeckend berechnet. Die Kosten für Rx-Fertigarzneimittel ergeben sich in der Neuberechnung trennscharf ohne die anderen Deckungsbeiträge der AMPreisV sowie in Abgrenzung zu Aufwänden für OTC und Freiwahl. Aufwände der Inhaber fließen als kalkulatorische Kosten mit ein, ebenso Bruttoinvestitionen der Apotheken und Großhandlungen.

Berechnungsergebnis

Die Leistungen für Rezepturen, Notdienst und erhöhten Dokumentationsaufwand sind für eine kostendeckende Vergütung um rund 500 Millionen Euro pro Jahr zu erhöhen. Beim zeitlichen Aufwand für die Zubereitung von parenteralen Lösungen sind die Prozesse effizienter geworden, hier liegt eine kostendeckende Vergütung zirka 250 Millionen Euro niedriger als bisher. Die Vergütung für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel liegt mit absolutem und prozentualem Zuschlag zusammen rund 1,25 Milliarden Euro über Kostendeckung. Beim Großhandel ist zwar der absolute Zuschlag zu erhöhen, da die Kosten seit 2012 gestiegen sind. Der prozentuale Zuschlag ist jedoch kostenbezogen berechnet deutlich geringer anzusetzen, sodass auch hier die aktuelle Vergütung über Kostendeckung liegt. Insgesamt könnten trotz Kostendeckungsprinzip für alle Leistungsbestandteile mindestens eine Milliarde Euro geringere Kosten für die Arzneimittellendverbraucher (also gesetzlich Versicherte, privat Versicherte und Selbstzahler) realisiert werden.

5 Strukturfonds

Die Apotheken unterscheiden sich sehr stark in ihrem Betriebsergebnis und damit darin, was die Inhaber an Gewinn realisieren. Viele Apotheken sind sehr rentabel in allen drei Geschäftsbereichen (also Rx, OTC und Freiwahl) und als

Heilberufler und Kauflaute erfolgreich. Es gibt keinen Grund, bei gegebenem Monopol, festgelegtem Arzneimittelangebot und stabiler Nachfrage über Kostendeckung hinaus zu vergüten. Die der AMPreisV innewohnende Durchschnittsvergütung kann sich zwangsläufig nicht an der schwächsten Apotheke ausrichten. Dies gilt bei gegebener Flächendeckung, jedoch auch bei Gefährdung der Flächendeckung. Es wäre dann eine Frage der Strukturförderung und nicht eine Frage der Preise für eine Leistung. Denn in den Fällen, wo eine Apotheke nicht rentabel geführt werden kann, kann auch die Leistung nicht in hinreichendem Umfang erbracht werden, da die entsprechende Auslastung nicht gegeben ist. Die AMPreisV lässt jedoch eine Strukturförderung über den Nacht- und Notdienst-Fonds oder weitere mögliche Strukturfonds zu, die gegebenenfalls zukünftig entstehende Probleme der Flächendeckung bewältigen können.

Ein Strukturfonds für alle 2.300 gefährdeten ländlichen Apotheken würde zu zusätzlichen Kosten von 100 Millionen Euro pro Jahr führen, um diesen Apotheken ein Betriebsergebnis von 100.000 Euro zu ermöglichen und sie damit zu erhalten. Über die Erhöhung der allgemeinen Preise wären mit gleichem Ergebnis für die 2.300 Apotheken zirka zwei Milliarden Euro aufzubringen (Abbildung 4). Dieser Vergleich zeigt, wie wichtig es ist, dass Problem und Lösung differenzierter benannt werden als in der aktuellen Debatte und zu pauschale Argumentationen nicht erst vom Oberlandesgericht, Bundesgerichtshof oder EuGH kritisch beleuchtet werden. Für das Rx-Versandverbot stellt sich eine vergleichbar grundlegende Frage: Wie kann ein Rx-Versandverbot 7.600 bereits im Jahr 2015 gefährdete Apotheken-Unternehmen im Bestand erhalten? Was antwortet man dem EuGH auf die Frage, was neben dem Verbot noch für den Erhalt getan wird? Findet man hier keine stichhaltige Antwort, wird der EuGH auch dieses Problem aufgreifen.

6 Kritik am Gutachten

Die Ergebnisse des Gutachtens zur AMPreisV sind in Anbetracht ihrer deutlichen Reduktion von den Leistungserbringern erwartungsgemäß kritisch aufgenommen worden. Die Kritik kann dabei in drei Arten aufgeteilt werden:

1. Kritik, die sich weniger auf die Neuberechnung bezieht als auf die AMPreisV an sich: zum Beispiel Kritik an der Vergütung mit Durchschnittspreisen oder an der Ausrichtung der Vergütung in der AMPreisV an der Arzneimittelpackung. Bei dieser Art der Kritik ist auch die Vorstellung zu verorten, die AMPreisV sei dafür zuständig, den Status quo des Apothekenbestandes zu sichern. Auch das Kostendeckungsprinzip der AMPreisV wird kritisiert, insbesondere vom Großhandel, aber auch von den Apotheken: Es müsste auch ein Gewinn einberechnet werden.

