

GG Wissenschaft

GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Juli 2015, 15. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Milena von Kutzleben*, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE), Witten 2

Drei Fragen an

Wolfgang Hoffmann, Institut für Community Medicine an der Universitätsmedizin Greifswald 3

Buchtipps

von *Andreas G. Franke*, Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung an der Hochschule Neubrandenburg 4

WIDO

Ärztatlas 2015

Genügend Mediziner, aber falsch verteilt 5

QMR-Kongress in Potsdam

Mit innovativen Instrumenten die Qualität messen 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Qualität und Wettbewerb

Aktuelle Ansätze zur Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsversorgung – eine kritische Wertung

Matthias Schrappe, Universität Köln, Köln 7

Strukturfonds: Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser

Uwe Klein-Hitpaß, *Wulf-Dietrich Leber* und *David Scheller-Kreinsen*, GKV-Spitzenverband, Berlin 15

Wettbewerb in einem korporatistischen System

Karl-Heinz Schönbach, Herausgeber „Gesundheits- und Sozialpolitik“, Berlin 24

STUDIE IM FOKUS

Mit zunehmender medizinischer Versorgung fühlen sich Menschen weniger gesund 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

„Gut ist gut genug“ und „Das Bessere ist der Feind des Guten“. Diese Mottos hören wir in der Redaktion häufiger. Sie werden natürlich in unterschiedlichen Kontexten vorgetragen – je nachdem, ob beispielsweise ein Kollege noch bis zur letzten Sekunde an einem Artikel feilt oder ob die grundsätzliche Überarbeitung eines Mediums ansteht. Sie wären aber auch mögliche Maximen für Gesundheitsreformen. Gedankenfutter liefern in diesem Zusammenhang alle drei Analysen unseres Heftes. So untersucht **Matthias Schrappe**, wie die Regierung die Qualität in der Klinikversorgung verbessern will und ob die geplanten Neuregelungen auf die bisherigen Verfahrensweisen aufsetzen können. Einen speziellen Aspekt des geplanten Krankenhaus-Strukturgesetzes haben sich **Uwe Klein-Hitpaß**, **Wulf-Dietrich Leber** und **David Scheller-Kreinsen** in der zweiten Analyse vorgenommen. Schon im Titel „Strukturfonds: Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser“ machen die Autoren unmissverständlich klar, dass der Fonds ihrer Ansicht nach vornehmlich dazu dienen sollte, Überkapazitäten abzubauen. Das Autorenteam zeigt nicht nur, welche Kliniken Strukturfondskandidaten wären, sondern liefert auch einen Vorschlag, wie sich die Funktionsweise des Fonds verbessern ließe. In der dritten Analyse wird es grundsätzlich. **Karl-Heinz Schönbach** lenkt die Aufmerksamkeit weg von der Diskussion um anstehende Gesetzesprojekte und hin zu einer Frage, die gerade wegen ihrer Fundamentalität leicht aus dem Blick gerät: Ist Wettbewerb in einem korporatistischen System überhaupt möglich, und wenn ja, warum sind viele Akteure so zurückhaltend? Beim Lesen dieses Beitrags fiel uns ein drittes Motto ein. Es stammt von Erich Kästner und könnte bei Gesundheitsreformen auf jeden Fall zur Maxime taugen: „Es gibt nichts Gutes, außer man tut es.“

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen



**Adipositas-Forschung
Hilfe für übergewichtige
Patienten**

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert das Integrierte Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Adipositas-Erkrankungen der Universitätsmedizin Leipzig für fünf weitere Jahre mit insgesamt rund 24 Millionen Euro. Das 2010 gegründete IFB erforscht und behandelt starkes Übergewicht (Adipositas) und dessen Folgeerkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Es ist eines von acht Integrierten Forschungs- und Behandlungszentren in Deutsch-

land, die sich jeweils einem gesellschaftlich relevanten Krankheitsbild widmen. ■

Mehr Informationen:
www.ifb-adipositas.de

**Open-Access-Plattform
Freier Zugang zu
Forschungsergebnissen**

Mit der Internetplattform Living Handbooks hat das ZB MED – Leibniz-Informationszentrum Lebenswissenschaften ein Pilotprojekt zum schnellen Transfer aktuellen Wissens gestartet. Im Rahmen des Projekts können Wissenschaftler gemeinschaftlich Handbücher zu un-

terschiedlichen Disziplinen der Lebenswissenschaften erstellen und diese frei zugänglich online veröffentlichen. Alle Beiträge sollen vor der Veröffentlichung ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen und regelmäßig aktualisiert werden. ■

Mehr Informationen:
www.gms-books.de

**Forschungsförderung
Autoimmunkrankheiten
auf der Spur**

Während einer Schwangerschaft passt sich das Immunsystem der Mutter an den Fötus an. Mit den Vor- und Nachteilen dieser im-

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Zukunftsängste bei früher Alzheimer-Demenz

Im Rahmen einer kontrollierten Interventionsstudie mit zehn Familien in Norwegen wurden zwei an Alzheimer-Demenz im Frühstadium erkrankte Männer Anfang 60 sowie ihre Familien über einen Zeitraum von zwei Jahren zu ihrem Erleben und dem Umgang mit der Erkrankung befragt. Die beiden Erkrankten teilten die weit verbreitete Angst vor dem drohenden Verlust ihres Selbst; insbesondere in der ersten Zeit nach der Diagnose formulierten sie ihre Ängste vor einem zukünftigen Dasein als „lebende Tote“. Als hilfreiche Bewältigungsstrategie erwies sich ein bewusstes Leben im Hier und Jetzt. Aus diesen Einzelfallanalysen folgern die Autoren, dass den Ängsten der Betroffenen in einem möglichst frühen Stadium der Erkrankung entgegengewirkt werden sollte, und empfehlen, den Einfluss der Zukunftserwartungen auf die Lebensqualität näher zu untersuchen. ■

Dementia 2015; doi: 10.1177/1471301215584223

nischen Leistungen empfunden, stellten Göttinger Medizinethiker fest. Sie analysierten die Aussagen von 235 Bürgern aus vier europäischen Ländern, die zwischen 2005 und 2012 in Fokusgruppen das Thema Ressourcenallokation in der Medizin diskutierten. Die Befragten sprachen sich gleichzeitig dafür aus, bei der Entscheidung über Art und Umfang einer Behandlung zu berücksichtigen, was für die jeweiligen Patienten ein gutes Leben im Alter ausmacht. Diese unterschiedlichen biografischen Konzepte sollten – so die Autoren – auch Berücksichtigung in der Public-Health-Ethik finden. ■

J Public Health 2015;23:117–126

Demenz und Migrationshintergrund

Die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen mit türkischem Migrationshintergrund steigt. Pflegebedürftige Angehörige werden in diesen Familien traditionell zu Hause versorgt. Eine qualitative Interviewstudie mit sieben pflegenden Angehörigen ergab, dass neben Informations- und Sprachdefiziten auch ein Mangel an kultursensiblen Angeboten die Inanspruchnahme formeller Hilfen hemmt. Starke familiäre Netze ermöglichen derzeit noch eine flexible Versorgung, doch zeichnen sich bereits Generationenkonflikte ab. Die Autorinnen konstatieren einen erheblichen Bedarf an Aufklärung, Beratung und kultursensibler Unterstützung. ■

Z Gerontol Geriat 2014; doi: 10.1007/s00391-014-0802-y



Von
Milena von Kutzleben
MScPH,
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin am
Deutschen Zentrum
für Neurodegenerative
Erkrankungen e. V.
(DZNE), Arbeitsgruppe
Versorgungsstrukturen

Adresse:
Stockumer Straße 12
58453 Witten
Telefon:
02303 926-264
Fax: 02303 926-239
milena.vonkutzleben@dzne.de
www.dzne.de

Lebensalter als Allokationskriterium

Studien zufolge beeinflusst in der medizinischen Praxis das Lebensalter der Patienten häufig implizit die Entscheidung über die Behandlung. Im Gegensatz dazu wird in der bioethischen Debatte das Lebensalter als Allokationskriterium kontrovers diskutiert. Auch in der Bevölkerung wird das biologische Alter nicht als faires Kriterium für die Verteilung von Ressourcen und den Zugang zu medizi-

munologischen Anpassung für Mutter und Kind befasst sich eine neue Klinische Forschergruppe am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft unterstützt diese in den kommenden drei Jahren mit zunächst 3,4 Millionen Euro. Die Forscher erhoffen sich unter anderem neue Erkenntnisse für die Prävention und Therapie von Autoimmunerkrankungen wie der Multiplen Sklerose. ■

Mehr Informationen:
www.idw-online.de/de/news629692

EU-Fördermittel Armutbedingte Erkrankungen

Durch eine Integration der europäischen Forschung will die Europäische Union in Partnerschaft mit afrikanischen Ländern die Behandlung von armutsbedingten Erkrankungen verbessern. In diesem Zusammenhang stehen jetzt Fördermittel für Projekte bereit, die sich mit der Evaluierung neuer und verbesserter Medikamente oder der Optimierung der Wirksamkeit vorhandener Therapien befassen. Die beantragte Förderung kann bis zu 15 Millionen Euro betragen. Die Abgabefrist für Projektanträge endet am 3. September 2015. ■

Mehr Informationen:
www.edctp.org/call/improved-treatment-clinical-management-poverty-related-diseases

Kooperation Gemeinsam gegen den Schmerz

Europaweiten Studien zufolge leidet etwa jeder fünfte Erwachsene an chronischen Schmerzen. In einem auf vier Jahre angelegten Forschungsverbund wollen jetzt Wissenschaftler aus Jena, Erlan-

gen, Nürnberg und Berlin bessere Behandlungsmöglichkeiten für chronisch schmerzende Knochen- und Gelenkerkrankungen erarbeiten. Das Bundesforschungsminis-

terium fördert den Verbund mit insgesamt 3,8 Millionen Euro. ■

Mehr Informationen:
www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4210.php#NEUROIMPA

DREI FRAGEN AN ...



Praxisnahe Forschung ist die Basis zukunftsfähiger Konzepte

... Professor Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH, Leiter der Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health am Institut für Community Medicine an der Universitätsmedizin Greifswald

Forschungsschwerpunkte:
Versorgungsepidemiologie und Versorgungsforschung, innovative Versorgungskonzepte, regionale Versorgung, Telemedizin, die zukünftige Arbeitsteilung im Gesundheitswesen, Prävention, Datenmanagement, Medizininformatik

Jahresetat:
rund 3,6 Millionen Euro
(im Jahr 2014)

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:
insgesamt 65, darunter
1 Professor,
1 Prüfarzt,
36 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
6 Medizinische Dokumentarinnen und Dokumentare,
4 Dementia-Care-Managerinnen,
4 Systemadministratoren

Adresse:
Institut für Community Medicine
Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health
Universitätsmedizin Greifswald
Ellernholzstraße 1–2
17487 Greifswald
Telefon: 03834 867750
Fax: 03834 867752
icm-vc@uni-greifswald.de
www.community-medicine.de

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Das Institut für Community Medicine entwickelt innovative Konzepte zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Eine unserer wichtigsten Forschungsfragen betrifft die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit und die Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Mit dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen führen wir die DelpHi-Studie, eine große Interventionsstudie, durch. Dabei unterstützen spezifisch geschulte Krankenschwestern („Dementia-Care-Manager“) niedergelassene Hausärzte. Gemeinsam mit der AOK Nordost wollen wir dieses Dementia-Care-Management in einem Modellprojekt in der Regelversorgung erproben.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Die Epidemiologie ist von jeher ein interdisziplinäres Fach. Unsere Mitarbeiter – Gesundheits-, Pflege- und Sozialwissenschaftler, Ärzte, Psychologen, Statistiker, Informatiker, Mathematiker, Geografen – bringen eine große Vielzahl von Qualifikationen ein. Für eine moderne und erfolgreiche Gesundheitsforschung brauchen wir alle diese Perspektiven.

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

Die Politik steht vor der Herausforderung, das Versorgungssystem an die sich ändernden Anforderungen anzupassen, etwa die Alterung der Bevölkerung, die Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität, regionale Versorgungsprobleme oder die Überwindung der Sektorengrenzen. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz und der Einführung des Innovationsfonds hat die Politik ein klares Zeichen gesetzt: Gute, praxisnahe Forschung ist die Basis für die Gestaltung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems.

**Europäischer Verbund
Therapiestrategien gegen
Alzheimer und Parkinson**

In einem europäischen Verbundprojekt forschen Wissenschaftler aus Halle, Leipzig, Erlangen, Paris und Oslo nach Gemeinsamkeiten in den molekularen Entwicklungsprozessen von neurodegenerativen Krankheiten wie Alzheimer oder Parkinson, um auf der Grundlage dieser Erkenntnisse Strategien für neue Therapien zu entwickeln. Die Europäische Union fördert das Projekt im Rahmen des „EU Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research (JPND)“ über drei Jahre mit insgesamt 1,7 Millionen Euro. ■

Mehr Informationen:
www.jpnd.eu

**Studium I
Medizinisches
Informationsmanagement**

An der Hochschule Stralsund startet zum Wintersemester 2015/2016 der Bachelorstudiengang Medizinisches Informationsmanagement/eHealth. Er soll die Absolventen auf Tätigkeiten an der Schnittstelle von Medizin, Informationsverarbeitung und Gesundheitsmanagement vorbereiten; ein Schwerpunkt ist das Management von Informationsprozessen. Das Bachelorstudium umfasst sechs Fach- und ein Praxissemester. Anträge auf Einschreibung müssen der Hochschule bis zum 31. August 2015 vorliegen. ■

Mehr Informationen:
<http://mimeb.fh-stralsund.de/studium.html>

**Studium II
Zusammenschluss für
Public Health**

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin, die Technische Universität Berlin und die Alice Salomon Hochschule Berlin haben beschlossen, die 2007 gegründete Berlin School of Public Health neu zu strukturieren. Zum Wintersemester 2016 soll ein neuer, hochschulübergreifender Masterstudiengang Public Health eingeführt werden, der die bestehenden Weiterbildungsstudiengänge ergänzt, auf verschiedenen Bachelor-Studiengängen der beteiligten Institutionen aufbaut und so zur Interdisziplinarität beiträgt. ■

Mehr Informationen:
<http://bsph.charite.de/>

BUCHTIPPS

Zum Thema Sozialmedizin



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Prof. Dr. Andreas G. Franke**, Professor für Medizin in Sozialer Arbeit, Bildung und Erziehung und Prodekan des Fachbereichs Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung an der Hochschule Neubrandenburg

Brodaer Straße 2
17033 Neubrandenburg
Telefon: 0395 5693-5109
Fax: 0395 5693-9999
franke@hs-nb.de
www.hs-nb.de

Autoren/Titel	Inhalt
<p><i>Gerhard Trabert, Heiko Waller</i> Sozialmedizin Grundlagen und Praxis</p>	<p>Autor Heiko Waller hat für die siebte, aktualisierte und ergänzte Auflage seines Buches Gerhard Trabert als Koautor gewonnen und betrachtet mit ihm gemeinsam die Sozialmedizin in Theorie und Praxis. Die Autoren widmen sich auf</p>
<p><i>Rainer G. Diehl, Erika Gebauer, Alfred Groner</i> Kursbuch Sozialmedizin Lehrbuch zum Curriculum der Bundesärztekammer</p>	<p>Die Autoren verfügen über langjährige Erfahrung in verschiedenen Bereichen der Sozialmedizin. Sie informieren den Leser nicht nur über den Kern der Sozialmedizin, sondern widmen sich auch der Beschreibung der sozialen Gesetzgebung im Gesundheitswesen und in angrenzenden Bereichen der Sozialmedizin</p>
<p><i>David Klemperer</i> Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissen- schaften Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe</p>	<p>Wie der Titel bereits aufzeigt, beschränkt sich dieses 400 Seiten starke Buch nicht nur auf die eigentliche Sozialmedizin, sondern beginnt mit der Aufarbeitung von Aspekten, die die Überschrift „Public Health“ tragen, und spart auch</p>

rund 300 Seiten der Allgemeinen Sozialmedizin sowie speziellen sozialmedizinischen Implikationen bestimmter Erkrankungen (etwa Krebserkrankungen) und sparen auch Behinderungen nicht aus. (*Kohlhammer Verlag, 2013*)

wie etwa Public Health und Epidemiologie sowie Qualitätsmanagement und sozialmedizinische Begutachtungen. Vor allem für Ärzte, die die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin anstreben, eignet sich das umfangreiche Buch als Begleiter bei den Kursen sowie zur Prüfungsvorbereitung. (*Deutscher Ärzte-Verlag, 2014*)

Nachbargebiete wie Epidemiologie und Evidenzbasierte Medizin nicht aus. Dem Leser liefert dieser Band einen guten Überblick über die Sozialmedizin und angrenzende Bereiche. (*Verlag Hans Huber, 2014*)

Foto: Hochschule Neubrandenburg

Ärzteatlas 2015

Genügend Mediziner, aber falsch verteilt

Mit 451 berufstätigen Ärzten je 100.000 Einwohner gab es im Jahr 2014 deutschlandweit 48,5 Prozent mehr Mediziner als noch 1991. Dabei verzeichneten alle Bundesländer deutliche Zuwächse. Im internationalen Vergleich steht Deutschland damit mit an der Spitze.

Auch unter niedergelassenen Medizinern ist die Arztdichte hoch, wie der Ärzteatlas 2015 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zeigt. Laut Bedarfsplanungsrichtlinie, die regelt, welche Mediziner sich in welcher Zahl wo niederlassen dürfen, sind viele Planungsbereiche sogar überversorgt. Aber es gibt auch Verteilungsprobleme und die Überversorgung bindet Ärzte, die andernorts fehlen.

Nach Maßstab der aktuellen Bedarfsplanung liegt der Gesamtversorgungsgrad bei allen Arztgruppen deutlich über dem Soll. Bundesweit werden die Vorgaben fast um ein Drittel übertroffen. Selbst bei den Hausärzten beträgt der Gesamtversorgungsgrad bundesweit 110,4 Prozent. Auf Landesebene gibt es nur in Sachsen-Anhalt mit 99,6 Prozent eine leichte Unterdeckung. Insgesamt sind sogar 49 Prozent aller Planungskreise überversorgt. Es gibt also insgesamt mehr Hausärzte als laut Bedarfsplanung nötig wären. Allerdings unterscheidet sich ihre regionale Verteilung zum Teil enorm. So steht einer tatsächlichen oder drohenden Unterversorgung in einigen Landstrichen eine deutliche Überversorgung in den Regionen gegenüber, die für Ärzte attraktiv sind.

Ausgeprägter als bei Hausärzten ist die Überversorgung im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. So sind fast alle Planungsbereiche überversorgt mit Chirurgen, Urologen, Kinderärzten, Orthopäden, Nerven- und Frauenärzten. Bei der spezialisierten fachärztlichen Versorgung sieht es ähnlich aus: Alle Planungsbereiche sind überversorgt mit Anästhesisten, Fachinternisten und Radiologen. Nur bei Kinder- und Jugendpsychiatern existieren hohe und niedrige Versorgungsgrade nebeneinander.