ABBILDUNG 4

Strukturfonds versus Vergütungserhöhung zur Sicherstellung der Flächendeckung

Strukturfonds (100 Millionen Euro)



Vergütungsanhebung (2 Milliarden Euro)



Eine Vergütungsanhebung (unteres Szenario) käme zum größten Teil Apotheken zugute, die gar nicht in ihrem Bestand geschützt werden müssten. Ganz anders bei einem Strukturfonds (oberes Szenario): Hier würden zielgenau ausschließlich ländliche Apotheken gestützt, die im Bestand gefährdet sind.

Quelle: eigene Darstellung und Berechnung. Grafik: G+G Wissenschaft 2018

Dieser Art der Kritik ist nur mit einer neuen Vergütungslogik zu begegnen, aus Datensicht gibt es dafür jedoch keine Notwendigkeit.

2. Kritik, die durch ein falsches Verständnis der AMPPreisV, seiner gesetzlichen Grundlagen und seiner Berechnung entsteht: Das ist zum Beispiel die Vorstellung der Vergütung eines „Versorgungsauftrages“ inklusive OTC. Diese Vorstellung ignoriert die gesetzlichen Vorgaben und Konsequenzen zum Beispiel der Preisfreiheit von OTC und der Niederlassungsfreiheit. Auch in der früheren Berechnung kommt eine „Mischkalkulation mit OTC“ nicht vor. Eine weitere Kritik dieser Art ist, dass die Vergütung nur relativ zum Jahr 2004 nach Kostenentwicklung anzupassen sei, nicht anhand der absoluten Kosten. Diese Art der Kritik verweist auf die politische Verhandlung von Preisen, die mit einer datenbasierten und damit an der Entwicklung von Kosten orientierten Preisberechnung nicht vereinbar ist.
3. Kritik, die die Berechnung zwar grundsätzlich als richtig, aber als zu vereinfacht oder unvollständig ansieht:

Beispielsweise sollten eher Eigenkapitalzinsen in die Berechnung der Kosten für die Inhaber aufgenommen werden, als den Unternehmerlohn an den Leitern der Krankenhausapotheken festzumachen. Oder die Überalterung in der Personalstruktur solle in die Berechnung der Personalkosten berücksichtigt werden. Die Freiwahl könnte mit geringerem Aufwand als Rx und OTC in die Kostenaufteilung aufgenommen werden. Auch die Anzahl der Packungen in der Freiwahl könne überprüft werden, ob es sich tatsächlich immer um Verkaufseinheiten handelt. Kaufmännische Leistungen sollten überwiegend preisunabhängig und damit absolut vergütet werden, was dem Wortlaut der AMPPreisV besser entspricht. Berechnungen sind im Detail zu hinterfragen und gegebenenfalls zu präzisieren. Viele dieser Punkte haben durchaus eine Berechtigung und wären zu prüfen, wenn es denn eine konstruktive Auseinandersetzung sowie den politischen Willen bei den Akteuren für die Umsetzung einer daten- und kostenbasierten Preissetzung gäbe. Dennoch vernachlässigen diese Kritikpunkte, dass die Berechnung

im Gutachten an vielen Stellen zugunsten der Leistungserbringer durchgeführt wurde und sich auch hier ebenfalls eine Präzisierung anschließen muss, wenn die Datenbasis im Detail erweitert werden sollte.

Es bietet sich folgende Umsetzung der Ergebnisse an:

- 1) Erhöhung der Preise für Betäubungsmittel, Rezeptur und Nacht- und Notdienst und entsprechende Reduktion des absoluten Zuschlags für Fertigarzneimittel
- 2) Nur stufenweise nochmalige Reduktion des absoluten Zuschlags für Fertigarzneimittel, um eine konstruktive weitere Diskussion der Preise zu ermöglichen

7 Fazit: Rx-Versandverbot löst Probleme nicht

Auch ohne Prognosen, bereits anhand der aktuellen Datenlage kann festgestellt werden, dass ein Rx-Versandverbot die bestehenden wirtschaftlichen Probleme eines wesentlichen Anteils der Apotheken nicht lösen kann. Angesichts der guten Versorgungslage sollte sich die Politik jedoch nicht von undefinierten und zukünftig möglicherweise eintretenden Problemen leiten lassen, für die selbst die Landesvertretungen bisher keine Lösungsstrategien oder Monitorings entwickeln, sondern sich im Sinne der Arzneimittelverbraucher für die längst in den Gesetzen hinterlegten Prinzipien zur Honorierung der Leistungen von Apothekern und Großhändlern einsetzen: die einer datenbasierten und transparenten Preissetzung. Das Kostendeckungsprinzip stellt eine abschließende Vergütung der Leistungserbringer sicher. In einer

kontinuierlichen Aktualisierung der Vergütung liegt zudem eine Chance für die Apotheken und damit für eine nachhaltige flächendeckende Versorgung: Eine an aktuellen Entwicklungen und Daten orientierte Berechnung ihrer Preise lässt eine angemessene Entwicklung ihres Geschäftes auch auf wirtschaftlicher Ebene trotz anfänglicher Reduzierung zu. Eine reine Besitzstandswahrung auf dem Stand von 2002 wird sich mittelfristig als weniger hilfreich erweisen und, im Gegensatz zu beispielsweise kostendeckender Notdienstvergütung, ungerechte Vergütungsschwerpunkte in Hinblick auf bestimmte Apotheken verschärfen.

Literatur

an der Heiden I, Meyrahn F (2017): Forschungsbericht Langfassung: Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie; www.bmwi.de → Suchbegriff: AMPreisV
BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie) (2016): Ausschreibung: Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise; https://ausschreibungen-deutschland.de/269243_Ermittlung_der_Erforderlichkeit_und_des_Ausmasses_von_AEnderungen_der_2016_Bonn
INSIGHT Health (2017): OTC-Apothekenmarktentwicklung Juli 2017; www.insight-health.de/sites/default/files/2018-01/OTC-Apothekenmarkt_201712.pdf

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 1. Juni 2018)

DIE AUTORIN



Iris an der Heiden,

Jahrgang 1975, studierte an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster und ist Diplom-Psychologin. Sie leitet das IFI, das Institut für sozioökonomische Forschung der Strategieberatung ZHM. Bei ZHM hat sie ab 2006 zunächst Beratungsprojekte zu industriellen Fragestellungen durchgeführt. Seit 2010 liegt ihr Schwerpunkt zunehmend auf Forschungsprojekten, die wirtschaftliche Aspekte gesellschaftlicher Fragestellungen beleuchten. Vor ihrer Zeit bei ZHM war sie fünf Jahre im Gesundheitswesen tätig: in der Gesundheitsberichterstattung am Gesundheitsamt der Stadt Münster sowie in der Realisation von Patientenzufriedenheitsstudien am Picker Institut Deutschland.

Die Lücke im Koalitionsvertrag schließen – mehr Wettbewerb wagen!

von Klaus Jacobs¹

ABSTRACT

Im gesundheitspolitischen Teil des Koalitionsvertrags der Großen Koalition kommen die Krankenkassen als aktive Gestalter der Gesundheitsversorgung nicht vor. Dabei haben zentrale Plan- und Kollektivwirtschaft schon in der Vergangenheit nicht vermocht, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung der Versorgung gezielt zu verbessern. Ein aktuelles Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen stößt jetzt in die ordnungspolitische Lücke des Koalitionsvertrags und plädiert für ein dezidiert vertragswettbewerbliches Steuerungsmodell. Die Politik wäre gut beraten, diese Vorschläge nicht einfach ad acta zu legen, sondern mutig aufzugreifen.

Schlüsselwörter: Koalitionsvertrag, Vertragswettbewerb, Ordnungspolitik

In its section on health in the coalition agreement the Grand Coalition does not depict the sickness funds as taking an active part in the organization of care provision – despite the fact that central and collective planning have in the past failed to improve the quality, cost effectiveness, and preference orientation of care provision. A report recently presented by the Scientific Advisory Board of the Federal Ministry of Finance now fills this regulatory gap and pleads for a control model decidedly based on managed competition. Germany's politicians would be well advised to courageously take up these recommendations instead of ignoring them.

Keywords: coalition agreement, managed competition, governance

1 Auf und Ab von Vertragswettbewerb in der GKV

Im Jahr 2003, also vor 15 Jahren, wurde das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) verabschiedet. Die Bundesregierung war damals rot-grün, doch die Union hatte die Mehrheit im Bundesrat, sodass für zustimmungspflichtige Gesetze eine faktische GroKo erforderlich war. Einigen dürfte noch in Erinnerung sein, dass Horst Seehofer, seinerzeit Verhandlungsführer der Union, nach der Einigung mit Gesundheitsministerin Ulla Schmidt von einer der schönsten Nächte seines Lebens sprach. Doch ganz unabhängig von dieser Reminiszenz: Das GMG trug seinen Namen zu Recht, denn versorgungspolitisch wurden in der Tat wichtige Modernisierungsschritte gemacht, darunter die Einführung der hausarztzentrierten Versorgung, der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (Vorläufer der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, ASV)

und von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sowie die Gangbarmachung der schon 2000 in einer zunächst jedoch untauglichen Form eingeführten integrierten Versorgung. So viel Modernisierung von Versorgungs- und Steuerungsstrukturen hatte es in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zuvor selten auf einen Schlag gegeben, doch leider gab es so etwas auch nie wieder danach.

Im Koalitionsvertrag der nach der Bundestagswahl 2005 installierten GroKo I hieß es zwar noch: „Das parteiübergreifend vereinbarte GKV-Modernisierungsgesetz hat spürbare strukturelle Änderungen in der Gesundheitsversorgung über wettbewerbliche Anreize gebracht. Dieser Weg muss konsequent weitergegangen werden. Dies betrifft sowohl die Krankenversicherung als auch die Leistungserbringung. (...) Krankenkassen und Leistungserbringer sollen stärker über Umfang, Preise und Qualität verhandeln können.“ Doch wurde dieser Anspruch in den Folgejahren in keiner Weise eingelöst. Denn

¹ Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462182
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

zumindest in vertragswettbewerblicher Sicht trug das 2007 verabschiedete GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) seinen Namen zu Unrecht: Die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V wurde von einer selektivvertraglichen Ausgestaltung auf ein planwirtschaftliches Modell („Bestimmungslösung“) umgestellt, bei dem die Krankenkassen zum reinen Zahlmeister degradiert wurden; und die fünf Jahre lang recht erfolgreich praktizierte Pauschalbereinigung in der integrierten Versorgung (fälschlich als Anschubfinanzierung bezeichnet) lief Ende 2008 ersatzlos aus, zeitgleich mit der Einführung der neuen GKV-Finanzarchitektur „Gesundheitsfonds plus kassenindividuelle Zusatzbeiträge“.