Bundesweit sind 32 Prozent der Hausärzte 60 Jahre oder älter und werden in absehbarer Zeit einen Nachfolger suchen. Dabei muss in überversorgten Regionen nicht jeder frei werdende Arztsitz wieder

besetzt werden. Kritisch wird die Versorgungslage aber, wenn mehrere ungünstige Faktoren zusammenkommen: ein niedriger Versorgungsgrad, viele ältere Ärzte und Schwierigkeiten bei der Wiederbesetzung eines frei gewordenen Arztsitzes.

Der WIdO-Ärzteatlas 2015 dokumentiert das regionale Versorgungsangebot der Vertragsärzte. Er stellt für 23 Arztgruppen die aktuellen regionalen Versorgungsgrade kartografisch dar und bildet so auch das Maß an Über- und Unterversorgung differenziert ab. Der Atlas steht zum Download bereit unter: www.wido.de/aerzteatlas2015.html ■

Klose J, Rehbein I: Ärzteatlas 2015. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO): Berlin 2015

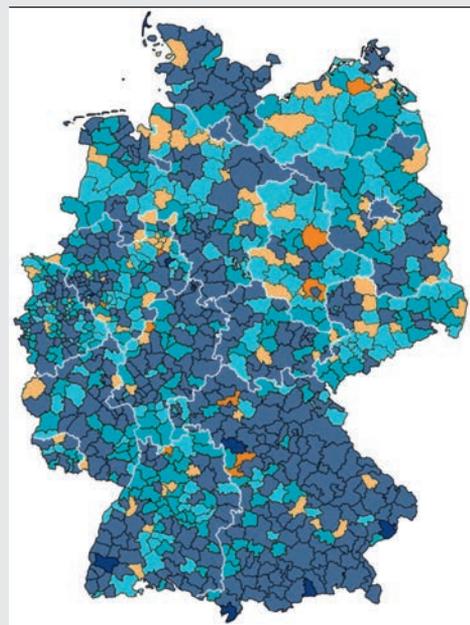


Joachim Klose,
Forschungsbereichsleiter
Ärztliche Versorgung, Betriebliche Gesundheitsförderung
und Pflege im WIdO

„Eine hohe und steigende Arztdichte kennzeichnet die Versorgungslage. Gleichzeitig gibt es in bestimmten Regionen aber auch erhebliche Verteilungsprobleme.“

ABBILDUNG

Regionale Verteilung der Hausärzte* nach Planungsbereichen 2014



*Allgemeinärzte, praktische Ärzte und nicht fachärztlich tätige Internisten ohne Kinderärzte

Versorgungsgrade

- 0 % bis unter 75 %
- 75 % bis unter 90 %
- 90 % bis unter 100 %
- 100 % bis unter 110 %
- 110 % bis unter 150 %
- über 150 %

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

QMR-Kongress in Potsdam

Mit innovativen Instrumenten die Qualität messen



Um Verfahren, die die Behandlungsqualität im Krankenhaus verbessern können, ging es auf dem vierten Kongress zu Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement mit Routinedaten (QMR).

Knapp 450 Teilnehmer aus Deutschland, Österreich und der Schweiz diskutierten auf dem Kongress in Potsdam unter anderem darüber, wie QMR-Ergebnisse Prozesse verbessern und Fehlerquellen identifizieren können. Veranstalter waren die Initiative Qualitätsmedizin (IQM), die Technische Universität (TU) Berlin und der AOK-Bundesverband.

Im Fokus stand das Verfahren „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR), das das Wissenschaftliche Institut der AOK

(WIdO) entwickelt hat. Das bislang einzigartige System ermöglicht auf der Basis von Routinedaten eine Langzeitbetrachtung von Behandlungsergebnissen, die über den eigentlichen Krankenhausaufenthalt hinausgeht. Der QMR-Kongress zeige, dass Kliniken und Krankenkassen in den vergangenen Jahren innovative Instrumente und wirksame Verfahren entwickelt hätten, um die Behandlungsqualität in den Kliniken zu messen und zu verbessern, so IQM-Präsident Francesco De Meo. Die über 350 Krankenhäuser, die an IQM teilnehmen, nutzen bereits seit 2008 eigene routinedatenbasierte Indikatoren, die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI).

Die Krankenhausreform und die geplanten Qualitätsvorgaben

für Kliniken standen im Mittelpunkt einer Podiumsdiskussion. Lutz Stroppe, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, warnte davor, das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit Erwartungen zu überfrachten. Es brauche auch Ideen und Zuarbeit aus anderen Bereichen. Hier können die Vorarbeiten des WIdO als Beispiel gelten, wie etwa bei der Entwicklung von QSR-Indikatoren für Hüft- und Kniegelenkersatz sowie für die Gallenblasenentfernung.

Zuvor hatte auch IQTIG-Chef Christof Veit betont, dass es weiter eine vielfältige Qualitätsberichterstattung geben müsse. Sein Institut erhebe keinen Alleinanspruch bei der Qualitätsmessung im Gesundheitswesen. ■



Fehlzeiten-Report 2015

Neue Wege in der betrieblichen Prävention

Welche Qualitätsstandards muss ein Gesundheitsmanagement erfüllen, das sich an schwer zu erreichende Berufsgruppen richtet? Mit diesem Schwerpunkt befasst sich der Fehlzeiten-Report 2015 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Die Angebotspalette betrieblicher Prävention ist groß. Gesundheitszirkel, Rückenschulen und Stressseminare sind wohl die bekanntesten Bausteine. Doch immer

mehr Angestellte fallen durch diese standardisierten Raster, weil sie räumlich, zeitlich oder sprachlich schwer zu erreichen sind.

Dazu zählen etwa Außendienstmitarbeiter, Schichtarbeiter, Freiberufler, gering qualifizierte oder Migranten – sie alle bedürfen individueller gesundheitsförderlicher Angebote. Dabei werden jedoch nur solche Projekte langfristig auf Akzeptanz stoßen, die Unternehmensleitungen, Personalvertretungen

und Beschäftigte gleichermaßen überzeugen.

Doch wie können solche zielgruppenspezifischen Projekte aussehen? Mit welchen Instrumenten lassen sich die gesetzten Ziele erreichen? Wie wird die Qualität der Präventionsprojekte gewährleistet? Diese Leitfragen beantworten die Beiträge im Fehlzeiten-Report 2015 des WIdO. Zudem informiert das Buch wieder umfassend über die Krankenstandsentwicklung in der deutschen Wirtschaft. ■

Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Berlin: Springer 2015; ca. 550 Seiten, 54,99 Euro; ISBN 978-3-66247263-7

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: 4. Kongress Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement mit Routinedaten, Potsdam, 5/2015: **Jürgen Klauber:** „Qualitätssicherung mit Routinedaten“, **Christian Günster:** „Qualitätstransparenz für Patienten“, **Dr. Elke Jeschke:** „Grundlagen des QSR-Verfahrens“, **Hanna Leicht:** „Häufige Fragen zum QSR-Verfahren“, **Matthias Maneck:** „Qualitätsanalyse mit dem Klinikbericht“
+++ Tagung des MDK Sachsen-Anhalt, Wernigerode, 4/2015: **Christian Günster:** „Längsschnittdaten mit Routinedaten: Was bringt das Follow up für die Qualitätsmessung?“ +++

Aktuelle Ansätze zur Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsversorgung – eine kritische Wertung

von Matthias Schrappe¹

ABSTRACT

Durch die aktuelle Gesetzgebung sind eine qualitätsorientierte Vergütung und Krankenhausplanung in das Zentrum des Interesses gerückt. Der vorliegende Artikel gibt eine Einschätzung zur Umsetzung und Evaluation dieser Instrumente. Ausgangspunkt ist dabei die Frage der Kohärenz der gegenwärtigen und geplanten Regelungen. Im Mittelpunkt der Analyse stehen die Zielorientierung, die Einbeziehung der bisherigen Evidenz und die strategische Umsetzung. Abschließend wird auf die Notwendigkeit eines umfassenden Rahmenkonzepts hingewiesen, das den Hintergrund für die geplanten Entwicklungen im Bereich der Qualitätsverbesserung auf Systemebene darstellt.

Schlüsselwörter: Qualitätsorientierung, Vergütung, Krankenhausplanung

On account of current legislative processes both quality-oriented remuneration and hospital planning have generated a lot of interest. This article assesses both the implementation and the evaluation of these measures. We start from the question of coherence between the present and the future regulations. The analysis centers on goal-orientation, the inclusion of available evidence, and strategic implementation. Finally, the necessity of an all-embracing concept for a framework is sketched. This should constitute the background for further development in the field of quality improvement on a systemic level.

Keywords: quality orientation, remuneration, hospital planning

1 Einleitung

Mit der qualitätsorientierten Vergütung (Pay for Performance, kurz P4P) und der qualitätsorientierten Krankenhausplanung werden zurzeit zwei neue Instrumente in die gesundheitspolitische Diskussion eingeführt, die geeignet erscheinen, die Rolle von Qualität und Patientensicherheit im deutschen Gesundheitswesen nachhaltig zu stärken. Da Interventionen solcher Tragweite äußerst komplexe Eingriffe in das bekanntermaßen hochkomplexe Gesundheitssystem darstellen (zum Begriff der doppelten Komplexität siehe auch *Shojania 2013; Schrappe 2014, 247*), muss sich die wissenschaftliche Beurteilung von Erfolgchancen und Auswirkungen in erster Linie mit folgenden Fragen auseinandersetzen:

- (1) Sind die Interventionen hinreichend kohärent?
- (2) Besteht eine sinnvolle Zielorientierung?
- (3) Wird die vorhandene evaluative Evidenz für die Implementierung, Umsetzung und Auswertung einbezogen?

- (4) Sind die Interventionen strategisch abgestimmt?
- (5) Folgen die Interventionen adäquaten theoretischen Grundannahmen?

2 Kohärenz der Regelungen

In den vergangenen 15 Jahren sind im deutschen Gesundheitssystem zahlreiche Regelungen zur Qualität der Versorgung und zuletzt auch zur Patientensicherheit aufgenommen worden, vor allem in Form von Detail- und institutionellen Regelungen. Ein Beispiel für Erstere sind Hygienemaßnahmen, ein Beispiel für Letztere ist institutionelles Qualitätsmanagement. Instrumente zur Qualitätsverbesserung auf Systemebene wurden zwar auch implementiert. So finden sich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) inzwischen der Public-Reporting-Ansatz der Qualitätsberichte nach Paragraph 137, erste Ansätze zur qualitätsorientierten Vergütung in Para-

¹ Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Venloer Str. 30 · 50672 Köln · Telefon: 0221 245749 · E-Mail: matthias@schrappe.com

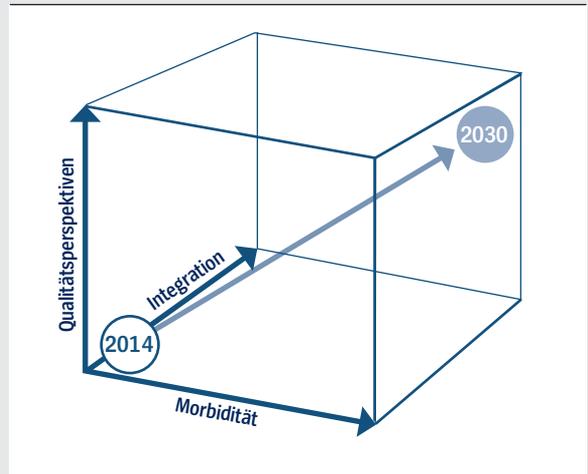
graf 136 Abs. 4 und die Nutzenbewertung nach Paragraf 35 b. Insgesamt aber blieb es bei bruchstückhaften Versuchen. Dass es im deutschen Sprachgebrauch über den institutionellen Terminus des Qualitätsmanagements hinaus keinen Begriff gibt, der die Qualitätsverbesserung auf Systemebene beschreibt, und man deswegen weiter mit dem Begriff Qualitätssicherung, bei dem es eher um die Darstellung von Qualität geht, arbeitet, verdeutlicht dieses Defizit.

Vor allem wird die sektorale Perspektive nicht überwunden, auch nicht durch die sogenannte transsektorale Qualitätssicherung: Keines der 31 in der externen Qualitätssicherung nach Paragraf 137a SGB V aufgenommenen Krankheitsbilder beziehungsweise keine der Prozeduren weist eine sektorübergreifende Perspektive auf (AQUA-Institut 2014). Die aufwendige Entwicklung einer kleinen Zahl von transsektoralen Indikatoren bleibt naturgemäß bei einzelnen Diagnosen stehen, sodass hier von transsektoralen Tunneln zu sprechen ist. Die Sektorlogik wird nicht aufgehoben, Aufgabebereich und finanzielle Verantwortung sind nicht kongruent, es ergibt sich kein integriertes Bild für die Versorgung einer Population. Die Anforderungen an die Qualität der Versorgung auf institutioneller Ebene können nicht zu einem Erfolg führen, wenn systembedingte Fehlanreize wie die ausgeprägte Mengen- und Anbieterorientierung eines pauschalierten Vergütungssystems nicht angegangen werden. Im Zweifelsfall führt nämlich immer die Mengensteigerung und nicht die Investition in Qualitätsverbesserung. Ebenso führt im Zweifel immer die Optimierung des Anbieterergebnisses und nicht die bedarfsgerechte Allokation.

In dieser Situation gibt der derzeitige Gesetzgebungsprozess in seiner mittelfristigen Perspektive, ausgehend vom Koalitionsvertrag vom 23. November 2013 über das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) vom 21. Juni 2014, das Eckpunkte-Papier der Bund-Länder-Kommission zur Krankenhausreform vom 5. Dezember 2014, das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 11. Juni 2015 bis hin zum Entwurf des Krankenhaus-Strukturgesetzes (erste Lesung: 2. Juli 2015), durch den Anlass zu Optimismus. Erstens erfolgt die Stärkung des Qualitätsgedankens parallel zu einer entscheidenden strukturellen Weiterentwicklung des Systems. Zu nennen sind hier die Stärkung von Integration und selektivvertraglichen Regelungen im GKV-VSG, die Regelungen zu „planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ und der Strukturwandel in der Krankenhausplanung im Entwurf des KHSG. Zweitens unternimmt der Gesetzgeber den Versuch, die Regelungen im Neunten Abschnitt Kapitel 4 des SGB V neu zu ordnen, genauer aufeinander abzustimmen und auf andere Regelungen wie den neuen Paragraphen 110a (dort geht es um Qualitätsverträge) und die entsprechenden Bestimmungen im Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) beziehungs-

ABBILDUNG 1

Orientierungsrahmen für die Beurteilung qualitätsverbessernder Maßnahmen



Quelle: Schrappe 2014; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

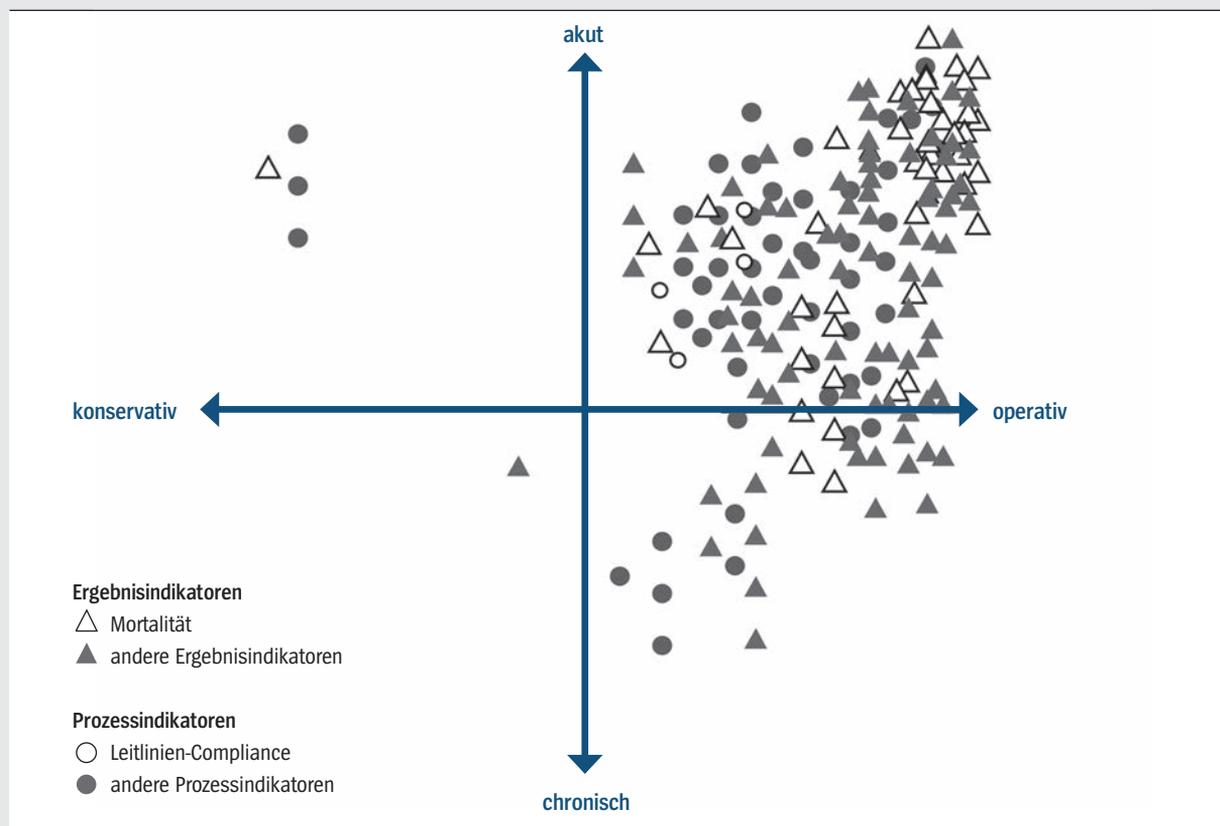
Das Ideal für 2030: Erfolge bei allen drei Hauptkriterien zur Beurteilung von Qualitätsverbesserung (Qualität, Integration und Morbidität)

weise im Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) zu beziehen.