Mit dieser neuen Finanzarchitektur, insbesondere ihren wiederholt veränderten Regelungen zum kassenindividuellen Zusatzbeitrag, begann eine ordnungspolitische Geisterfahrt, die in der Folge den vielfach beklagten Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb der Krankenkassen auslöste und erst 2015 mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (FQWG) ein (vorläufiges?) Ende fand, weil nunmehr praktisch jede Kasse einen Zusatzbeitrag hat, der überdies einkommensabhängig ausgestaltet ist und im Quellenabzug erhoben wird.

Produktiver Vertragswettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung konnte unter diesen Rahmenbedingungen kaum zustande kommen. Zwar stellte der Sachverständigenrat Gesundheit schon 2012 fest, dass im Leistungsbebereich allzu einseitig der Preis- den Qualitätswettbewerb dominiere, doch wurden hieraus keine Konsequenzen gezogen. Vielmehr tat sich eine immer größere Lücke zwischen (vertrags-)wettbewerblicher Rhetorik und gesetzgeberischem Handeln auf. Einerseits hieß es in den Koalitionsverträgen von 2009 (Schwarz-Gelb) und 2013 (GroKo II) fast wortgleich, dass die Krankenkassen Freiräume erhalten müssten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können. Doch andererseits setzten sich die vertragswettbewerblichen Rückschritte unvermindert fort – etwa seit 2012 in Gestalt der vertragsfreien ASV nach der Devise „Wer kann, der darf“ oder der 2016 erfolgten Einführung des Innovationsfonds. Bei diesem Förderkonzept, dessen Fortsetzung über 2019 hinaus bereits angekündigt ist, erfolgt eine zentrale Investitions- und Innovationslenkung unter einer korporatistisch geprägten Governance, wodurch bestenfalls kleinteilige Schrittinnovationen bei Behandlungsprozessen ermöglicht werden, aber gewiss keine durchschlagenden (Sprung-)Innovationen zur Überwindung der strikten Sektorengrenzen. Innovationswettbewerb wie in anderen Branchen sähe jedenfalls anders aus.

Im Koalitionsvertrag der GroKo III vom Frühjahr 2018 ist nunmehr auf vertragswettbewerbliche Rhetorik vollständig verzichtet worden. Was die Rolle der Krankenkassen als Versorgungsgestalter betrifft, ob „gemeinsam und einheitlich“ oder im Rahmen eines fruchtbaren Krankenkassenwettbe-

werbs – dazu gibt der Koalitionsvertrag keine Auskunft. Zwar soll der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich unter Berücksichtigung der Gutachten des Expertenbeirats des Bundesversicherungsamtes mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterentwickelt werden, aber wie dieser Wettbewerb inhaltlich konkret aussehen und zu welchen Versorgungszielen er beitragen soll, bleibt offen. In dieser Hinsicht klafft im Koalitionsvertrag eine gehörige ordnungspolitische Lücke.

2 Neuer Vorschlag für forcierten Vertragswettbewerb

Genau in diese Lücke ist nun ein Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen (BMF) gestoßen, das Mitte Juni 2018 vorgestellt wurde: „Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern. Gründe und Reformoptionen“. Ausgehend von einer Defizitanalyse der bestehenden Krankenhausversorgung in Deutschland – in Bezug auf Anzahl, Größe und Struktur der Häuser sowie auf Anzahl und Qualität der Leistungen – empfiehlt der Beirat zwei von ihm selbst als weitreichend bezeichnete Reformschritte, nämlich

- zum einen die monistische Krankenhausfinanzierung, die es faktisch ja ohnehin bereits weithin gibt, weil die Länder ihrer Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung schon lange nicht mehr ausreichend nachkommen, sowie
- zum anderen die Ermöglichung von Selektivverträgen, vor allem im Bereich planbarer Krankenhausleistungen, um dadurch die Möglichkeiten der Krankenhäuser einzuschränken, über den medizinischen Bedarf hinaus zu operieren, und zugleich einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu leisten.

Natürlich haben die Reformvorschläge dieses Gutachtens kaum eine Chance auf baldige Realisierung. Speziell im Krankenhausbereich, der in der Planungszuständigkeit der Länder liegt und einen strikten Kontrahierungszwang der Krankenkassen gegenüber allen Plankrankenhäusern vorsieht, hat man es – so der BMF-Beirat – versäumt, die Krankenhausstruktur an den medizinisch-technischen Fortschritt anzupassen. Warum das so ist, sagt er auch: „Mit der Schließung eines Krankenhauses macht sich ein Politiker in der Regel wenig Freunde. Einfacher ist es, die Dinge laufen zu lassen.“ Man möchte hinzufügen: Das gilt speziell, wenn die finanziellen Konsequenzen von anderen getragen werden.

Denen, die dies tun – das sind insbesondere die Krankenkassen –, will der BMF-Beirat mehr Steuerungsverantwortung übertragen beziehungsweise will er sie „mit wettbewerblichen Mitteln in die Rolle derjenigen Institutionen (...) drängen, die Verantwortung für eine effiziente Nutzung der Ressourcen im Gesundheitswesen tragen“. Das ist eine hübsche Formulierung, lässt sie doch erkennen, dass diese Rolle von den meisten Kran-

kenkassen vermutlich keineswegs von selbst angestrebt wird. Aber das war bei der Einführung der freien Krankenkassenwahl vor gut 20 Jahren und dem dadurch ausgelösten Kassenwettbewerb nicht anders. Das war ebenfalls kein Wunschkonzert der Krankenkassen. Doch wenn Gesundheitspolitik primär den Versicherten und Patienten nutzen soll, darf sie nur begrenzte Rücksichten auf die Partikularinteressen von Versorgungs- und Finanzierungsakteuren nehmen. Die erkennbare Scheu vor solchen Konflikten ist ein wesentlicher Grund dafür, dass die überfällige Modernisierung der Versorgungsstrukturen nur im Schnecken tempo vorankommt.

Konkret hält es der BMF-Beirat für notwendig, dass die Möglichkeiten zum selektiven Kontrahieren deutlich ausgeweitet werden, wie es in den Koalitionsverträgen 2005, 2009 und 2013 jeweils angekündigt, aber nicht realisiert worden ist, nämlich dass individuell über Mengen, Preise und Qualitätsanforderungen verhandelt werden kann. Der Beirat geht aber noch einen Schritt weiter, denn er empfiehlt zugleich, wirksame Instrumente einzuführen, um Kostenersparnisse, die aus klugem Versorgungsmanagement (VM) resultieren, in einem entsprechenden „VM-Tarif“ unverzerrt an die Versicherten weiterzugeben. Diese können sich hierzu für eine gewisse Zeit für ein „Preferred-Provider-Modell“ entscheiden – in der Schweiz auch als Listenmodell bezeichnet – und verzichten im Versorgungsfall auf individuelle Freiheiten bei der Arzt- und Therapiewahl, indem sie etwa eine größere Verbindlichkeit anerkannter medizinischer Leitlinien akzeptieren. In eine ähnliche Richtung hatte bereits ein Reformvorschlag gewiesen, den vor gut einem Jahr die Monopolkommission in ihren Sondergutachten „Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem“ unterbreitet hatte, nämlich den Vertragswettbewerb durch selektivvertragliche Wahltarife zu fördern. Dazu sollten den Versicherten sämtliche Tarife einer Kasse als Wahltarife diskriminierungsfrei angeboten werden: gleichrangig neben dem verpflichtend anzubietenden Standardtarif für die kollektivvertraglich vereinbarte Versorgung auch optional kassenindividuelle und gegebenenfalls regionale Tarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen.

Ein Unterschied zwischen diesen beiden Vorschlägen betrifft die Ausgestaltung der Weitergabe von Einsparungen im VM-Tarif an die Versicherten: Während die Monopolkommission eine Reduktion des kassenindividuellen Zusatzbeitrags vorsieht, plädiert der BMF-Beirat für „Boni in Euro-Beträgen“, damit Ersparnisse den teilnehmenden Versicherten „unverfälscht zugutekommen“, also unabhängig von der Höhe des selbst entrichteten Beitrags ausfallen. Entscheidend ist aber vor allem die Gemeinsamkeit beider Reformmodelle, die finanziellen Vorteile selektivvertraglichen Handelns der Krankenkassen über entsprechende Wahltarife an diejenigen Versicherten weiterzugeben, die bereit sind, eine bestimmte Vorauswahl an Leistungserbringern nach für sie verständlichen Auswahlkriterien zu akzeptieren. Erst diese Verknüpfung wird der Interde-

pendenz des wettbewerblichen Beziehungsgeflechts zwischen dem Versicherungs-, Leistungs- und Behandlungsmarkt gerecht, das in der internationalen Gesundheitsökonomie als *managed competition* (Enthoven) beziehungsweise in Deutschland seit rund einem Vierteljahrhundert als „Solidarische Wettbewerbsordnung“ bezeichnet wird. Leider hat der deutsche Gesetzgeber dem Selektivvertrag zu keinem Zeitpunkt den Stellenwert eingeräumt, der erforderlich wäre, damit der Kassenwettbewerb auf dem Versicherungsmarkt (Kassen – Versicherte) über den Leistungsmarkt (Kassen – Leistungserbringer) auf den Behandlungsmarkt (Versicherte/Patienten – Leistungserbringer) durchschlägt und dort zu einer spürbaren Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung führt. Dem BMF-Beirat gebührt Dank, dass er angesichts der unübersehbaren Steuerungsdefizite der sektoralen Plan- und Kollektivwirtschaft für eine Wiederbelebung vertragswettbewerblicher Versorgungssteuerung plädiert, ohne die auch die aktuelle Debatte über eine faire GKV-Wettbewerbsordnung letztlich keinen Sinn ergibt.