Eine zentrale Inkohärenz bleibt jedoch bestehen: die Mengenproblematik. Einerseits sind Mengenanreize – gerade in sektoral organisierten Gesundheitssystemen – pauschalierten Vergütungssystemen wie den Diagnosis Related Groups (DRGs) inhärent und werden durch unterschiedliche Zusatzregelungen (beispielsweise Mindestmengen) noch verstärkt, andererseits stellen Pauschalierung und Regelungen zur Zentralisierung der Versorgung wie Mindestmengen-Regelungen wichtige Elemente zur Weiterentwicklung des Systems dar. Auch sind Instrumente der Qualitätsverbesserung auf Systemebene wie Public Reporting und P4P nicht frei von Mengenanreizen, insbesondere hinsichtlich der Einbeziehung leichter Fälle der Elektivversorgung und bei der Nutzung von Ergebnisindikatoren. Der Versuch, ausgerechnet auf der Ebene der arbeitsvertraglichen Regelungen von Chefarzten den Mengenanreiz auszugleichen, indem „im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben [sind], die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen, ausgeschlossen sind“ (Paragraf 136 a Satz 2), kann auch nicht durch die Verschärfung dieser Regelung im neuen Paragraphen 135 c (KHSG-E) erfolgreich sein. Selbst die Präzisierung der Vergütungsregelungen durch die Begriffe „wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen“ und „systematische Übervergütung

ABBILDUNG 2

Ergebnis- und Prozessindikatoren: Konzentration auf operative Akutmedizin



Quelle: AQUA-Institut 2014, aus Schrappe 2014; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Schematische Darstellung der derzeitigen Qualitätssicherung nach den Kriterien Akutmedizin/chronische Erkrankungen und operativ/konservativ. Bis auf die akutmedizinische Pneumonie und die Komplikation Dekubitus werden keine konservativen beziehungsweise chronischen Erkrankungen berücksichtigt.

der Sachkostenanteile“ in der beabsichtigten Neufassung des Paragraphen 17 b Abs. 1 Satz 5 und 6 KHG mit entsprechenden Abschlagsregelungen bis 2017 (Fixkostendegressionsabschlag nach Paragraph 10 Abs. 13 [neu] KHEntgG) wird daran nichts ändern, weil der ökonomische Anreiz zwar bezeichnet wird, aber in vollem Umfang bestehen bleibt.

3 Zielorientierung

Strategien zur Qualitätsverbesserung müssen zielorientiert erfolgen. Schon allein der Begriff Qualität lässt die Frage nach den Anforderungen, die zur Quantifizierung der Qualität dienen, unentbehrlich erscheinen: Qualitätssicherung ist niemals Selbstzweck, sondern dient der Behebung von

Problemen. In unserem Gesundheitssystem mit seiner sektoralen und akutmedizinischen Orientierung hat eine glaubwürdige und erfolgversprechende umfassende Qualitätsstrategie vor allem drei Aufgaben zu erfüllen (siehe Abbildung 1):

- Sie muss den zukünftigen Anforderungen im Krankheitspektrum einer alternden Gesellschaft genügen (dazu gehören die Behandlung beziehungsweise Begleitung chronischer Mehrfacherkrankungen und Prävention).
- Sie hat die Sektorierung zu überwinden und für mehr Koordination zu sorgen.
- Sie muss alle Qualitätsperspektiven umfassen. Sie darf also nicht bei der auf Prozeduren und Diagnosen bezogenen klassischen Qualitätssicherung stehen bleiben, sondern hat vor allem Nutzenaspekte und Patientenorientierung mit einzubeziehen.

In der Realität ist die derzeitige Qualitätssicherung jedoch auf wenige stationäre Krankheitsbilder und Eingriffe begrenzt, die der operativen Behandlung von Akuterkrankungen zuzuordnen sind. Konservativ zu behandelnde chronische Erkrankungen, Prävention und Elemente wie Koordination und Integration sind weitestgehend von der Qualitätssicherung ausgeschlossen (AQUA-Institut 2014; siehe Abbildung 2). Es ist daher ein Richtungswechsel notwendig. Nicht zuletzt angesichts der großen Zahl bereits laufender Integrationsprojekte sollte die Entwicklung jetzt zügig vorangehen und vorrangig eine regionale und eine Populationsperspektive einnehmen, die die Prävention und gesundheitliche Versorgung von Populationen (zum Beispiel durch sogenannte Area-Indikatoren) in den Vordergrund stellt. Hierzu gehört auch eine populationsbezogene (und nicht anbieterorientierte) Bedarfsplanung. Instrumente zur Qualitätsverbesserung, die derzeit diskutiert werden (beispielsweise P4P), müssen kritisch daraufhin überprüft werden, inwieweit sie diesen Aufgaben förderlich sind.

4 Evaluative Evidenz

Unbenommen der Tatsache, dass bei komplexen Interventionen aus dem gesundheitspolitischen Kontext wissenschaftliche Evaluationen aufwendiger sind als bei biomedizinischen Interventionen und zudem auch in ihren Ergebnissen einer größeren Streuung unterliegen, ist selbstverständlich zu fordern, dass bei der Einführung solcher Interventionen die vorhandene wissenschaftliche Evidenz herangezogen wird und die Auswirkungen der Interventionen wiederum einer Evaluation unterliegen. Die im Entstehen begriffene Versorgungsforschung ist nun auch in Deutschland zunehmend dazu in der Lage, die entsprechenden Evaluationsinstrumente zur Verfügung zu stellen. Der Gesetzgeber hat reagiert und will mit den Regelungen zum Innovationsfonds gemäß Paragraf 92a SGB V im GKV-VSG die Voraussetzungen für einen entsprechenden Einsatz schaffen, nicht ohne damit den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) ausdrücklich zu stärken.

Allerdings liegen bei der Evaluation komplexer Interventionen auf Ebene des Gesundheitssystems die Erwartungen und der zu leistende wissenschaftliche Output immer noch weit auseinander. Können *confounder*, also nicht bekannte, unbeabsichtigt mitbeobachtete Faktoren, bei einer biomedizinischen Intervention (beispielsweise bei der Gabe eines Medikamentes) noch durch das Instrument der Randomisierung kontrolliert werden, so ist dies bei komplexen Systeminterventionen nicht möglich, es sei denn, man akzeptiert, dass überzufällig negative Ergebnisse erarbeitet werden. Im Endeffekt wäre es als paradoxe Konsequenz nicht auszuschließen, dass sich biomedizinische Interventionen auch auf gesundheitspolitischer Ebene als wirkungsvoller herausstel-

len würden als komplexe Interventionen, weil sie bei der linearen Evaluation bevorteilt sind (Leape et al. 2002).

Aus Platzgründen sei dies nur an zwei Beispielen dargelegt. Die Evaluation von Grenzwerten bei Mindestmengen führt zwangsläufig zu negativen Ergebnissen, weil die Fragestellung „Ist die Qualität der Versorgung über x besser als unter x “ außer Acht lässt, dass ein solcher Grenzwert bei einem Einsatz von Mindestmengen nicht existieren kann (sondern nur ein gradueller Unterschied mit weiten Überschneidungsbereichen). Diese Fragestellung ist aber auch deshalb von zweifelhaftem Wert, weil Mindestmengen nur in einem Kontext von Umgebungsbedingungen ihren Wert haben, zum Beispiel wenn die Zentralisierung durch sinnvolle Zentrumsstrukturen analog den Bestimmungen zu Brustzentren begleitet wird. Außerdem – auf diesen wichtigen Punkt wird weiter unten eingegangen – ist das Leistungsvolumen kein direktes Maß für Qualität, sondern nur ein Indikator. Dieser sagt bei Unterschreiten der Mindestmenge Probleme voraus – und man sollte deshalb genauer hinschauen.

Bei der qualitätsorientierten Versorgung (P4P), die ja nun durch den Entwurf des KHSG in den Mittelpunkt des Interesses gerückt ist, liegen dagegen unzutreffende ökonomische Annahmen zugrunde. International wird P4P breit eingesetzt. Führend sind Prozessindikatoren, Patientensicherheitsindikatoren und Indikatoren auf der Basis von Patientenerfahrungen. Im Mittelpunkt stehen zunehmend Probleme der ambulanten Versorgung und Koordination, Ergebnisindikatoren werden risikoadjustiert eingesetzt. Die kurzfristigen Evaluationen hatten einen deutlichen Effekt von P4P gezeigt, während die Langfristevaluationen dann zurückhaltender ausfielen (siehe umfassende Darstellung in Schrappe 2014, 169 ff.). Enttäuschenderweise wurde kein Spillover-Effekt zur Verbesserung von nicht angereizten Indikatoren beobachtet, dafür aber ein deutlicher Ceiling-Effekt; die *poor performers* profitierten – anders als vermutet – nicht stärker als die Top-Einrichtungen. Nach Beendigung des Anreizes scheint die Qualität der Versorgung wieder auf das Ausgangsniveau zurückzufallen. Die zusätzlichen (oder einbehaltenen) Zahlungen sind teilweise recht hoch.

Die Gründe für die geringere langfristige Wirkung von P4P sind nicht nur darin zu suchen, dass die Indikatoren bereits langfristig bekannt waren und es zu einem Ceiling-Effekt kam, sondern dass es durch eine mangelhafte Kopplung von Vergütung und Qualitätssystematik für die *poor performers* zu keiner realistischen Anreizbildung kam, dass es einen gleichzeitigen Einsatz von Public Reporting und P4P gab (das führte zu einer gegenseitigen Neutralisierung), dass die Vergütung zu niedrig war (vor allem unter Berücksichtigung der Opportunitäts- und Grenzkosten) und dass man die Risiko-Aversion der Entscheidungsträger ebenso unterschätzte wie die Dominanz des grundlegenden Vergütungssystems, nämlich der DRGs.

5 Strategiebezug

Die strategische Weiterentwicklung der Instrumente zur Qualitätsverbesserung muss die Morbiditätsentwicklung berücksichtigen (also chronische Erkrankungen einschließlich Prävention), die strukturelle Weiterentwicklung unterstützen (insbesondere Überwindung der Sektorierung) und auf einem umfassenden Qualitätsgedanken basieren (Einbeziehung des Nutzen- und Patientenbezugs). Die Methodik der Qualitätsmessung hat mit dieser strategischen Zieldefinition kompatibel zu sein. Insbesondere ist auf sechs Probleme kurz einzugehen:

a) Valide Indikatoren statt quantitativer Erhebung: Qualitätsindikatoren sagen Defizite voraus und sind daher problemorientiert einzusetzen (*JCAHO 1991*). In Deutschland werden jedoch Ereignisse vielfach quantitativ erhoben, ohne dass der Bezug zu Qualitätsproblemen geklärt ist (siehe Abbildung 3). Das klassische Beispiel ist die Mortalität, ein schlechter Qualitätsindikator, der unabhängig von der jeweiligen Risikoadjustierung maßgeblich von dritten Faktoren bestimmt wird (*Schrapppe 2014, 100 ff.*). Für die Wirksamkeit von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen ist diese Unterscheidung von großer Bedeutung, denn die statistischen Anforderungen sind unterschiedlich, da sich die Validität von Indikatoren auf eine hohe Sensitivität bezieht (unter Inkaufnahme geringerer Spezifität), im Gegensatz zu quantitativen Methoden mit gleichrangigen Anforderungen an Sensitivität und Spezifität. Ein sensitiver Indikator wird folglich immer auch einige solcher Einrichtungen als auffällig identifizieren, die gar kein Qualitätsproblem haben (sogenannte intrinsische Ungerechtigkeit). Für Ärzte sind Indikatoren oft noch aus einem anderen Grund schwer verständlich, weil das Indikatorenkonzept ihrem Verständnis klinischer diagnostischer Verfahren (zu denen Indikatoren *nicht* gehören) zuwiderläuft, bei denen die falsch-positiven Ergebnisse (Spezifität beziehungsweise prädiktiv positiver Wert) im Vordergrund stehen.

b) Ergebnisindikatoren zugunsten valider Prozessindikatoren zurückstellen: Obwohl Ergebnisindikatoren durch den Anschein gestützt und im SGB V genannt werden, sind sie von einer Reihe maßgeblicher Nachteile begleitet:

- Sie betreffen bereits eingetretene Ereignisse, während Prozessindikatoren Ereignisse vorhersagen (sogenannte Bad-Apple-Problematik).
- Sie müssen im Gegensatz zu Prozessindikatoren risikoadjustiert werden.
- Im Gegensatz zu Prozessindikatoren ist die Verantwortlichkeit oft nicht klar (zum Beispiel nach Entlassung aus der stationären Behandlung).
- Kleine Einrichtungen werden aus statistischen Gründen benachteiligt (höhere Häufigkeit von Ausreißern, Einzelereignisse sind nicht zu neutralisieren).

- Sie sind wenig motivierend wegen der Bad-Apple-Problematik, während Prozessindikatoren ein präventives Eingreifen möglich machen.
- Vor allem ist ihnen ein Mengenanreiz immanent, was besonders bei P4P-Programmen eine wichtige Rolle spielt (Attraktion leichter Fälle bei mengenmäßig ausbaubaren Leistungen, die Ergebnisqualität steigt, Risikoadjustierungsmodelle sind leicht zu beeinflussen).

Bei Prozessindikatoren sind jedoch ebenfalls zwei Aspekte zu berücksichtigen:

- Sie sind nicht so stark mit den Ergebnissen korreliert, wie man es gerade bei stark durch Evidence-based Medicine (EbM) abgesicherten Parametern meinen sollte. Es ist zwar durchaus ein (hochsignifikanter) Effekt von Prozessindikatoren auf *outcomes* nachweisbar, wie bei immerhin 3.657 Krankenhäusern in den USA anhand der Daten aus dem Hospital-Compare-Programm nachgewiesen werden konnte (*Werner et al. 2006*, weitere umfangreiche Literatur siehe *Schrapppe 2014, 97 ff.*), aber quantitativ enttäuschen die Ergebnisse dennoch. Die zu ihrer Evaluation verwendeten Studiendesigns, die den komplexen Bedingungen, in denen solche Prozessparameter wirken, nicht gerecht werden, stehen als Ursache in der Diskussion (*Horn 2006*).
- Ganz entgegen dem Augenschein sind insbesondere solche Prozessindikatoren, die nicht durch EbM beziehungsweise Leitlinien abgesichert sind, bei denen also der Informationsvorsprung der Experten vor Ort noch besteht, besonders wirksam, während bekanntermaßen EbM-abgesicherte Prozessindikatoren zum Beispiel in P4P-Programmen keinen Effekt zeigen. Dieser irritierende Befund lässt sich aus der Principal-Agent-Theorie erklären. Bei Indikatoren, bei denen die Informationsasymmetrie aufgehoben ist, ist eine Einzelfallvergütung sehr viel effektiver (*Damberg 2007; Nicholson et al. 2008*).

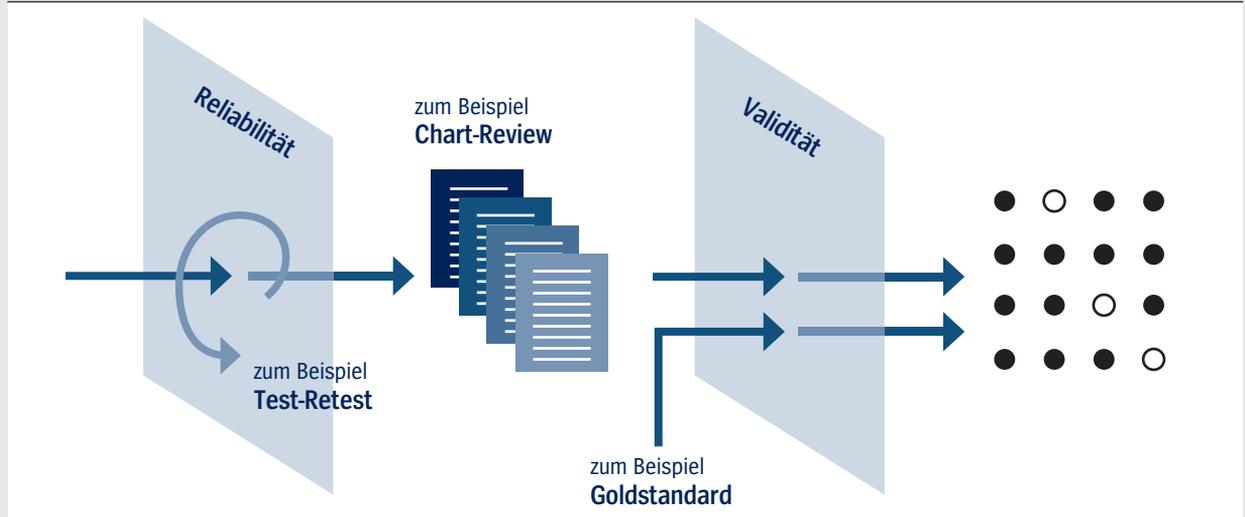
Diese Gesichtspunkte sollen jedoch nicht davon ablenken, dass die international führenden, umfassenden Projekte zur Qualitätsverbesserung fast ausnahmslos Prozessindikatoren einsetzen (*Ryan und Blustein 2012*).

c) Vorsicht mit Strukturindikatoren im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung: Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Krankenhausträger eher in Strukturveränderungen investieren, als eine Schließung in Betracht zu ziehen. Im Zusammenhang mit P4P wirken Strukturindikatoren als Investitionsbeihilfen, sodass es mittelfristig noch schwieriger wird, das Krankenhaus in eine integrierte Versorgungseinheit zu überführen. Hier werden üblicherweise Argumente vorgetragen wie: „Wir haben doch gerade eben die Intensivstation neu gebaut.“

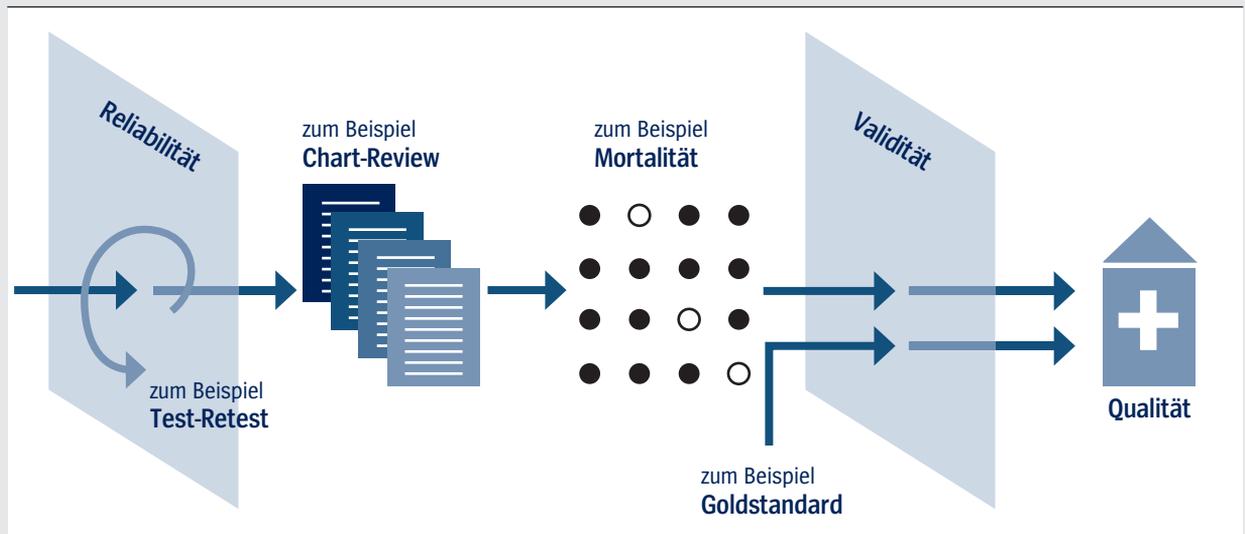
d) Routine-Daten sind schlecht geeignet, insbesondere wegen ihres Sensitivitätsproblems, da sie in erster Linie die vergütungsbezogene Dokumentation widerspiegeln (*Azaouagh und Stausberg 2008*, zusammenfassende Diskussion und Literatur siehe

ABBILDUNG 3

Quantitative Erhebung



Indikator



Quelle: Schrappe 2014; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Die Abbildung zeigt den Unterschied zwischen quantitativer Datenerfassung und der Erfassung von Indikatoren mit Vorhersagefunktion. Die Validität bezieht sich im ersten Fall auf die Erhebung, im zweiten Fall auf die Vorhersage.