3 Erfolgsbedingungen für Wettbewerbssteuerung

Warum ist selektivvertragliches Versorgungsmanagement, wie es dem BMF-Beirat als erfolgversprechender Treiber für mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung der Gesundheitsversorgung vorschwebt, in der GKV derzeit unterentwickelt? Neben den beiden vom Beirat identifizierten Ursachen – unzureichenden Selektivvertragsoptionen für Krankenkassen und Leistungserbringer, gerade auch im Klinikbereich, sowie defizitären Möglichkeiten der Weitergabe von Einsparungen an die VM-Versicherten durch unverzerrte Bonuszahlungen – gibt es noch eine dritte Ursache, der meist zu wenig Beachtung geschenkt wird, wenn nach den Gründen für vertragswettbewerblichen Stillstand gefahndet wird: die Bequemlichkeit der kollektiven Hängematte, insbesondere in der ambulanten Versorgung. Hier sind die Leistungserbringer kollektivvertraglich auf einem sehr auskömmlichen Honorarniveau abgesichert, sodass es sich für sie kaum lohnt, im Rahmen von Selektivverträgen mit Krankenkassen aktiv im Rahmen neuer Versorgungsformen für mehr Produktivität und Qualität einzutreten und dafür gegebenenfalls auch eigene Investitionsrisiken einzugehen. Somit sind Selektivverträge fast schon zu einem Synonym für zusätzliche Vergütung geworden. Diesem Problem ist nur durch eine Lockerung des Kontrahierungszwangs beizukommen.

Wer dezentraler Wettbewerbssteuerung mehr Raum geben will, muss außerdem bereit sein, gewisse Unterschiede zu akzeptieren. Wettbewerb ist das Resultat von Wahlmöglichkeiten, und diese setzen unterschiedliche Angebote voraus. Zum einen sind unterschiedliche Tarifangebote der Kassen, die ihre Aktivitäten im Vertrags- und Versorgungsmanagement wider-

spiegeln, eine maßgebliche Triebfeder im versorgungsorientierten Kassenwettbewerb, in dem erfolgreiche Angebote einer Kasse dazu anreizen, nachgeahmt oder möglichst übertroffen zu werden. Zum anderen entsprechen Angebotsunterschiede aber auch unterschiedlichen Präferenzen der Versicherten. Was damit gemeint ist, wird gerade am Beispiel von Wahlтарifen deutlich. Managed Care geht immer einher mit der freiwilligen Einschränkung individueller Autonomie im Versorgungsfall, im Übrigen nicht nur für Versicherte/Patienten, sondern auch für die beteiligten Ärzte. Dabei lässt sich die freiwillige Einschreibung der Versicherten in einen VM-Tarif auch als ein Teilschritt bei der Arztwahl auffassen und keineswegs zwangsläufig als dessen Preisgabe. Aber zu jedem Zeitpunkt uneingeschränkt zu jedem Arzt jedes Fachgebiets gehen zu können, ist mit gezielter Versorgungssteuerung nicht vereinbar, vor allem wenn das Versorgungsmodell mit einem ökonomischen Kalkül hinterlegt ist.

Vor eine solche (Tarif-)Wahl gestellt, gibt es bestimmt viele Versicherte, die eine weitgehende Beschränkung ihrer Arzt- und Krankenhauswahl im Versorgungsfall grundsätzlich ablehnen, während es andere vermutlich eher als willkommene Hilfestellung empfinden, wenn ihre Kasse für sie eine Vorauswahl an Leistungserbringern nach besonders strengen Qualitätskriterien trifft. In dieser Frage haben die Versicherten unterschiedliche Präferenzen, denen durch differenzierte Angebote entsprochen werden sollte. Deshalb zeugt es von Unverständnis, wenn etwa das Bundesversicherungsamt in seinem im Frühjahr 2018 vorgelegten Wettbewerbsbericht vorschlägt, positiv evaluierte Selektivverträge regelhaft in die kollektivvertraglich vereinbarte Versorgung zu überführen, denn damit würde der wichtige Aspekt der Freiwilligkeit bei der Wahl eines bestimmten Versorgungstarifs ausgeblendet. Dank der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen und zuvor bereits der Monopolkommission ist die wettbewerbsrechtliche Steuerung zur Verbesserung der GKV-Gesundheitsversorgung nicht völlig aus dem Blick geraten wie im aktuellen Koalitionsvertrag der Bundesregierung. Dabei weiß diese es doch eigentlich besser, wie ihre Antwort auf eine Kleine Anfrage der Linkspartei von Ende April 2018 zeigt: „Die Bundesregierung teilt die Einschätzung, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ein Instrument darstellt, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Der wettbewerbsliche Rah-

men setzt hierbei Anreize, dass sich die Krankenkassen um eine hohe Versorgungsqualität, innovative Versorgungsangebote und guten Service bemühen.“ Wenn das tatsächlich die Einschätzung der Bundesregierung zu sinnvollem Wettbewerb ist, sollte sie mehr Mut an den Tag legen, um den Krankenkassenwettbewerb im Interesse von Versicherten und Patienten konsequent versorgungsorientiert weiterzuentwickeln.

Literatur

Bundesversicherungsamt (2018): Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn;

www.bundesversicherungsamt.de/service/publikationen.html

Cassel D et al. (2008): Vertragswettbewerb in der GKV – Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK;

www.wido.de/publikation_2008.html

Cassel D, Jacobs K (2015): Mehr Versorgungsinnovationen – aber wie?

Innovationswettbewerb statt Innovationsfonds in der GKV-Gesundheitsversorgung. Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG), Jg. 21, Heft 3, 55–68

Deutscher Bundestag (2018): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE „Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“. Drucksache 19/1805. Berlin: Deutscher Bundestag

Enthoven AC (1993): The History and Principles of Managed Competition. Health Affairs, Vol. 12, Suppl. 1, 24–48

Jacobs K, Wasem J (2013): Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell mit Zukunft? Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 13, Heft 1, 15–22

Monopolkommission (2017): Sondergutachten Nr. 75: Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, www.monopolkommission.de/de/gutachten/sondergutachten/sondergutachten-75.html

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationäre Gesundheitsversorgung; www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018): Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern. Gründe und Reformoptionen; www.bundesfinanzministerium.de → Ministerium → Wissenschaftlicher Beirat → Gutachten und Stellungnahmen

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 1. Juli 2018)

DER AUTOR



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.