Schrappe 2014, 102 ff.). Die Sensitivitätsproblematik wird durch die jetzt auf Routinedaten umgestellte Erhebung des Dekubitus unterstrichen (ältere Patienten: Underreporting – keine Vergütungsrelevanz; jüngere Patienten: sehr hohe Raten – hohe Vergütungsrelevanz). Weitergehend sind jedoch folgende Aspekte zu beachten:

- Routinedaten sind (ebenso wie das DRG-System sui generis) prozedurenlastig, sie fördern also die operativ-akutmedizinische Ausrichtung des Systems.
- Sie bilden trotz aller transsektoralen Versuche in erster Linie die sektorale Logik der Vergütungssysteme ab und fördern nicht die Integration.

- Sie verstärken den Mengenanreiz des Systems (statt der Prävention).
- Sie präjudizieren den Gebrauch von Ergebnisindikatoren (mit wiederum auf Routinedaten gestützter Risikoadjustierung).
- Sie stärken den Anbieterbezug (da diese die Vergütung auslösen) und nicht den Patientenbezug.

Routinedaten behindern also die notwendige Neuausrichtung des Systems und stabilisieren die derzeitige akutmedizinisch-prozedurale Ausrichtung. Es gibt jedoch auch Indikatoren, die sehr gut mit Routinedaten zu erheben sind (beispielsweise Mindestmengen, aber auch hier besteht die Gefahr der Mengenausweitung).

Mit Nachdruck ist darauf hinzuweisen, dass es seit über vierzig Jahren ein prominentes Beispiel gibt, bei dem man mit klinisch-epidemiologischen Falldefinitionen zu stabilen, international vergleichbaren Zahlen kommt: die Infektions-epidemiologie mit ihren Falldefinitionen der Centers of Disease Control (CDC; siehe *Gaynes und Solomon 1996*). Die Erarbeitung von klinisch-epidemiologischen Falldefinitionen für die allgemeine Qualitätssicherung sollte mit hoher Priorität auch außerhalb der Infektionsepidemiologie vorangetrieben werden.

e) Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) müssen in den Vordergrund gerückt werden. Dazu gehören alle Dinge, die der Patient selbst und nur er selbst berichten kann, zum Beispiel in der postoperativen Schmerztherapie (*Varaganam et al. 2014*). Sie betreffen vornehmlich den Bereich der Prozessindikatoren, also die Themen Koordination, Information und Kommunikation. Diese PROMs stellen einen wichtigen Einstieg in das Thema unterschiedlicher Qualitätsperspektiven dar und sind international bereits im Zusammenhang mit P4P-Programmen in Gebrauch (*Ryan und Blustein 2012; NHS 2013 a*). Entsprechende Entwicklungen durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nach den Bestimmungen des Paragraphen 137 sind daher von großer Wichtigkeit.

f) Vorsicht mit dem Begriff der Exzellenzindikatoren (im Eckpunkte-Papier der Bund-Länder-Kommission zur Krankenhausreform ist beispielsweise von „außerordentlich guter Qualität“ die Rede): Abgesehen von der sozialrechtlichen Wertung – im SGB V (zum Beispiel Paragraph 12) werden die Begriffe „ausreichend“, „zweckmäßig“, „wirtschaftlich“ und „notwendig“ verwendet – werden Indikatoren auch international immer zur Vorhersage negativer Entwicklungen verwendet (*JCAHO 1991*). Hinzu kommen statistische Feinheiten: Ein Qualitätsindikator darf kein Qualitätsproblem übersehen, er ist folglich hochsensitiv eingestellt; ein Exzellenzindikator müsste aber hochspezifisch eingestellt werden, um denjenigen ohne Exzellenzqualität auszuschließen. Dies würde eine Verkehrung des Indikatorbegriffs in sein Gegenteil bedeuten.

6 Theoretische Basis

Komplexe Interventionen, wie sie derzeit im Sinne der qualitätsorientierten Vergütung und Krankenhausplanung beabsichtigt sind, basieren also auf zahlreichen theoretischen Grundannahmen. Diese sind im optimalen Fall transparent und umfassen nicht nur die oben genannten ökonomischen und komplexitätstheoretischen Aspekte, sondern auch Annahmen über die Funktion der institutionellen Systeme (Expertenorganisation), über die Mechanismen der Verhaltensänderung mit Reflexion von Professionalismus und seiner Alternativen und beinhalten letztlich politikwissenschaftliche Konzepte hinsichtlich der Umsetzung. Aus Platzgründen kann auf diese Punkte hier nicht genauer eingegangen werden (zur ausführlichen Darstellung siehe *Schrapppe 2014, 237 ff.*). Es sei nur darauf verwiesen, dass international solche Rahmenkonzepte durchaus üblich sind (*IOM 2001; NHS 2013 b*). Vielleicht ist auch in Deutschland der Zeitpunkt gekommen, über eine solche Diskussion nachzudenken. An der Zeit wäre es, denn wenn man bei den anstehenden Interventionen keine Erfolge erreichen könnte, wäre dem Qualitätsgedanken schwerer Schaden zugefügt.

Literatur

AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) (2014): Qualitätsreport 2013. Göttingen

Azaouagh A, Stausberg J (2008): Häufigkeit der nosokomialen Pneumonie im Krankenhaus – Vergleich von rechnergestützter Basisdokumentation und papierbasierter Krankenakte. *Pneumologie*, Band 62, Heft 5, 273–278

Damberg CL, Sorbero M, Mehrotra A, Teleki S, Lovejoy S, Bradley L (2007): An Environmental Scan of Pay for Performance in the Hospital Setting: Final Report; <http://aspe.hhs.gov/health/reports/08/payperform/PayPerform07.html> (letzter Zugriff am 22. Juni 2015)

Gaynes RP, Solomon S (1996): Improving Hospital-Acquired Infection Rates: The CDC Experience. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, Jg. 22, Heft 7, 457–467

Horn SD (2006): Performance Measures and Clinical Outcomes. *JAMA*, Band 296, Heft 2, 2731–2732

Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press

JCAHO (1991): Primer on Indicator Development and Application, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Oakbrook Terrace, Illinois

Leape LL, Berwick DM, Bates DW (2002): What Practices Will Most Improve Safety? Evidence-Based Medicine Meets Patient Safety. *JAMA*, Band 288, Heft 4, 501–507

National Health Service (2013 a): 2013/14 General Medical Services (GMS) Quality and Outcomes Framework (QOF). Guidance for GMS-Contract 2013/14. Department of Health

National Health Service (2013 b): The NHS Outcome Framework 2013/14. Department of Health

Nicholson S, Pauly MV, Wu AYJ, Murray JF, Teutsch SM, Berger ML (2008): Getting Real Performance out of Pay-for-Performance. *Milbank Quarterly*, Jg. 86, Heft 3, 435–457

Ryan AM, Blustein J (2012): Making the Best of Hospital Pay for Performance. *The New England Journal of Medicine*, Band 366, Heft 17, 1557–1559

Schrapppe M (2014): Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Frans Dormann. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Shojania KG (2013): Conventional Evaluations of Improvement Interventions: More Trials or Just More Tribulations? *BMJ Quality and Safety*, Jg. 22, Heft 11, 881–884

Varagunam M, Hutchings A, Neuberger J, Black N (2014): Impact on Hospital Performance of Introducing Routine Patient Reported Outcome Measures in Surgery. *Journal of Health Services Research & Policy*, Band 19, Heft 2, 77–84

Werner RM, Bradlow ET (2006): Relationship Between Medicare's Hospital Compare Performance Measures and Mortality Rates. *JAMA*, Band 296, Heft 22, 2694–2702

DER AUTOR



Prof. Dr. med. Matthias Schrappe,

Jahrgang 1955, ist Internist. Promotion und Habilitation (Klinische Infektiologie) an der Universität Köln, 2002 bis 2005 Vorstandsvorsitzender der Universitätsklinik Marburg, dann hauptamtlicher Dekan (Medizin) und zeitweise Wissenschaftlicher Geschäftsführer der Universität Witten/Herdecke, Generalbevollmächtigter des Universitätsklinikums Frankfurt. 2009 Ruf auf die W3-Professur für Patientensicherheit, bis 2011 Direktor des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn. Bis 2011 Mitglied und Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit, 2001 bis 2007 Vorsitzender der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung, 2005 bis 2009 Gründungsvorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Derzeit APL-Professur und Lehrauftrag an der Medizinischen Fakultät Universität Köln.

Strukturfonds: Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser

von Uwe Klein-Hitpaß¹, Wulf-Dietrich Leber² und David Scheller-Kreinsen³

ABSTRACT

Im Entwurf des Krankenhaus-Strukturgesetzes wird erstmalig die Problematik stationärer Überkapazitäten angegangen. Aus Mitteln des Gesundheitsfonds wird ein Strukturfonds zur Umstrukturierung in Höhe von 500 Millionen Euro eingerichtet. Eine Kofinanzierung von Maßnahmen seitens der Länder ist vorgesehen. Entscheidend für die Wirksamkeit des Fonds wird die Definition von Vergabekriterien sein. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung sollte es einen Vorrang für Standortschließungen geben, ein komplementärer Kapazitätsaufbau ist zu vermeiden. Es gilt die Gefahr abzuwenden, dass der Strukturfonds von den Ländern als Ersatz für unterlassene Investitionsförderungen missbraucht wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält durch das Krankenhaus-Strukturgesetz Aufgaben im Bereich einer qualitäts- und erreichbarkeitsorientierten Krankenhausplanung. Damit vollzieht sich ein Paradigmenwechsel von der Landesplanung zur Marktregulierung.

Schlüsselwörter: Strukturfonds, Krankenhausreform, Überkapazität, Krankenhaus-Strukturgesetz, Krankenhausschließung, Krankenhausplanung, Investitionen, Krankenhausfinanzierung

The draft of the Krankenhaus-Strukturgesetz is the first legislative initiative that addresses the problem of hospital overcapacities. It establishes a so-called structural fund, which will receive 500 million Euros from the health fund for restructuring measures. The Länder are supposed to co-finance this new fund. The criteria for allocating means will largely determine its effectiveness. According to the statutory health insurance associations closing hospitals should be preferred to building up complementary capacities. The threat of draining the structural fund in order to finance investment (which is actually an obligation of the Länder) should be avoided. According to the Krankenhaus-Strukturgesetz the Federal Joint Committee gets new responsibilities regarding hospital planning in the field of quality and access regulation. This constitutes a paradigm shift away from planning on the Länder level towards market regulation.

Keywords: hospital reform, overcapacity, hospital planning, hospital financing, funds for structural adjustments, financing of infrastructure, "Krankenhaus-Strukturgesetz"

1 Strukturfonds im Krankenhaus-Strukturgesetz

Der Entwurf des Krankenhaus-Strukturgesetzes (KHSG, BMG 2015) adressiert erstmalig die in Deutschland vorhandenen stationären Überkapazitäten und leitet einen Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung ein. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) erhält eine Vielzahl

von zusätzlichen Aufgaben, die auch weit in die Planung der stationären Kapazitäten hineinreichen. Ein auf Bundesebene neu zu schaffender Strukturfonds soll Marktaustritte finanzieren und damit den notwendigen Kapazitätsabbau initiieren.

Nachdem die Idee eines Strukturfonds bereits Ende 2013 im Entwurf des Koalitionsvertrages aufgetaucht ist, in letz-

¹ Dipl.-Volksw. Uwe Klein-Hitpaß, GKV-Spitzenverband, Abteilung Krankenhäuser, Reinhardtstr. 28 · 10117 Berlin · Telefon: 030 206288-2204
Telefax: 030 206288-82204 · E-Mail: uwe.klein-hitpass@gkv-spitzenverband.de

² Dr. rer. pol. Wulf-Dietrich Leber, GKV-Spitzenverband, Abteilung Krankenhäuser, Reinhardtstr. 28 · 10117 Berlin · Telefon: 030 206288-2200
Telefax: 030 206288-82200 · E-Mail: wulf-dietrich.leber@gkv-spitzenverband.de

³ Dr. rer. oec. David Scheller-Kreinsen, GKV-Spitzenverband, Abteilung Krankenhäuser, Reinhardtstr. 28 · 10117 Berlin · Telefon: 030 206288-2213
Telefax: 030 206288-82213 · E-Mail: david.scheller-kreinsen@gkv-spitzenverband.de

ter Minute aber wieder gestrichen wurde, wurde diese im Folgejahr in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die bis Ende 2014 die Eckpunkte zur aktuellen Krankenhausreform erarbeitet hat, wieder auf die politische Agenda gehoben. Diese in den Eckpunkten vereinbarte Maßnahme wurde nun im Entwurf zum KHSG weiter konkretisiert und gesetzlich fixiert.

Gemäß den nun vorliegenden Regelungen des KHSG soll für die Jahre 2016 bis 2018 auf Bundesebene ein Strukturfonds errichtet werden, aus dem strukturverbessernde Maßnahmen der Länder mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung gefördert werden sollen. Aus dem Fonds können neben dem Abbau und der Umwidmung von Bettenkapazitäten auch strukturverbessernde Investitionen mitfinanziert werden, die die Konzentration von Krankenhausstandorten zum Ziel haben. Gefördert werden dürfen nur neue Vorhaben, deren Umsetzung im Förderzeitraum beginnt. Hierfür werden 500 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds abgezogen. Die Aufteilung der Mittel auf die Bundesländer erfolgt nach dem Königsteiner Schlüssel (Bevölkerungszahl ein Drittel, Steueraufkommen zwei Drittel).

Zusätzlich zu den 500 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds sollen die Bundesländer ebenfalls 500 Millionen Euro als Kofinanzierung bereitstellen. Den Bundesländern wird dabei die Möglichkeit eingeräumt, auf den von ihnen zu zahlenden Anteil eine Beteiligung des Trägers der zu fördernden Einrichtung anzurechnen. Darüber hinaus darf die private Krankenversicherung (PKV) freiwillig das Fördervolumen des Strukturfonds aufstocken. Insgesamt steht den deutschen Krankenhäusern damit ein Betrag von bis zu einer Milliarde Euro zur Verfügung. Voraussetzung für die Abrufung der Mittel aus dem Strukturfonds ist, dass die jährlichen Investitionen des jeweiligen Landes im Zeitraum von 2016 bis 2018 die durchschnittlichen für Investitionen ausgewiesenen Haushaltsmittel der Jahre 2012 bis 2014 nicht unterschreiten. Von einem Bundesland nicht bis Mitte 2017 abgerufene Mittel sollen für Vorhaben in anderen Bundesländern bereitgestellt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) regelt vorab per Rechtsverordnung die Verteilung der nicht bis zu diesem Zeitpunkt ausgeschöpften Mittel.

2 Überkapazitäten in Ballungsgebieten

Erstmals werden durch die Einrichtung des Strukturfonds stationäre Überkapazitäten auch offiziell in der Bundesgesetzgebung adressiert. Der GKV-Spitzenverband hatte bereits im Vorfeld der Koalitionsgespräche im Jahr 2013 Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser gefordert, um den Überkapazitäten in Ballungsgebieten angemessen begegnen zu können (*GKV-Spitzenverband 2013*).

Dass Überkapazitäten in Ballungsgebieten existieren, steht außer Frage. Es ist offenkundig, dass sich das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich durch eine außerordentlich hohe Krankenhausedichte auszeichnet. Anschaulich wird dies nicht erst durch den Vergleich der Niederlande mit Nordrhein-Westfalen (NRW). Bei gleicher Fläche und gleicher Einwohnerzahl kommen die Niederländer mit 130 Krankenhäusern aus, in NRW sind es rund 400. Ähnliches gilt für die Zahl der Betten. Diese Überkapazitäten sind ein Hauptgrund für die problematischen Mengenentwicklungen in den vergangenen Jahren (*Klein-Hitpaß et al. 2014*). Im internationalen Vergleich weist nur Österreich eine höhere Fallzahl pro 100 Einwohner auf (*Schönstein und Kumar 2013; HCHE 2014*).

Eine naheliegende Frage könnte in diesem Zusammenhang lauten: Warum wird nicht steuernd eingegriffen, um die Strukturen anzupassen und die Leistungsmengenentwicklung in vernünftige Bahnen zu lenken? Es müsste möglich sein, Leitplanken für eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung zu definieren. Die formale Kompetenz für die Steuerung der Krankenhauskapazitäten, und damit implizit der stationären Leistungsmengen, liegt bei den Bundesländern, die die Krankenhausstruktur planen. Hier wird vorgeschrieben, welche Standorte, Fachabteilungen und zum Teil welche Betten vorgehalten werden müssen, und es muss dabei theoretisch eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sichergestellt werden.

Jedoch kommen die Bundesländer im Rahmen der Krankenhausplanung ihrer Hauptfunktion, nämlich der Steuerung von stationären Kapazitäten und somit auch der Leistungsmengen, nicht mehr sachgerecht nach, da sie über wichtige Parameter der stationären Versorgung entscheiden, aber nur noch einen marginalen Teil der entstehenden Kosten tragen. In der Finanzwissenschaft wird diese Konstellation als Verletzung der fiskalischen Äquivalenz bezeichnet, die mit schweren volkswirtschaftlichen Verwerfungen einhergeht (*Olson 1969*). Die unerwünschten Folgen einer solchen dauerhaften Verletzung dieses Prinzips lassen sich an der teilweise massiven Überversorgung ablesen (*Leber und Scheller-Kreinsen 2012*).

Vor diesem Hintergrund muss klargestellt werden, dass mit dem Strukturfonds vordringlich Marktaustritte, das heißt die Schließung oder Umwandlung von kompletten Krankenhausstandorten oder Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungsangebote, förderungswürdig sind.

Zweifelsohne hat es in den vergangenen Jahren einige Krankenhausschließungen gegeben, allerdings nicht in dem Umfang, wie es die Statistiken zur Entwicklung der Anzahl der Krankenhäuser suggerieren. Es lohnt eine genauere Betrachtung der Marktaustritte der vergangenen zehn Jahre.

3 Marktaustritte 2003 bis 2013

Das Bild einer vom Wandel kaum erfassten deutschen Krankenhauslandschaft (*Leber und Scheller-Kreinsen 2012*) kontrastiert mit der These vom „Kliniksterben“, derzufolge die mangelnde Finanzierung im großen Umfang zur Schließung von Kliniken führt. In der Tat geht die Zahl der Krankenhäuser zurück. Eine Betrachtung der Jahre 2003 bis 2013 (also jener letzten zehn Jahre, in denen die DRG-Fallpauschalen eingeführt wurden) zeigt laut Statistischem Bundesamt einen Rückgang um 204 auf 2.017 Krankenhäuser. Eine detaillierte Untersuchung im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes (*Preusker et al. 2014*) zeigt jedoch, dass von diesen 204 nicht mehr in der Statistik geführten Krankenhäusern nur 74 (das sind 36 Prozent) auf einen vollständigen Marktaustritt zurückzuführen sind. In den meisten Fällen handelt es sich um Fusionen und Standortverlagerungen. Die Zahl der Marktaustritte zeigt keinen eindeutigen Trend und verteilt sich halbwegs gleichmäßig auf die Jahre 2003 bis 2013.

Im gesamten Untersuchungszeitraum wurden vor allem kleinere Krankenhäuser geschlossen; sie verfügten im Durchschnitt über 70 Betten. Ordnet man die Marktaustritte von Krankenhäusern nach siedlungsstrukturellen Kreistypen gemäß Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (*BBSR 2011*), so haben 70 Prozent der Marktaustritte in städtischen Kreisen und kreisfreien Großstädten sowie ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen stattgefunden. Die These, dass vor allem kleine Häuser auf dem Lande „sterben“, findet keinen Beleg. Ein regionaler Schwerpunkt lässt sich ebenfalls nicht identifizieren. Ähnlich erwartungstreu ist auch die Auswertung nach Trägern: Öffentliche, freigemeinnützige und private Träger sind gleichermaßen an den Marktaustritten beteiligt. Arbeitet man die Geschichte der einzelnen Krankenhausschließungen im Sinne einer narrativen Ökonomie auf, so lassen sich einige Muster identifizieren (*Preusker et al. 2014, 85 ff.*):

- Krankenhausschließungen sind langjährige Prozesse und laufen in der Regel in mehreren Stufen ab.
- Oft zeigen sich Restrukturierungsversuche unter Einsatz von zum Teil hohen Finanzmitteln, um die drohende Schließung abzuwenden – und dies trotz erheblicher, vielfach öffentlich bekannter Zweifel am Erfolg solcher Umstrukturierungsmaßnahmen.
- Häufig wird versucht, das Krankenhaus oder den Standort zu veräußern.

Der wesentliche Akteur bei Marktaustritten ist der Krankenhausträger. Eine große Rolle spielen zudem das Klinikmanagement und die Aufsichtsgremien sowie die Lokalpolitik und die regionalen Presseorgane. Die Landesplanungsbehörden sowie die Kostenträger spielen eher eine untergeordnete Rolle. Eine finanzielle Förderung des Marktaustrittes konnte nur bei fünf von 74 Krankenhausschließungen identifiziert werden. Es gab

keinen Fall von Schließung aufgrund von Überkapazitäten. Auch Qualitätserwägungen haben bei bisherigen Marktaustritten keine Rolle gespielt.

Insgesamt zeigt die Studie, dass Krankenhausschließungen möglich sind, sie aber im vergangenen Jahrzehnt nur in solch geringem Maße stattgefunden haben, dass von einer Strukturereinigung nicht die Rede sein kann. Es stellt sich die Frage, wie dieser Prozess beschleunigt werden kann. Die Erfahrungen zu den tatsächlichen Marktaustritten der vergangenen Jahre sollten bei der Auswahl der Maßnahmen zur Kapazitätsreduzierung und damit bei der Konstruktion des Strukturfonds berücksichtigt werden.

4 Handlungsbedarf bei der Ausgestaltung des Strukturfonds

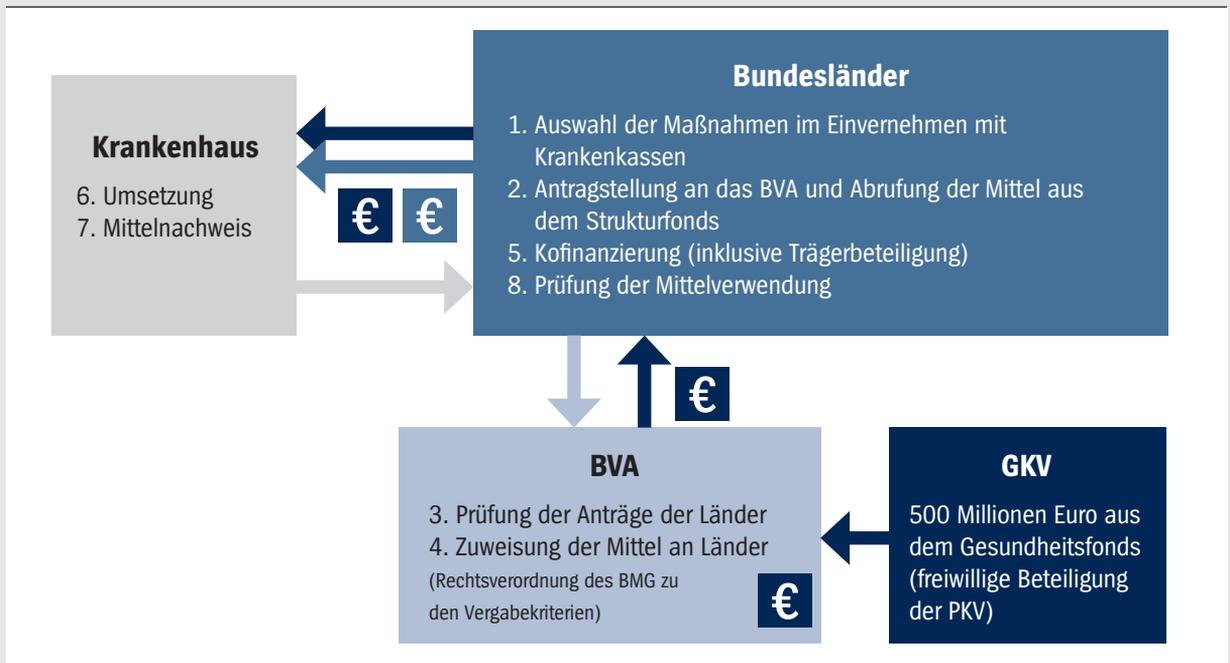
In der im KHSG gewählten Funktionsweise des Strukturfonds nehmen die Bundesländer die zentrale Rolle ein (Abbildung 1). Neben der Auswahl der zu fördernden Vorhaben [1], die im Einvernehmen mit den Krankenkassen auf Landesebene erfolgen soll, stellt das jeweilige Bundesland die Förderträge an das Bundesversicherungsamt (BVA) [2] und ruft die entsprechenden Mittel aus dem Strukturfonds ab. Das BVA prüft in diesem Zusammenhang die Anträge [3] anhand der vorab vom BMG per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegten Vergabekriterien und zahlt die Fördermittel an das Land aus [4]. Von Seiten der Bundesländer erfolgt eine Kofinanzierung der Fördermaßnahme in gleicher Höhe (unter Anrechnung der entsprechenden Trägerbeteiligung) [5]. Das Krankenhaus wiederum setzt das Vorhaben um [6] und legt den Ländern einen Mittelnachweis vor [7]. Die Länder prüfen die Nachweise und damit die zweckentsprechende Mittelverwendung [8]. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind unverzüglich an das BVA zu erstatten. Die Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der vorab 500 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds entzogen werden, reduziert sich im Wesentlichen auf eine Beteiligung bei der Auswahl der Fördermaßnahmen auf Landesebene und die Mittelbereitstellung auf Bundesebene. Darüber hinaus hat auf Seiten der Kostenträger die PKV die Möglichkeit, freiwillig zusätzliche Mittel in den Strukturfonds einzuzahlen. Die im Gesetzentwurf angedachte Funktionsweise des Fonds offenbart insbesondere die im Folgenden dargestellten Mängel.

PKV-Beteiligung sicherstellen

Ein eklatanter Fehler ist, dass die PKV im Rahmen der Ausarbeitung des Fonds anscheinend vollständig vergessen wurde. Erst im letzten Moment wurde eine Beteiligungsmöglichkeit der PKV auf freiwilliger Basis in den

ABBILDUNG 1

Funktionsweise des Strukturfonds gemäß Gesetzentwurf



Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft, 2015

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Funktionsweise des Strukturfonds offenbart Mängel: Die freiwillige Beteiligung der PKV ist unzureichend, die Antragstellung durch die Krankenhausträger fehlt.

Gesetzentwurf aufgenommen. Dies ist selbstredend völlig unzureichend und verfassungsrechtlich bedenklich. Es steht außer Frage, dass die PKV in gleichem Maße vom Abbau der Überkapazitäten profitiert und demnach entsprechend der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsstrukturen an den Kosten des Fonds zu beteiligen ist. Dass dies nicht geschieht, ist umso unverständlicher, da es durchaus einfache Möglichkeiten gibt, die PKV an den Strukturmaßnahmen zu beteiligen. Die Beteiligung der PKV sollte prinzipiell durch einen zu zahlenden Pflichtbetrag direkt an das BVA sichergestellt werden. Alternativ könnten die Mittel über einen Rechnungszuschlag auf die abzurechnenden Leistungsentgelte eingenommen werden. Hierbei müssten die Krankenhäuser die der PKV in Rechnung gestellten Mittel in der Folge an das BVA weiterleiten – eine wohlgeübte Praxis, die seit Jahren unter anderem im Rahmen des DRG-Systemzuschlages zur Finanzierung von Aufgaben des DRG-Institutes (InEK) angewendet wird. Neu wäre lediglich, dass diese Zuschläge ausschließlich für Privatversicherte erhoben werden würden und statt an das InEK an das BVA abgeführt werden müssten – sicherlich keine große Hürde, wenn man damit eine so eklatante Ungleichbehandlung der GKV- und PKV-Versicherten beheben kann.

Antragstellung durch die Träger einführen

Unverständlich ist auch, warum die Länder und nicht die Träger selbst die Entscheidung über die förderungsfähigen Vorhaben treffen sollen. Es droht eine Zweckentfremdung der GKV-Mittel aus dem Gesundheitsfonds, da die Länder die Vorhaben nicht ausschließlich nach versorgungspolitischer Notwendigkeit auswählen werden. Ein weitgehender Kapazitätsabbau auf Antrag der Bundesländer ist grundsätzlich nicht zu erwarten. Stattdessen wäre es sinnvoll, die Länder noch mehr von der politischen Verantwortung für den Abbau der Überkapazitäten zu entlasten. Die Antragstellung sollte daher den Trägern selbst überlassen werden; sie sollten direkt Anträge auf Marktaustrittshilfen an das BVA stellen dürfen.

Auf den ersten Blick erscheint es mehr als sinnvoll, die Träger an dem Abbau der Überkapazitäten finanziell zu beteiligen. Die Bundesländer haben in der vom Gesetzgeber vorgesehenen Systematik die Möglichkeit, durch die Beteiligung der Träger ihren 50-Prozent-Förderanteil im Extremfall auf null zu reduzieren. Dies kann dazu führen, dass die Trägerbeteiligung das wesentliche Auswahlkriteri-

um der Länder bei der Entscheidung über Fördermaßnahmen wird und die Länder sich nahezu vollständig aus der Kofinanzierung zurückziehen. Massive Mitnahmeeffekte wären die Folge und der Strukturfonds wäre nichts anderes als ein Griff der Länder in den Gesundheitsfonds. Das eigentliche Ziel, die Strukturbereinigung, würde nicht erreicht. Oft halten die zu erwartenden Schließungskosten die Träger davon ab, vom Markt auszuschneiden. Mit einer Trägerbeteiligung ist den Trägern nicht geholfen.

Bundesversicherungsamt über Förderanträge entscheiden lassen

Fördermaßnahmen werden finanziert, sofern die entsprechenden Vergabekriterien erfüllt sind (vergleiche Abschnitt 5). Es muss sichergestellt werden, dass andere Argumente bei der Auswahl der Maßnahmen keine Rolle spielen. Um eine nicht zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel zu unterbinden, ist es deswegen zwingend notwendig, dass nicht die Länder, sondern eine unabhängige Institution anhand von vorher vereinbarten objektivierbaren Vergabekriterien entscheidet, welche Maßnahmen förderungswürdig sind und inwiefern eine Priorisierung der Maßnahmen stattfindet. Hier bietet sich das BVA an. Das BVA würde auch die Kofinanzierungszusage der Länder prüfen; die Länder sollten die Verweigerung einer solchen Kofinanzierung begründen müssen. Sie hätten dadurch im Falle einer Gefährdung der bedarfsgerechten Versorgungssituation eine Art Veto.

Zweckentsprechende Verwendung prüfen

Problematisch ist, dass die Länder sowohl als Antragsteller für die Auswahl von förderungsfähigen Vorhaben zuständig sind als auch die zweckentsprechende Verwendung überprüfen sollen. Damit werden elementare Regeln zur Vermeidung von Interessenkonflikten verletzt. Stattdessen sollte vorgesehen werden, dass das BVA die zweckentsprechende Mittelverwendung verantwortet und prüft.

Die in Abbildung 2 dargestellte Funktionsweise des Strukturfonds greift die oben angeführten Kritikpunkte auf und stellt eine zwingend notwendige Anpassung des Strukturfonds zur weitgehenden Vermeidung der Zweckentfremdung der Mittel dar. Die PKV wird entsprechend ihrer Inanspruchnahme von stationären Versorgungsstrukturen an den Kosten des Fonds beteiligt. Die Länder werden hingegen von den Aufgaben der Antragstellung und Prüfung der Mittel komplett entlastet. Der Krankenhausträger stellt in einem ersten Schritt einen Antrag an das BVA [1]. Das BVA, welches in dieser Ausgestaltung die zentrale Rolle einnimmt, prüft den Förderantrag des Krankenhausträgers auf der Basis der Vergabekriterien gemäß BMG-Verordnung; die Stellungnahme der Krankenkassen

ist einzuholen [2]. Eine entsprechende, direkte Mittelzuweisung des BVA an den Krankenhausträger [4] erfolgt nach der Zusage der Kofinanzierung der Bundesländer [3]. Die konkrete Umsetzung der Maßnahme [5] und der Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel obliegt dem Träger [6]. Abschließend erfolgt eine Prüfung der Mittelverwendung durch das BVA [7].

5 Vergabekriterien für den Strukturfonds

Die Regelungen im KHSG-Entwurf sehen vor, dass das BMG die Vergabekriterien für die Mittel des Strukturfonds per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festlegt. Das BVA hat auf Basis dieser Konkretisierung des Förderverfahrens die Mittel des Strukturfonds zu vergeben. Unabhängig von den im Abschnitt 4 dargelegten notwendigen Anpassungen bei der Ausgestaltung des Strukturfonds (insbesondere Antragstellung der Länder versus Träger) sind die nachfolgenden Kriterien anzusetzen.

Vorrang für den Abbau von Überkapazitäten klarstellen

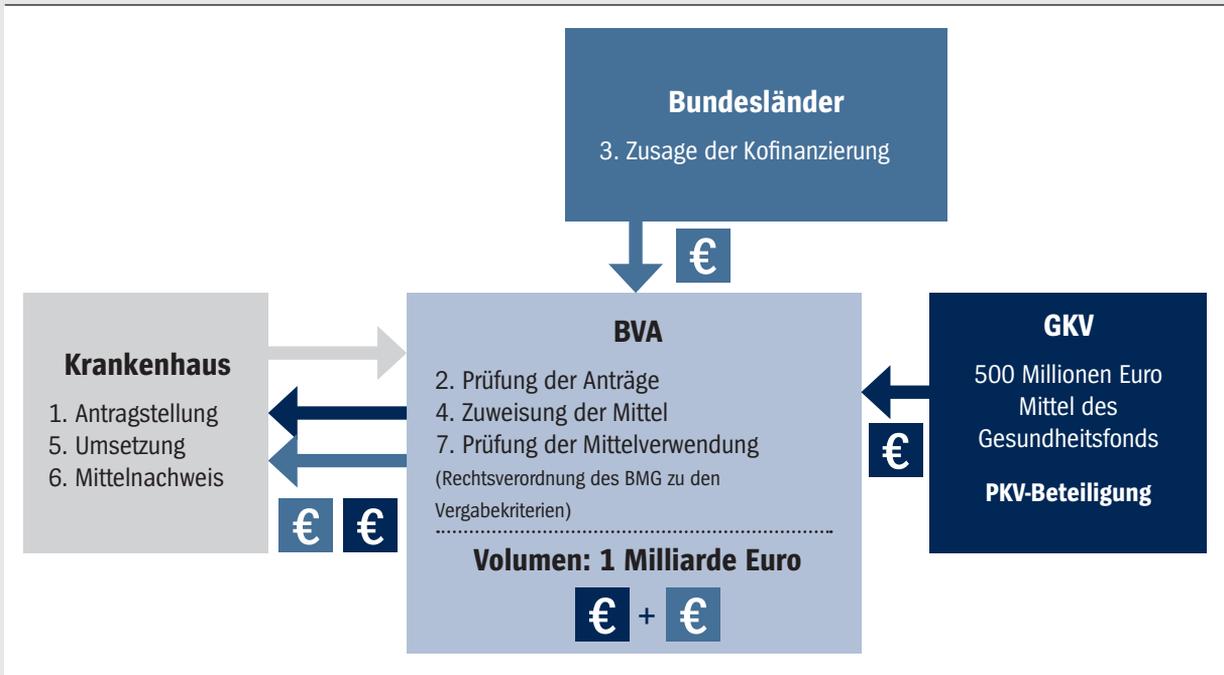
Deutschland hat das strukturelle Problem erheblicher Überkapazitäten. Eine Strukturbereinigung hat bislang aufgrund mangelnden politischen Willens und hoher Kosten für Standortschließungen kaum stattgefunden (*Preusker et al. 2014*). Diese Problemstellung soll der Strukturfonds adressieren. Bei der Formulierung der Vergabekriterien ist daher hinsichtlich des Förderzwecks den Maßnahmen zum Abbau von Überkapazitäten klar Vorrang einzuräumen. Sonst droht eine Zweckentfremdung der Mittel des Strukturfonds für allgemeine investive Maßnahmen in Krankenhäusern. Schon im Rahmen der Stellungnahme zum Referentenentwurf wird die Zweckentfremdungsstrategie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) diesbezüglich offensichtlich: Sie fordert in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 12. Mai 2015 unter anderem „Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und zur Verbesserung der IT-Infrastruktur“ förderungswürdig zu stellen (*DKG 2015*). Nur ein klarer Vorrang für Maßnahmen zum Abbau von Überkapazitäten kann die Verkehrung des Strukturfonds in ein Programm zur Perpetuierung von Überkapazitäten verhindern.