Impfungen führen nicht zu einer erhöhten Infektanfälligkeit

von Anja Debrodt*

Die Erfolgsgeschichte des Impfens hat in den letzten Jahren zu einer Impfmüdigkeit in der Bevölkerung geführt. Im Fokus mancher Eltern stehen mittlerweile weniger die Gefahren von Erkrankungen als vielmehr die Risiken, die Impfungen mit sich bringen können. Doch gerade Säuglinge sollten wegen ihrer besonderen Gefährdung in den ersten zwei Lebensjahren möglichst frühzeitig nach den jeweils nationalen Empfehlungen geimpft werden.

1 Was ist das Problem?

Die Zahl der empfohlenen Impfungen im Säuglings- und Kleinkindalter ist in den vergangenen Jahren weiter gestiegen. In den ersten beiden Lebensjahren sollen die Kinder aktuell gegen vierzehn Krankheiten geimpft werden. Einige Eltern sind besorgt, dass dies den Kindern schaden könnte. Sie fürchten, das Immunsystem der Kinder könne durch die vielen Impfungen überlastet werden und es könne zu einem Anstieg von anderen Infektionen kommen. Sie verschieben daher die Impfungen oder verzichten ganz darauf.

2 Wie wurde untersucht?

Die retrospektive Fall-Kontroll-Studie rekrutierte sich aus einer Kohorte von 495.193 potenziell geeigneten Kindern aus sechs US-amerikanischen Gesundheitsnetzwerken. Die Kinder wurden zwischen dem 1. Januar 2003 und dem 31. September 2013 geboren. Eingeschlossen wurden Kinder, die durchgehend von der sechsten Lebenswoche bis zum 23. Lebensmonat bei dem jeweiligen Gesundheitszentrum eingeschrieben waren, nach dessen Empfehlungen geimpft wurden und an mindestens zwei Vor-

sorgeuntersuchungen vor ihrem ersten Geburtstag teilgenommen hatten. Das Durchschnittsalter betrug 32,5 Monate.

Im Beobachtungszeitraum (24. bis 47. Lebensmonat) traten 47.061 Infektionserkrankungen, gegen die nicht geimpft wurde, auf. Von 385 zufällig ausgewählten Fällen mit Infektionen der oberen und unteren Atemwege, des Magen-Darm-Traktes sowie mit anderen viralen und bakteriellen Infektionen konnten 195 medizinisch dokumentiert gesichert werden. Diesen wurden 751 im gleichen Zeitraum nicht erkrankte, zufällig ausgewählte Kinder als Kontrollgruppe zugeordnet. Die Kinder mit behandelten Infektionserkrankungen hatten 240,6 Antigendosen erhalten; in der Kontrollgruppe waren es 242,9. Verglichen wurde die Anzahl der erhaltenen Impfdosen.

3 Was ist rausgekommen?

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen Fall- und Kontrollgruppe hinsichtlich der kumulativen Antigenexposition. Das heißt: Die Anzahl der erhaltenen Impfdosen hatte keinen Einfluss auf das Auftreten von nicht durch Impfungen abgedeckten In-

fektionskrankheiten. Die Empfehlung, Kinder frühzeitig und vollständig nach dem jeweils gültigen Impfkalender zu immunisieren, erhöht deren Sicherheit, nicht an diesen schweren Infektionen zu erkranken. Zugleich ist die Befürchtung von Eltern, dies führe zu häufigeren nicht impfpräventablen Infektionen ihrer Kinder, unbegründet.

4 Wie gut ist die Studie?

Die vorgelegte Studie bestätigt die bekannten Ergebnisse der dänischen Studie von Hviid et al. aus dem Jahr 2005. Mit ihrem methodisch guten Design kann sie dazu beitragen, die Diskussion um die Gefahren des Impfens auf eine sachliche Ebene zu heben, damit sich Eltern evidenzbasiert für die empfohlenen Impfungen zum Wohle ihrer Kinder entscheiden können.

Quelle: Glanz JM et al.: Association Between Estimated Cumulative Vaccine Antigen Exposure Through the First 23 months of Life and Non-Vaccine-Targeted Infections From 24 Through 47 Months of Age. JAMA 2018; 319: 906-13

* Anja Debrodt, Ärztin im Stab Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: anja.debrodt@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Impfungen sind nachweislich eine der größten Errungenschaften der modernen Medizin. Sie schützen weltweit Millionen von Menschen vor lebensbedrohlichen oder tödlichen Erkrankungen. Leider hat mit dem zunehmenden Verschwinden dieser Geißeln der Menschheit in der Bevölkerung eine erschreckende Unbekümmertheit gegenüber impfpräventablen Erkrankungen um sich greifen können, die einem unseriösen Impfgegnertum den Boden bereitet. Die vorgestellte Studie widerlegt erneut und eindrucklich die von Impfgegnern vielfach vorgebrachte Behauptung, dass die zunehmende Anzahl durchgeführter Impfungen das kindliche Immunsystem überfordere und dadurch anderen Infektionskrankheiten Raum gäbe.