Bedarfsnotwendigkeit von Standorten überprüfen

Durch den Strukturfonds geförderte Standortschließungen dürfen nicht zu Versorgungsschwierigkeiten führen. Elementar ist daher, dass das BVA die Bedarfsnotwendigkeit eines Standortes, der Mittel für eine Schließung erhalten soll, anhand der zukünftig durch den GBA konkretisierten Voraussetzungen für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags

ABBILDUNG 2

Alternativer Vorschlag zur Funktionsweise des Strukturfonds



Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+C Wissenschaft 2015

Zentrale Mängel des Umsetzungskonzeptes können behoben werden, indem die Antragstellung durch die Träger eingeführt wird. Die Prüfung der Anträge würde durch das BVA erfolgen.

prüft. Häuser, deren Versorgungsfunktion nicht von Nachbarkrankenhäusern übernommen werden kann, die also zur Sicherstellung notwendig sind, sollten keine Mittel aus dem Strukturfonds erhalten können. Kann die Erreichbarkeit von Leistungen der stationären Grund- und Regelversorgung hingegen von anderen Versorgern in der Umgebung übernommen werden, ist ein Standort ein Strukturfondskandidat, dessen Schließung gefördert werden kann. Zur Sicherstellung notwendige Häuser sind potenzielle Kandidaten für einen Sicherstellungszuschlag, für den künftig im GBA bundeseinheitliche Vorgaben festgelegt werden. Die analytischen und technischen Voraussetzungen für eine operative, regelgebundene und damit transparente Umsetzung dieses Ansatzes liegen vor (Leber und Scheller-Kreinsen 2015). Beispielhaft zeigt Abbildung 3 die Verteilung von Strukturfondskandidaten deutschlandweit, wenn durch eine Standortschließung ein Erreichbarkeitswert von 30 Kilometern nicht verletzt werden soll.

Nur die Schließung von ganzen Standorten fördern

Relativ leicht lässt sich die Fachabteilung Innere Medizin mit Fördergeldern aus dem Strukturfonds eines nicht bedarfsnot-

wendigen Standortes pro forma schließen, um dann die gleichen Leistungen am gleichen Standort in einer vermeintlich neuen geriatrischen Fachabteilung zu erbringen. Ein realer Abbau von Überkapazitäten und die damit einhergehende Minderung des Anreizes für angebotsinduzierte Mengenausweitung werden auf diese Weise untergraben. Exakt dieses Szenario eines reinen Türschildwechsels droht, sofern im Kontext der Definition der Vergabekriterien nicht klargestellt wird, dass nur die Schließung von kompletten Krankenhausstandorten förderungswürdig ist.

Wenn Standortschließungen unterstützt werden sollen, aber keine Kriterien existieren, was denn eigentlich ein Standort ist und wo sich die Standorte befinden, kann der Strukturfonds nicht wirkungsvoll umgesetzt werden. Voraussetzung für die operative Umsetzung sind eine bundeseinheitliche Standortdefinition und ein Standortverzeichnis. Es sollte die Einführung und verbindliche Verwendung eines eindeutigen Krankenhaus-Standortidentifikators gesetzlich verankert werden, der für den Strukturfonds, aber gleichzeitig auch für Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie für die Erfüllung der Anforderungen aus den Richtlinien und Beschlüssen des GBA zu verwenden ist.

Keinen komplementären Kapazitätsaufbau zulassen

Absurd wäre es, wenn durch GKV- und Steuermittel aus dem Strukturfonds ein vom Land angestrebter Strukturwandel finanziert würde, der keinen Abbau von Überkapazitäten impliziert. Dieser Fall würde eintreten, wenn durch den Strukturfonds eine Standortschließung gefördert wird und das Land im gleichen Zeitraum einen kompensatorischen Aufbau der Kapazitäten vornimmt, die im Einzugsgebiet des Standortes stehen. Zahlreiche Beispiele der Subventions- und Förderpolitik, an der realen Nachfrage vorbei, verdeutlichen, dass entsprechende Aktivitäten auf der Landesebene zumindest nicht ganz unrealistisch sind. Diese Art von Mitnahmeeffekt sollte daher verhindert werden, indem verankert wird, dass im Einzugsgebiet einer geförderten Maßnahme kein kompensatorischer Aufbau von stationären Kapazitäten stattfinden darf.

Anschlussverwendung nicht berücksichtigen

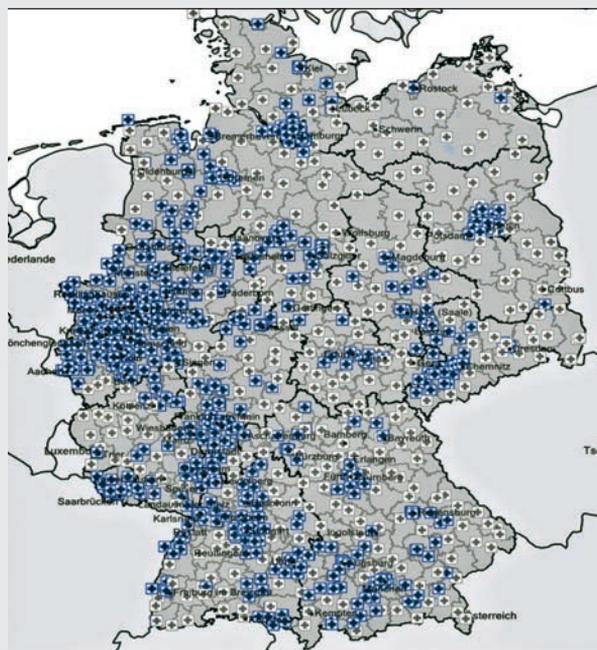
(Kommunal-)politisch wird der Anschlussnutzung von Immobilien und Flächen nach möglichen Standortschließungen große Aufmerksamkeit geschenkt. Das ist gut so. Dennoch sollte die Anschlussverwendung von Kapazitäten nicht in die Bewertung von Anträgen zur Förderung durch den Strukturfonds einfließen, der originär dem Abbau von Überkapazitäten dienen soll. Hintergrund ist, dass keine klaren Kriterien für die Bewertung von Konzepten zur Anschlussnutzung existieren. Soll ein Konzept für eine Anschlussnutzung mehr sein als eine form- und damit wertlose Absichtserklärung, müssten zudem aufwendige und zeitintensive Genehmigungsverfahren für Umwidmungs- und Bauvorhaben angestrebt werden, die schon eine Antragstellung im Rahmen des Förderungszeitraums des Strukturfonds unrealistisch erscheinen lassen.

Investitionsquote durchsetzen

Die Länder investieren schon heute zu wenig in die Krankenhäuser, was eine Zweckentfremdung der Betriebskostenfinanzierung seitens der Träger nach sich gezogen hat. Zu begrüßen ist daher, dass eine Voraussetzung für die Förderung von Maßnahmen in einem Bundesland durch Strukturfondsmittel die fortlaufende Erfüllung der bisherigen Investitionsquoten ist. Konkret soll eine Förderbedingung verankert werden, die vorschreibt, dass die jährlichen Investitionen der Länder 2016 bis 2018 die durchschnittlichen für Investitionen ausgewiesenen Haushaltsmittel der Jahre 2012 bis 2014 nicht unterschreiten dürfen. Jedoch zeigt die Missachtung der Investitionsverantwortung der vergangenen Jahre, dass eine Selbstverpflichtung der Länder nicht ausreichen wird. Es sollte daher klargestellt werden, dass das BVA einmal jährlich prüft, ob die Bundesländer die

ABBILDUNG 3

Strukturfondskandidaten



Strukturfondskandidaten (Grundversorger) bei Grenzwert 30 Kilometer (blau); nach jedem Marktaustritt ergibt sich eine neue Situation; Strukturfonds- und Sicherstellungskandidaten müssen neu ermittelt werden.

Quelle: eigene Darstellung (analog Leber und Scheller-Kreinsen 2015)

durchschnittlichen Investitionsmittel der Jahre 2012 bis 2014 weiterhin über Pauschal- und Einzelinvestitionen an die Krankenhäuser ausschütten.

6 Von der Landesplanung zur Marktregulierung

Der Strukturfonds ist Teil eines größeren Paradigmenwechsels in der deutschen Krankenhausplanung und -finanzierung: Erstmals werden Überkapazitäten angegangen. Zum einen geschieht dies durch den Strukturfonds, zum anderen aber bekommt der GBA Regelungskompetenzen für die Krankenhausplanung. Die fast revolutionäre Passage im KHSG-Entwurf ist Absatz 3 des neu geschaffenen Paragraphen 136 c SGB V (BMG 2015, 35):

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach Paragraph 17 b Absatz 1 a Nummer 6 des Krankenhaus-

finanzierungsgesetzes in Verbindung mit Paragraf 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere Vorgaben zu beschließen

1. zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,
2. zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht und
3. zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist. [...]“

Hier zeichnet sich ein Paradigmenwechsel ab, der auf die Formel verkürzt werden kann: von der Landesplanung zur Marktregulierung. Die bislang landesplanerische Entscheidung über die Notwendigkeit eines Krankenhauses wird durch ein bundesweit gültiges Regelwerk ersetzt.

Gemäß dem tradierten, weitestgehend paternalistisch konzipierten Krankenhausrecht baute ein weiser, gütiger Landesvater überall dort, wo er die Notwendigkeit sah, ein Krankenhaus. Er achtete auf Trägervielfalt und er achtete auf die Qualität. Inzwischen wandelt sich die Welt. Schon ein Blick auf die rückläufige Länderförderung zeigt, dass es mit der Güte der Landesväter nicht mehr allzu weit her ist. Die Trägervielfalt wird nicht mehr landesplanerisch garantiert, sondern vom Bundeskartellamt, und die Qualität schließlich wird durch GBA-Verfahren gesichert. Dieser GBA bekommt nun die Aufgabe, rationale Kriterien für die Sicherstellung der stationären Versorgung zu formulieren. Die eigentlichen Akteure sind die Krankenhausträger. Der GBA formuliert die Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Marktteilnehmer agieren können.

Dem Einwand, es handele sich bei Krankenhausleistungen um Leistungen der Daseinsvorsorge, die man nicht dem Markt überlassen könne, sei mit einem Verweis auf andere Lebensbereiche begegnet: Das tägliche Brot gehört mindestens genauso wie die medizinischen Leistungen zur Daseinsvorsorge, gleichwohl gibt es keinen nationalen Bäckereiplan. Auch in anderen Bereichen vollzog sich in den vergangenen Jahrzehnten ein Wandel weg von staatlicher

Planung hin zu regulierten Märkten. Er firmierte unter dem irreführenden Begriff Deregulierung. De facto handelte es sich um eine komplizierte Regulierung. Die zentrale Behörde hierfür ist die Bundesnetzagentur, die für folgende Bereiche zuständig ist (www.bundesnetzagentur.de):

- Elektrizität und Gas
- Telekommunikation
- Post
- Eisenbahn

In all diesen Bereichen sind Marktzugang und Marktaustritt geregelt. Zum Teil werden Preissetzungen überwacht. Die hochkomplexen Ausschreibungsvorgänge geben einen Eindruck vom Ausmaß der Regularien, die allesamt das Ziel haben, den Verbraucher vom Wettbewerb profitieren zu lassen.

Der GBA ist eine Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung. Er regelt bereits jetzt via Bedarfsplanungs-Richtlinie die Zulassungsmöglichkeiten für niederlassungswillige Ärzte. Im Arzneimittelmarkt trifft er weitgehende Entscheidungen zum Zusatznutzen neuer Arzneimittel (die Details regelt das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz, kurz AMNOG) sowie zur Preisbildung im Bestandsmarkt durch Bildung von Festbetragsgruppen. Im stationären Bereich wird durch das KHSG letztlich nur nachvollzogen, was in anderen Bereichen längst gelebte Praxis ist. Damit dies nicht mit der Landeskompetenz in Konflikt gerät, wird den Ländern in allen diesbezüglichen Paragrafen eine Ausstiegsoption angeboten. Auf diese Weise war es rechtstechnisch möglich, das KHSG-Gesetzgebungsverfahren formal als zustimmungsfrei zu formulieren.

Die Definition von Sicherstellungszuschlägen ist wahrscheinlich der Einstieg in eine umfassendere Marktregulierung in den nächsten Jahren. Es fehlen neben den Bestandschutzregeln (Sicherstellungszuschläge) und den Marktaustrittshilfen (Strukturfonds) vor allem Regeln zum Marktzugang und zur Kapazitätsbegrenzung. Wenn sich hierfür ein überzeugendes Regelwerk herausgebildet hat, dann dürfte es auch keine Schwierigkeit sein, den Übergang landesplanerischer Kompetenz auf bundesweite Regulierungsbehörden verfassungsrechtlich nachzujustieren.

Literatur

Bundesinstitut für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2011):

Laufende Raumb Beobachtung – Raumabgrenzungen, Siedlungsstrukturelle Kreistypen; www.bbsr.bund.de → Themen → Raumb Beobachtung → Raumabgrenzungen → Siedlungsstrukturelle Kreistypen

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 12. Juni 2015; www.bmg.bund.de → Themen → Krankenversicherung → Krankenhaus-Strukturgesetz

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2015): Große Koalition verfehlt eigene Ziele deutlich. DKG zum Referentenentwurf der Krankenhausreform. *das Krankenhaus*, Jg. 107, Heft 5, 417–424

GKV-Spitzenverband (2013): 14 Positionen für 2014 – Reform der Krankenhausversorgung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, beschlossen vom Verwaltungsrat am 4. September 2013; www.gkv-spitzenverband.de → Presse → Publikationen → Positionspapiere → 14 Positionen für 2014

Hamburg Center for Health Economics (HCHE) (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17 b Abs. 9 KHG. Endbericht 10. Juli 2014;

www.gkv-spitzenverband.de → Krankenversicherung → Krankenhäuser → Budgetverhandlungen → Mengenentwicklung und Mengensteuerung

Klein-Hitpaß U, Scheller-Kreinsen D, Wolff J (2014): Mengendynamik im Krankenhaus – Optionen für eine versichertenorientierte Steuerung. In: Pfeiffer D, Stackelberg JM, Kiefer G (Hrsg.): *GKV-Lesezeichen 2014 – Neues bewerten – Bewährtes erneuern*. Berlin: GKV-Spitzenverband, 250–267

Leber WD, Scheller-Kreinsen D (2012): Von der Betten- zur Preissteuerung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 66, Heft 4, 37–47

Leber WD, Scheller-Kreinsen D (2015): Marktaustritte sicherstellen. Zur Rolle rekursiver Simulationen bei der Strukturbereinigung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2015*. Stuttgart: Schattauer, 187–210

Olson M (1969): The Principle of „Fiscal Equivalence“: The Division of Responsibilities among Different Levels of Government. *The American Economic Review*, Band 59, Heft 2, 479–487

Preusker UK, Müschenich M, Preusker S (2014): Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern. Deutschland 2003–2013. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. *Preusker Health Care OY 2014*; www.gkv-spitzenverband.de → Presse → Themenmagazin → Reform der Krankenhausversorgung → 3. Strukturbereinigung einleiten

Schönstein M, Kumar A (2013): Managing Hospital Volumes – Germany and Experiences from OECD Countries; www.oecd.org/els/healthsystems/ManagingHospitalVolumes_GermanyandExperiencesfromOECDCountries.pdf

(letzter Zugriff auf alle Quellen am 25. Juni 2015)

DIE AUTOREN



Dipl.-Volksw. Uwe Klein-Hitpaß,

Jahrgang 1978, Studium der Volkswirtschaftslehre an der Freien Universität Berlin mit dem Abschluss Diplom-Volkswirt im Jahr 2004. 2005 bis 2009 Referent bei der Berliner Krankenhausgesellschaft im Bereich Krankenhausfinanzierung und Pflegesatzverfahren sowie im Jahr 2008 zusätzlich im Bereich Pflegeeinrichtungen. Seit 2009 Referent im Referat Krankenhausvergütung in der Abteilung Krankenhäuser des GKV-Spitzenverbandes.



Dr. Wulf-Dietrich Leber,

Jahrgang 1957, Studium der Physik und Volkswirtschaftslehre in Aachen und Kiel. 1986 bis 1990 wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sowie Promotion über den Risikostrukturausgleich. Seit 1990 Tätigkeiten in Berlin (Leiter der Dependance des AOK-Bundesverbandes) und in Magdeburg (Leiter der Grundsatzabteilung beim AOK-Landesverband Sachsen-Anhalt). Projektleiter des AOK-Hausarztmodells und 1998 bis 2004 Leiter der Abteilung „Stationäre Leistungen, Rehabilitation“ im AOK-Bundesverband, seit 2005 Leiter des Geschäftsbereichs Gesundheit. Seit 2008 Abteilungsleiter Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband.



Dr. David Scheller-Kreinsen,

Jahrgang 1982, Studium Public Policy (MPP) sowie Industrial Relations and Human Resource Management (Bsc) in London (London School of Economics), Berlin (Hertie School of Governance) und Washington DC (Georgetown University). 2008 bis 2012 wissenschaftlicher Mitarbeiter sowie Promotion im Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin. Managing Editor der Zeitschrift *Health Policy* 2011 bis 2012 sowie Guest Editor der Zeitschrift *Health Economics* 2011. Seit 2012 Referent im Referat Krankenhausvergütung in der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband.

Wettbewerb in einem korporatistischen System

von Karl-Heinz Schönbach¹

ABSTRACT

Für das deutsche Gesundheitswesen wird heute ein großer Teil der Fragen als ordentlich beantwortet gelten können. Seit allerdings Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen morbiditätsorientiert verbunden sind, wird die Balance der Interessen kaum mehr von klaren Antagonismen und Wettbewerb gestört. So meandern Debatten frei von ordnungspolitischen Maßstäben daher, die Politik müht sich nach Agenden symptomorientiert ab und strukturell notwendige Veränderungen ziehen sich quälend lange hin. Schließlich gehen einem zentral verwalteten System, das als alternativlos gelten darf, schlicht die Ideen aus. Fortschritt ist nur noch, was der Arzt abrechnen kann. Und die Protagonisten genügen sich zunehmend selbst. Dabei war es nach den 1970er- und 80er-Jahren mit ihren Gesetzen zur Kostendämpfung politisches Programm, dem formierten korporatistischen System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit einer Wettbewerbsordnung aufzuhelfen. Ihre Grundlage bilden seit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 die (Kassen-)Wahlfreiheit der Versicherten und der Risikostrukturausgleich der Krankenkassen. Doch während der Gesetzgeber das Richtlinien- und Vertragsgeschäft der GKV immer mehr zentralisiert, bleiben die parallel eröffneten Wettbewerbsoptionen weithin ungenutzt. Der Artikel untersucht, ob Wettbewerb in einem korporatistischen System heute als Fehlversuch betrachtet werden muss.