Dr. med. Thomas Fischbach,
Präsident des Berufsverbands
der Kinder- und Jugendärzte
(BVJK) e. V.



KÖPFE

Prof. Dr. med. Dr. PH Frank Kipp hat die neu eingerichtete Professur für Krankenhaushygiene am Institut für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Jena übernommen. Er studierte in Gießen Medizin und in Bielefeld Public Health und absolvierte in Münster die Ausbildungen zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Kipp war Ärztlicher Leiter der Westfälischen Akademie für Krankenhaushygiene und arbeitete zuletzt als Chefarzt des Instituts für Hygiene des DRK-Klinik-Verbundes in Berlin.

Prof. Dr. med. Jan Schildmann ist als Professor und neuer Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg berufen worden. Er studierte Medizin in Berlin, London, Madrid und New York. Auf ein postgraduales Studium „Medical Law and Ethics“ in London folgten

Stationen als Assistenzarzt am Universitätsklinikum Erlangen und am Klinikum Berlin-Buch sowie als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Erlangen und der Ruhr-Universität Bochum. Zuletzt lehrte Schildmann Medizinethik an der Wilhelm Löhe Hochschule Fürth und war Facharzt für Innere Medizin am Universitätsklinikum München-Großhadern.

Prof. Dr. med. Dietrich Rebold-Schumann hat die wissenschaftliche Leitung der ZB MED – Informationszentrum Lebenswissenschaften und zugleich die Professur für Informationserschließung, -aufbereitung und -versorgung an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln übernommen. Er studierte Medizin in Düsseldorf und Informatik in Passau, forschte anschließend in München, Cambridge und Zürich und war zuletzt Professor für Data Analytics an der National University of Galway in Irland.

Prof. Dr. med. Claus F. Vogelmeier ist neuer Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Der Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie ist seit 2001 Direktor der Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin der Philipps-Universität Marburg und amtierte von 2009 bis 2011 bereits als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP).

Prof. Dr. med. Ralf Weigel hat die „Friede Springer Stiftungsprofessur für Globale Kindergesundheit“ an der Universität Witten/Herdecke angetreten. Nach dem Medizinstudium und der Facharztausbildung für Kinderheilkunde in Berlin qualifizierte er sich an den Universitäten von London, Amsterdam und Liverpool weiter, absolvierte Auslandseinsätze in Indien, Nigeria und Malawi und lehrte zuletzt an der Liverpool School of Tropical Medicine.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
2. European Conference on Diagnostic Error in Medicine	Diagnose als Team sport, Patienten als Partner bei der Fehlerreduktion, vorbeugende Maßnahmen	30.–31.8.2018 Bern/Schweiz	The Society to Improve Diagnosis in Medicine 1501 Hinman Ave, #7B Evanston, IL 60201, USA	http://bbscongress.ch/en/2018/registration-eurodem/ E-Mail: peter.salchli@bbscongress.ch Telefon: 0041 313318275
63. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS)	Das lernende Gesundheitssystem, Big Data in der klinischen Forschung	2.–6.9.2018 Osnabrück	GMDS – Geschäftsstelle Industriestraße 154 50996 Köln	www.gmds2018.de > Anmeldung zur Tagung E-Mail: gmds2018@hs-osnabrueck.de Telefon: 0541 9693149
54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)	Prävention in Lebenswelten, urbanen Lebensräumen und digitalen Arbeitswelten	12.–14.9.2018 Dresden	DGSMP – Geschäftsstelle c/o Zentrum für Urbane Epidemiologie, Hufelandstraße 55, 45147 Essen	www.dgsmp2018-dresden.de > Teilnehmer E-Mail: dgsmp2018@eventlab.org Telefon: 0341 24059672
Deutscher Suchtkongress	Alkohol, illegale Drogen, Verhaltenssuchten, Glücksspielsucht, Tabakabhängigkeit	17.–19.9.2018 Hamburg	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung e. V. Postfach 1453 59004 Hamm	www.deutschersuchtkongress.de > Registrierung E-Mail: sucht2018@cpo-hanser.de Telefon: 040 6708820
10. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses	Internationale Ansätze, Grenzen der Qualitätssicherung im Verantwortungsbereich des GBA	24.–25.9.2018 Berlin	Gemeinsamer Bundesausschuss Wegelystraße 8 10623 Berlin	https://370grad-eventmanagement.de/gbaqs2018/ E-Mail: anmeldungen@370grad.de Telefon: 030 22498070
17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung	Personenzentrierte Versorgung, Gesundheitskompetenz, partizipative Versorgungsforschung	10.–12.10.2018 Berlin	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung – Geschäftsstelle, c/o IMVR, Eupener Straße 129, 50933 Köln	http://dkvf2018.de > Teilnehmer E-Mail: alexander.rossnagel@mcon-mannheim.de Telefon: 0621 4106343

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber. Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aok-bv.de → Datenschutz

G+G Wissenschaft (GGW)
GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure: Ines Körver (KomPart), Prof. Dr. Klaus Jacobs (WIdO), Miriam Räker (WIdO)
Redaktionsmitglieder: Dr. Silke Heller-Jung (KomPart), Annegret Himrich (KomPart)
Grafik: Geertje Steglich

Anschrift der Redaktion:
Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@komp.art.de