Schlüsselwörter: Korporatismus, Wettbewerb, Wettbewerbsordnung, Wahlfreiheit, Risikostrukturausgleich

The German health care system is presently not mulling over fundamental questions, since most of these seem sufficiently well answered. Ever since doctors, hospitals, and sickness funds have been linked through morbidity orientation, the balance of interests has been unruffled by antagonisms and competition. Debates meander untouched by considerations of the overall political framework. Politicians plough their way through symptom-oriented agendas, and necessary structural changes take forever and a day. The centrally run system seems to be without alternatives and is in danger of losing its creativity. Progress nowadays tends to be defined by alterations in the doctors' fee-schedule, and the protagonists are increasingly self-sufficient. The present situation contrasts starkly with the efforts undertaken after the 1970s and 1980s – two decades mainly characterized by cost-dampening. Ever since the Gesundheitsstrukturgesetz which became effective in 1993 the political programme has consisted in boosting the system by introducing competition and rules of competition, the basis of which have been the insureds' freedom of choice between sickness funds and the risk adjustment scheme. While legislation tends to centralize the system of directives and contracts even further, the freedom which competition offers remains mostly unused. The article tries to answer the question whether competition in a corporate health care system should be considered a failure.

Keywords: corporatism, competition, rules of competition, freedom of choice, risk adjustment scheme

1 Einleitung

Zwar ist in westlichen Gesellschaften Wettbewerb an sich ideologisch sakrosankt. Es gehört sich nicht, Wettbewerb abzulehnen, auch wenn ihn jeder für sich zu vermeiden versucht. Doch gerade im deutschen Gesundheitswesen ist der Wettbewerbs-

begriff schillernd. Im fein granulierten System gewachsener staatlicher Regulierungen werden Spielräume von dazu legitimierten Korporationen geradezu pulverisiert. Für die wirtschaftlichen Akteure beziehungsweise ihre Gruppierungen gehört das Lobbyieren daher zum Kerngeschäft. Schließlich verteilt eine zu jeder Intervention fähige Politik den Managementenerfolg der

¹ Dipl.-Volksw. Karl-Heinz Schönbach, Herausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“ · Cottastraße 2 · 13156 Berlin
Telefon: 030 40394856 · E-Mail: karl-heinz.schoenbach@gmx.de

Akteure jede Legislaturperiode neu. Und da über die Zeit immer mehr Konflikte auf die nächsthöhere Ebene drängen, sitzen die Verbände schließlich in einer Art permanenter Verhandlung in Berlin. Dynamisch ist da nichts mehr. Die Inszenierung bewegt zuvörderst die Gemüter der Protagonisten selbst. Zwar hat jeder so seine Mühe mit den anderen, aber man braucht sich im Ensemble. Und da wird der Ruf nach Wettbewerb zur Unterhaltung der Mitglieder schnell ein inhaltlich entleertes, affektives Ritual. So verlangt etwa die Kassenärztliche Bundesvereinigung nur so lange Kostenerstattung und Abrechnungsfreiheit, wie diese Forderung ihren Platz in der Runde selbst nicht infrage stellt. Und die Kassenverbände sprechen sich nur für Vertragsspielräume aus, solange dabei praktisch jedes Investitions- und Finanzierungsrisiko ausgeschlossen ist. Kurzum: Im reiferen korporatistischen Ensemble herrscht eine Art geräuschvolles Gleichgewicht des Vermeidens. Alle Seiten rüsten auf, damit nichts passiert. Wettbewerb wäre hier für mehr Effizienz heilsam.

Dass Wettbewerb ohne stimmigen Ordnungsrahmen einer Irrfahrt gleichkommt, zeigt das Beispiel der privaten Krankenversicherung (PKV): Zum einen arbeiten die Versicherungen gemessen an den Verwaltungsausgaben ineffizient, zahlen hohe Abschlussprovisionen und halten sich an den Versicherten schadlos, die den Versicherer aufgrund der mangelnden Übertragbarkeit der Altersrückstellungen nicht wechseln können. Zum anderen oktroyieren die Ärzte den Versicherern und Versicherten eine Selbstbedienungs-Gebührenordnung auf, deren Abrechnungselastizität medizinischen Maßstäben Hohn spricht. Dass damit die Drehscheibe der ambulanten Versorgung auch für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) versorgungspolitisch ins Schlingern kommt, war Anlass für die Diskussion um eine einheitliche Gebührenordnung (gegenüber dem GKV-Anteil steigt der Umsatzanteil aus Privatpraxis nach wie vor und erreicht für die Facharztgruppen im Verhältnis zur PKV-Population weit überproportionale Werte, vergleiche *Statistisches Bundesamt 2012; Friedrich-Ebert-Stiftung 2013; Schönbach 2013*). Die Große Koalition hat diese Debatte ignoriert und propagiert stattdessen aktuell mit Termin-Service-Stellen mehr Bürokratie.

Es ist mithin zunächst abzugrenzen, in welchem Ordnungsgefüge welche Parameter in der GKV in einen Wettbewerb gestellt werden sollten. Der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte kreist im Kern um den Beitragssatz, um Service beziehungsweise Patienteninformation und um Satzungsleistungen, deren Refinanzierung nicht über den Risikostrukturausgleich erfolgt. In einer GKV mit solidarischer Finanzierung ist ein weitergehender Wettbewerb um den Leistungskatalog systemfremd. Und Wahltarife stoßen an enge Grenzen, da Leistungsbestandteile weithin erst gewählt werden, wenn der zeitnahe Bedarf vorhersehbar ist und der Versicherungsgedanke längst nicht mehr greift. Von daher zielt der Wettbewerb der Krankenkassen im Kern einerseits auf Effizienz der Verwal-

lung und andererseits auf Effizienz der Leistungserbringung. Er kann sich entwickeln, wenn neben dem Wettbewerb der Leistungserbringer um Patienten auch ein Wettbewerb um Versorgungsverträge eröffnet ist (vergleiche umfassend *Cassel et al. 2006*) und zielt im Kern darauf, Produktion, Distribution und Innovation im Gesundheitswesen im Sinne von Versicherteninteressen dynamisch weiterentwickeln zu können. Dabei muss sich der gewünschte Wettbewerb in den Sozialstaatsgebieten bewegen und zu deren Sicherstellung beitragen. Seit den 1990er-Jahren findet dazu in zahlreichen Ländern eine ordnungspolitische Diskussion um *managed competition* (vergleiche *Enthoven 1993*) und wettbewerbliche Spielräume statt. Wie zu berichten sein wird, sind diese Spielräume in der GKV zumindest auf der Vertragsseite durchaus eröffnet und gerade so eingerichtet, dass sie kaum genutzt werden. Die sogenannten besonderen Versorgungsformen erlauben neue Wege in der Versorgung, können die Erbhöfe der korporatistischen Versorgungsformen aber nicht hinter sich lassen. Statt unternehmerischer Verträge entstehen allenfalls gesundheitspolitische Exempel, die Hypotheken aus dem Kollektivvertrag als Rückfallposition quasi mitschleppen. „Dekor statt Initiative“ scheint die Devise zu sein. Selbst Hausarztverträge, zu denen der Gesetzgeber die Krankenkassen verpflichtet hatte, kamen als Einzelverträge erst mit staatlichen Zwangsmitteln zustande. Und beim mit dem Versorgungsstärkungsgesetz auf den Weg gebrachten Innovationsfonds darf sicherlich von einer Verstaatlichung gesprochen werden. Das Budget soll von den korporierten Verbänden im Gemeinsamen Bundesausschuss gelenkt werden, wobei dem Vorsitzenden und nun auch dem Bundesminister für Gesundheit unmittelbar großes Gewicht zukommen soll, nach dem Motto: „Mehr Innovation war nie.“ Dreht sich bereits der Schlüssel in der Tür zum Bundesamt für Krankenversicherung?

2 Ergebnisse der Entwicklung aus dem GSG

Der Versuch, auf der Angebotsseite der GKV zu differenzierenden Verträgen der Krankenkassen zu kommen, umfasst eine langjährige Entwicklung. Sie hatte erst mit der auf vier Jahre konzipierten, gesetzlich erleichterten Budgetbereinigung an Fahrt aufgenommen. An dieser Stelle wurden die Krankenkassen mit Vertragskonzepten bestürmt, ohne dass eine nachhaltige, also dauerhafte und kompetenzgetragene Vertragsentwicklung zu erkennen war.

Mit den qualitativ strukturierten Disease-Management-Programmen (DMPs) ab 2004 konnte das Einzelvertragsgeschäft nicht verbunden werden. Angesichts der erheblichen Refinanzierungseffekte der DMP ging nur die AOK Rheinland-Pfalz ohne Flächenverträge mit der Kassenärztlichen Vereinigung an den Start. So bleibt es bei der anschlussfinanzierten integrierten Versorgung. Das Register dazu führte das

TABELLE 1

Gemeldete Verträge zur integrierten Versorgung 2004 bis 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Vorliegende Meldungen zu Verträgen zur integrierten Versorgung ¹	1.477	3.454	4.875	6.074	6.407
· davon Meldungen zu Verträgen mit Beginn ab dem 1. April 2007				756	1.424
· davon im jeweiligen Kalenderjahr gemeldet		1.913	3.309	5.069	6.183 ²
· davon im Kalenderjahr neu abgeschlossene Verträge ³	1.374 ⁴	1.995	1.597	1.652	756

¹ Kumulierte Werte; es werden alle Meldungen zu Verträgen gezählt, die zum 31. Dezember des jeweiligen Jahres in Kraft waren.

² 224 Verträge wurden 2009 nachträglich gemeldet.

³ Vertragsbeginn im jeweiligen Kalenderjahr, Vertragsende im jeweiligen Kalenderjahr oder später beziehungsweise unbefristete Verträge.

⁴ Vertragsbeginn in den Jahren 2000 bis 2003: Es gab 103 Meldungen.

Quelle: Registrierungsstelle nach Paragraph 140 d SGB V: Entwicklung der integrierten Versorgung in der BRD 2004 bis 2008, Seite 15; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS). Diesem zufolge ist die Zahl der Verträge zunächst kontinuierlich angestiegen (vergleiche Tabelle 1). Insbesondere aufgrund noch Hunderter BKKs fanden Mehrfachmeldungen statt. Die Zahl der Neuverträge flachte nach Auslaufen der Anschubfinanzierung ab (vergleiche Tabelle 1), obschon das Vergütungsvolumen noch anstieg (vergleiche Tabelle 2). Nach Ende des BQS-Reportings 2008 liegen nur Einzeldaten vor, die eine weitere Konsolidierung zeigen.

Die regionale Entwicklung ist durchaus unterschiedlich und lässt ebenso Schwerpunkte wie gegenläufige Entwicklungen erkennen. Wie intensiv oder extensiv das Vertragsgeschäft regional betrieben wird, lässt sich gerade auch anhand der Kennziffer „Versicherte je Vertrag“ andeuten. Weithin wurden von den Krankenkassen Verträge nur geschlossen, um in den Rankings der Verbraucherverbände Platzhalter zu schaffen. Eine Steuerung des Fallmanagements wird in den Verträgen meist erst gar nicht vorgesehen. Entsprechend bewegt sich diese Kennziffer in zahlreichen Regionen auffällig niedrig, geht etwa in Westfalen-Lippe, Sachsen-Anhalt und dem Saarland sogar im Zeitablauf zurück und steigt lediglich in einer dritten Gruppe von Berlin, Brandenburg und Bayern deutlich an (vergleiche Abbildung 1). Als Problem erweist sich insbesondere die Beteiligung der Hausärzte. Sie wird unterschiedlich gehandhabt und nur in der dritten genannten Gruppe teils forciert. Auch bei den Hausarztverträgen nach Paragraph 73 b des Fünften Sozialbuchs (SGB V), deren Modellfall Baden-Württemberg darstellt, kennzeichnet selbst die gesetzlich erzwungene Ausbreitung ab 2009 gravierende regionale Zurückhaltung. Was zuvor nicht wettbewerblich plural an Vertragspartnerschaften zustande kam, das konnte erst durch Kontrahierungszwang unter Zuhilfenahme von Schiedspersonen erzwungen werden. Von einer Wettbewerbs- oder Einzelvertragskultur ist jedenfalls nicht zu sprechen.

Insgesamt kann gesagt werden, dass der Wettbewerb auf einer Systemebene von Angebot und Nachfrage, wie er im Einzelvertragsgeschäft stattfindet, weit unten im Ein-Prozent-Korridor verharrt. Ärzte und Krankenhäuser lösen mit diesem Instrument örtliche Versorgungsprobleme, und das ist gut so. Ein dynamischer Beitrag zur Steuerung des Gesundheitswesens zeichnet sich wohl nicht ab. Auch für die besonderen Versorgungsformen außerhalb der integrierten Versorgung, die besondere hausärztliche (Paragraph 73 b SGB V) und fachärztliche Versorgung (Paragraph 73 c SGB V), darf eine Dynamik mit Fug und Recht bezweifelt werden. Die Tür für Verträge der Einzelkassen stand sperrangelweit offen und bleibt doch weithin ungenutzt. Lediglich die AOK Baden-Württemberg verfolgt erfolgreich ein nachhaltiges Konzept der besonderen Versorgung. Hier besteht ein mit dem Hausarztvertrag schlüssig verbundenes Portfolio qualitativ anspruchsvoller Facharztverträge. Die AOK Bayern hat ihren hochfliegenden Hausarztvertrag neu aufgestellt und unterstützt mit Gewicht eine Reihe von Praxisnetzen mit 65.000 eingeschriebenen Versicherten. Das Gesamtergebnis hat sich auch nicht ab Mitte 2009 wirklich geändert, nachdem sich der Gesetzgeber im Hinblick auf die zunächst wettbewerblich konzipierten Hausarztverträge zu einer Fristenlösung unter Zuhilfenahme von Schiedspersonen hat hinreißen lassen (ausführliche Einzelheiten dazu liefert *Paquet 2011*).

3 Kontrahierungszwang und Wettbewerb

Der Gesetzgeber hatte mithin durchaus die Chance zu einem Wettbewerb um Versorgungsverträge eröffnet. Wäre sie politisch wirksamer genutzt worden – das Beispiel gibt Baden-Württemberg – hätte die Gesetzgebung diesen Weg entschiedener fortgesetzt. Auch im Zusammenhang mit dem Versorgungsstärkungsgesetz hat der Bundestag ja den Abbau von Hemmnissen

TABELLE 2

Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter und Vergütungsvolumen 2004 bis 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter in Verträgen zur integrierten Versorgung (in Tausend)	679	2.973	3.762	3.956	4.036
Geschätztes Vergütungsvolumen in Verträgen zur integrierten Versorgung (in Millionen Euro)	248	498	650	768	811

Quelle: Registrierungsstelle nach Paragraph 140 d SGB V: Entwicklung der integrierten Versorgung in der BRD 2004 bis 2008, Seite 17; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

betrieben, weil die besonderen Versorgungsformen weiter an Elan verloren haben. Es gibt zwar inzwischen eine Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung, und Praxisnetz-Interessen werden ebenso verbandlich organisiert wie die der Medizinischen Versorgungszentren, aber die Vertragsentwicklung mit den Krankenkassen findet nicht den Weg aus der Nische, weil die Kollektivverträge das bestimmende Momentum bilden. Schließlich stellen die Krankenkassen im System der GKV die Leistungsansprüche der Versicherten unter Zuhilfenahme von Vertragspartnern sicher. Eigeneinrichtungen sind praktisch verboten. Für Leistungsanbieter besteht Berufs- beziehungsweise Niederlassungsfreiheit. Vertragsrechte und Spielregeln der Vertragspartner sind im Beziehungsrecht des SGB V festgelegt. Das Vertragsrecht obliegt den maßgeblichen Verbänden auf den jeweiligen Seiten (beim ambulanten Operieren und der spezialärztlichen Versorgung sind es gleich drei). Wie angedeutet werden zentrale Rahmenbedingungen und fast alle relevanten ökonomischen Stellgrößen auf Bundesebene festgelegt. Dafür ist inzwischen aufseiten der Krankenkassen singulär der GKV-Spitzenverband eingerichtet. Für die abschließenden Verträge kontrahieren die Krankenkassen beziehungsweise ihre Verbände auf Landesebene mit den Pflicht-Vereinigungen der Leistungserbringer in Flächenverträgen. Bestimmend dabei sind folgende Punkte:

- Die Bedarfsplanung beschränkt sich – wenn sie überhaupt eine Rolle spielt – nur auf strukturierte Verteilungsfunktionen in der Fläche, und der Bedarf wird aus historischen Relationen abgeleitet. Der patientenbezogene Leistungsbedarf spielt dabei nur indirekt abgeleitet eine Rolle und bemisst sich ansonsten daran, was die Ärzte zuvor im Gleichschritt abgerechnet haben.
- Für die Zulassung stehen qualifikatorische Voraussetzungen im Vordergrund und nicht der Bedarf der Versicherten, was sich zunächst strukturell etwa in der Facharzt Dominanz der Versorgung ausdrückt und in der Praxis durch eine verrichtungsbezogene Honorierung im Gegensatz zu einer patientenbezogenen Honorierung gefestigt wird.
- Verträge sind für alle Leistungserbringer von deren Pflichtverband mit den Verbänden der Krankenkassen „einheitlich und gemeinsam“ abzuschließen.

- Dabei besteht für die Vertragspartner Kontrahierungspflicht mit Zwangsschlichtung.
- Der Gesetzgeber macht für die so formierten Sektoren dezidierte Vorgaben für die jährliche Veränderung des regionalen Vergütungsvolumens.

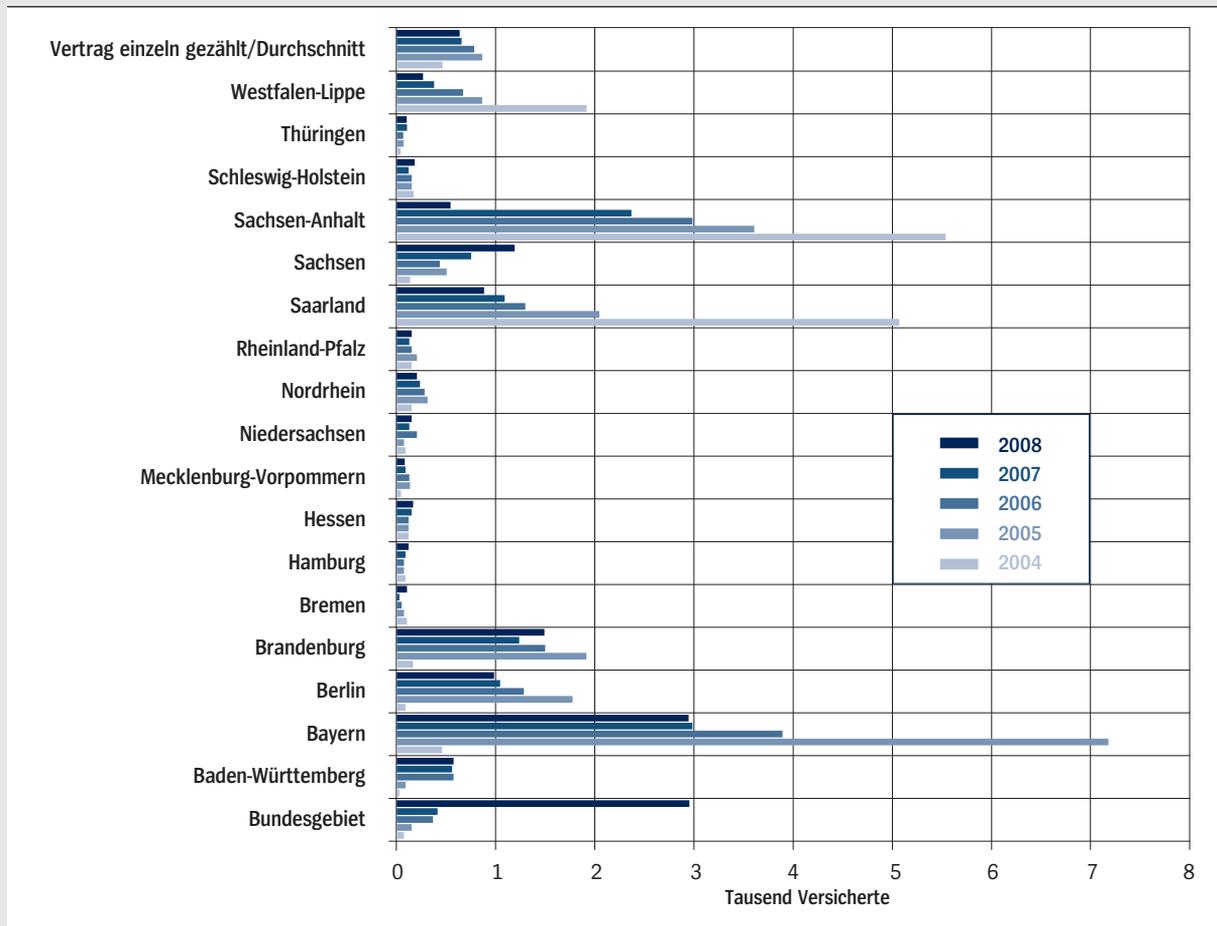
So sind die gesamten Einnahmen der jeweiligen Krankenkasse praktisch durch zentrale staatliche und verbandliche Entscheidungen verplant. Dies geschieht mit großer Präzision, eliminiert außerdem erwartete Beitragssatzunterschiede und reduziert die Neigung zu wettbewerblichen Vorstößen. Dafür gibt es zwei Gründe: Erstens bekommen die Kassen Einnahmen nach dem morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich (M-RSA) und damit nach dem nach Risikomerkmale differenzierten Ausgabenbedarf ihrer Versicherten zugewiesen. Zweitens sind die wesentlichen Ausgabenrisiken und Einnahmenerwartungen der Krankenkassen über den Diagnosebezug von Vergütungen und Risikostrukturausgleich verbunden.

Auch für den ungeübten Beobachter, der sich nicht von allzu vielen Details blenden lässt, entsteht der Eindruck eines in sich geschlossenen Systems:

- Jeder, der kann, wird zugelassen und darf zulasten der Krankenkasse ohne Weiteres leisten, was sich zuvor abrechnungsunauffällig als durchschnittlich erwarteter Bedarf der Versicherten gerechtfertigt hat. Instrumente gegen die sich daraus ergebende Leistungsvermehrung im Gleichschritt – Budgets, Richtgrößen, degressiv verlaufende Preise und so weiter – haben jeweils eine abnehmende politische Halbwertszeit: Der Ausgabendruck hält mithin an, solange gesetzlich kein unangemessen hoher Beitragsbedarf unterstellt wird.
- Gegen diese Dynamik durch Einzelverträge Inseln der Stabilität zu erzeugen, kann nur von Bestand sein, wenn sie gegen das inflationäre Gesamtsystem abgeschottet werden können – etwa durch (Teil-)Ausstieg aus dem Kontrahierungszwang und Entkopplung der Budgetanreize – oder durch einen Big Bang wie bei der AOK Baden-Württemberg. Verträge ohne eigene Systemrelevanz werden dagegen ausgebeutet und gehen unter.

ABBILDUNG 1

Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter je Vertrag (nach Region)



Quelle: Registrierungsstelle nach Paragraph 140 d SGB V: Entwicklung der integrierten Versorgung in der BRD 2004 bis 2008, Seite 19; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

c. Wer als Krankenkasse solchen Rahmenbedingungen unterliegt und nicht das Format zu einem systemrelevanten Vertrag mitbringt, der wird kein Lehrgeld für Experimente zahlen wollen, sondern bei Pauschalierungen Hilfe suchen, die die Leistungszunahme verdecken und Preise reduzieren. Wenn zusätzliche Ausgaben nicht zu vermeiden sind, sollen sie zumindest die erwarteten Einnahmen erhöhen. Verträge der Krankenkassen zur Einnahmensicherung unter M-RSA-Gesichtspunkten kränken das seit dem Gesundheitsstrukturgesetz verfolgte Wettbewerbskonzept in seinem Kerngedanken.

Damit soll verdeutlicht werden, unter welchen Voraussetzungen ein einzelvertraglicher Wettbewerb um die besten Versorgungsverträge initiiert werden soll. Erhalten nämlich nunmehr Krankenkassen und Gruppen von Leistungserbrin-

gern das Recht, Verträge abzuschließen, passiert Folgendes:

- Es gehen Partner aufeinander zu, die bereits durch Verträge mit höherer Reichweite und von Verbänden gebunden sind, die den zusätzlichen Einzelvertrag als Kompetenz-, Umsatz- und Machtverlust betrachten.
- Die Leistungserbringer erwarten gegenüber dem Flächenvertrag, in den sie jederzeit zurückfallen können, Zugeständnisse bei Preisen, Konditionen und Mengen, während die Krankenkassen in der Regel nicht an letzter Stelle umgehend quantifizierbare Einsparungen erwarten.
- Ein Deal zeichnet sich in der Regel dadurch aus, mit höherer Qualität, die höhere Preise rechtfertigt, aus der Leistungszunahme des Flächenvertrages auszusteiern, ohne dass allerdings entsprechende Mehrleistungen im Flächenvertrag ausgeschlossen werden können.

Von daher werden Krankenkassen und Leistungserbringer einen Vertrag unterschreiben, soweit und solange er sich für sie betriebswirtschaftlich positiv rechnet. Sieht man zur Vereinfachung von Effekten auf nachgelagerte Leistungsstufen und Marketingeffekten ab, wird sich ein von der Beteiligung der Versicherten her begrenzter Vertrag nur bei herausgehobenen, teuren Leistungen rechnen können, die wiederum leichter einem Controlling unterzogen werden können. An dieser Stelle dürfte der Widerstand der Kassenärztlichen Vereinigung vergleichsweise gering sein, weil die Budgetbereinigung keinen großen Umfang hat. Allerdings ist das Interesse der Krankenkasse begrenzt, wenn punktuelle Mengeneffekte danach in der Fläche kompensiert werden können. Das Schließen regionaler Versorgungslücken steht hier im Mittelpunkt.

Nimmt die Beteiligung der Versicherten und die Allgemeinheit der einzelvertraglich kontrahierten Leistung zu, ist ein gehaltvolles Controlling erschwert. Möglicherweise wird nur – ohne für den Patienten erkennbare Änderung – anders abgerechnet. Die Kassenärztliche Vereinigung wird somit bei vermutetem geringem Qualitätsunterschied mit umfangreichen Budgetbereinigungen konfrontiert und den Vertrag zu stören versuchen. Der Attraktivität für die Krankenkasse ist aus den genannten Gründen nicht gedient. Ihr werden Einsparungen zugesichert, die sich als Luftbuchung erweisen. Hinzu kommen Transaktionskosten aller Art und Auseinandersetzungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung, die ja alleiniger Kollektivvertragspartner ist. Die Risiken auf die Leistungserbringer zu verlagern, vernichtet dort den Leistungsanreiz.

Hat eine Krankenkasse im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung einen hohen Marktanteil und kann sowohl im Kollektivvertrag als auch im Selektivvertrag einen marktrelevanten Einfluss geltend machen, kann sie die oben skizzierten Widerstände maßgeblich reduzieren. Ansonsten aber darf es nicht verwundern, dass die Einzelverträge allenfalls bei punktuellen Versorgungsproblemen genutzt werden sowie als widerrufbare Add-on-Verträge ohne Budgetbereinigung zu Marketingzwecken. Der Plan, dem korporativen Zwangssystem in der Fläche mit Wettbewerbsimpulsen aufzuhelfen, gelingt nicht.

4 Kontrahierungszwang zumindest modifizieren

In einem geschlossenen GKV-System mit Kontrahierungszwang und vollständiger fiskalischer Verbundenheit kann Wettbewerb nur begrenzt entstehen. Will die GKV über den Tag hinaus etwas bewegen, bedarf es zumindest gewisser Modifikationen, die das eingangs angesprochene Gleichgewicht des Vermeidens stören. Die radikale Inkarnation einer solchen Störung, das Globalbudget, ist heute kaum noch

eine Fußnote wert. Auch der vor rund zehn Jahren diskutierte Übergang der fachärztlichen Versorgung in ein Einzelvertragssystem mit Wahlrecht der Fachärzte im Bestand oder die mildere prospektive jährliche Anhebung der prozentualen Marge der Budgets für eine erleichterte Budgetbereinigung sind politisch abgehakt. Noch nicht ausgetestet ist dagegen die Begrenzung des Kollektivvertragsrechtes nach dem Bedarf der Versicherten bei neuen Versorgungsformen.

Beim ambulanten Operieren und einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, die sich nicht länger auf schwere Verlaufsformen von Erkrankungen beschränkt, ließe sich unter Vermeidung sektoraler Budgets und mit konsequenter Qualitätssteuerung eine leistungsbezogene Bedarfsplanung mit Versichertenbezug aufbauen. Staatlich vorzugeben und zu beaufsichtigen ist auf dieser Grundlage die vertraglich gesicherte Verfügbarkeit von Kapazitäten in Bedarfsplanungsbezirken. Die Verträge dazu wären einzelvertraglich auszuschreiben. Kontrahiert dabei jede einzelne Krankenkasse im Umfang des von der GKV benötigten Leistungsbedarfs, so ist dem Gesichtspunkt der notwendigen Auswahlfreiheit der Versicherten definitiv Genüge getan. Entsprechende Übergänge zu einem wettbewerblichen Vertragssystem mit einheitlich definierten Grundlagen und Qualitätsstandards hätten sich wie erwähnt auch bei den DMPs ergeben, wenn sie nicht historisch mit extraordinären Refinanzierungsanreizen der Krankenkassen befrachtet worden wären. Weitere Versorgungsgebiete über regionale Sonderprobleme hinaus lassen sich einbeziehen.

5 Wie schnell ist nichts passiert

Wettbewerb in dem hier verstandenen Sinne kommt in einem korporatistischen System mit Kontrahierungszwang offenbar schwerlich aus den Nischen heraus. Einzelverträge ermöglichen sicherlich einen Ausgleich regionaler Versorgungsdefizite. Darüber hinausgehende Entwicklungen sind vielfach gehemmt. Somit finden sich kaum Vertragspartner erfolgreich zusammen, die Innovationen vorantreiben und die Grenzen des Kollektivvertragssystems politisch deutlich machen. Deren Protagonisten bemächtigen sich vielmehr inzwischen politisch eines zentral verwalteten Innovationsbudgets (vergleiche dazu unabhängig von der aktuellen Diskussion *Jacobs 2010* und aktuell *Ulrich et al. 2014*). Währenddessen werden die Systemdefekte innerhalb des Kollektivvertragssystems (vergleiche *Schönbach 2014*) von der gesundheitspolitischen Diskussion ausgeklammert. Sie liegen im Schatten der gesundheitspolitischen Tabus beziehungsweise Friedensgrenzen

- der morbiditätsorientiert verbundenen Kollektivvertragspartner,

- der unter Fehlanreizen konkurrierenden GKV und PKV (vergleiche *Friedrich-Ebert-Stiftung 2013 und Schönbach 2013*) und
- der widerstrebenden Krankenhauspolitik von Bund und Ländern (vergleiche *Malzahn et al. 2014*).

Ein selbsttragender Wettbewerb um Versorgungsverträge mit Systemwirkung steht aus. Gleichwohl kann nicht von einem Fehlversuch gesprochen werden, denn der Versuch ist keineswegs abgeschlossen und weitere können folgen. Wege aus dem Gleichgewicht des Vermeidens zu finden, ist eine Daueraufgabe.

Literatur

Cassel D et al. (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes; http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_gesundheitssystem/wido_ges_gutachten_2_1006.pdf

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

Friedrich-Ebert-Stiftung (2013): Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung. Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Expertenkommission der Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO

Diskurs); <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09893.pdf>

Jacobs K (2010): Der Innovationsfonds – ein ordnungswirtschaftlicher Irrläufer. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, Jg. 15, Heft 2, 67–69

Malzahn J, Schönbach KH, Wehner C (2014): Qualitätswettbewerb in den Leitplanken einer bedarfsorientierten Krankenhausplanung und -finanzierung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 68, Heft 4/5, 19–32

Paquet R (2011): Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge. Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive. Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO-Diskurs); <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/07935.pdf>

Schönbach KH (2013): Reform der ambulanten Vergütung? In: IMPLICONplus – Gesundheitspolitische Analysen, Heft 3

Schönbach KH (2014): Reformbedarf der Versorgungsstrukturen in der GKV: Systemdefekte behindern die Gesundheitspolitik. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 68, Heft 1, 32–40

Statistisches Bundesamt (2012): Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten. Fachserie 2, Reihe 1.6.1; www.destatis.de → Publikationen → Thematische Veröffentlichungen → Dienstleistungen

Ulrich V, Maier C, Trescher AL (2014): Wie wird der Innovationsfonds innovativ? *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 68, Heft 2, 10–15

(letzter Zugriff auf alle Quellen am 25. Juni 2015)

DER AUTOR



Karl-Heinz Schönbach, Jahrgang 1954, ist Diplom-Volkswirt. Er war von 2008 bis 2014 Geschäftsführer Versorgung beim AOK-Bundesverband in Berlin. Seit 1987 ist er Herausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“. Schönbach war vor seinen Stationen in der Krankenversicherung Leiter der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates Gesundheit beim Bundesminister für Arbeit in Bonn. Seine Veröffentlichungsschwerpunkte sind Versorgungssysteme und der Wettbewerb im Gesundheitswesen.

Mit zunehmender medizinischer Versorgung fühlen sich Menschen weniger gesund

von Christiane Roick*

Aus der Literatur ist bekannt, dass Ausweitungen der Gesundheitsversorgung den objektiven Gesundheitszustand der Bevölkerung, zum Beispiel deren Lebenserwartung, im Allgemeinen verbessern. In gut entwickelten Gesundheitssystemen wird der Grenznutzen weiterer Expansionen jedoch mit zunehmendem Investment immer geringer. Eine amerikanische Studie zeigt jetzt sogar, dass die Expansion der Gesundheitsversorgung in 28 OECD-Ländern mit einer schlechteren subjektiven Gesundheitsbewertung der Menschen verbunden war.

1 Was ist das Problem?

In den letzten 50 Jahren kam es in vielen Industrienationen zu einer erheblichen Ausweitung der medizinischen Versorgung, begleitet von nahezu kontinuierlich steigenden Gesundheitsausgaben. Der Anteil der im Gesundheitswesen beschäftigten Menschen stieg ebenso wie der medizinischer Spezialisten. Dies ging aber nicht mit einem vergleichbaren Anstieg des subjektiven Gesundheitsgefühls einher.

2 Wie wurde untersucht?

Untersucht wurden zwischen 1981 und 2007 erfasste Daten zur subjektiven Gesundheitsbewertung aus 28 OECD-Staaten. Als Indikatoren der medizinischen Versorgungsausweitung wurden die Bereiche Investment (unter anderem Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen), Professionalisierung und Spezialisierung (zum Beispiel Arztdichte, Verhältnis von Spezialisten zu Generalisten) und pharmazeutische Industrie (wie Pro-Kopf-Umsatz, Ausgaben für Forschung und Entwicklung) untersucht und analysiert, wie sich diese Indikatoren unter Kontrol-

le soziodemografischer und makroökonomischer Faktoren im Zeitverlauf auf die subjektive Gesundheitsbewertung der Bevölkerung auswirkten.

3 Was ist rausgekommen?

Ausweitungen in diesen Bereichen waren mit einem signifikanten Rückgang der subjektiven Gesundheitsbewertung assoziiert. Dafür könnten vier Faktoren verantwortlich sein: 1. Durch die medizinische Expansion werden „neue“ Krankheiten entdeckt oder definiert; das Risiko für die Diagnose einer solchen Erkrankung steigt. 2. Der Ausbau von Screenings erhöht das Risiko für die Diagnose einer „neuen“ oder „alten“ Erkrankung. 3. Die Gesundheitserwartungen der Menschen steigen durch die medizinische Expansion und werden teilweise unrealistisch. 4. Durch das gewachsene Vertrauen in die Medizin begeben sich mehr Menschen in Behandlung und erleben dabei auch negative Konsequenzen der Krankenrolle wie Stigmatisierung, Einschränkungen ihrer Aktivitäten oder Kontrollverlust.

Ein wachsender Anteil von Stadtwohnern an der Gesamtbevölkerung wirkte sich ebenfalls ungünstig auf die

subjektive Gesundheitsbewertung aus, während Verbesserungen des Lebensstandards diese positiv beeinflussten. Da sich günstige und negative Einflussfaktoren etwa aufwogen, blieb das subjektive Gesundheitsgefühl in den letzten Jahrzehnten weitgehend unverändert.

4 Wie gut ist die Studie?

Die Studie sagt nichts darüber aus, wie sich der objektive Gesundheitszustand der Bevölkerung in den 28 untersuchten Industrienationen in den letzten Jahren entwickelt hat. Sie zeigt aber, dass in gut entwickelten Gesundheitssystemen eine weitere Expansion der medizinischen Versorgung zu einer schlechteren subjektiven Gesundheitsbewertung der Menschen führen kann. Nach Einschätzung der Autoren wächst dadurch wiederum die Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen, was die Expansion der Gesundheitsversorgung weiter verstärkt.

Quelle: Zheng H: *Why has Medicine Expanded? The Role of Consumers. Social Science Research* 2015;52:34–46

* PD Dr. med. Christiane Roick, MPH, Stellv. Leiterin des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: christiane.roick@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Weniger ist manchmal mehr. Dieser Grundsatz gilt nicht nur beim Genuss von Schokolade oder bei der Einnahme von Arzneimitteln. Er scheint in den industrialisierten Ländern für die Gesundheitsversorgung insgesamt zuzutreffen. Jedenfalls stimmt die Umkehrung: Mehr Diagnostik, Therapie, Ärzte und Krankenhäuser führen zumindest nicht automatisch auch zu einem besseren gesundheitlichen Wohlbefinden der Bevölkerung. Das lässt immerhin den Schluss zu, dass auch die harten medizinischen Ergebnisse nicht proportional zur Anwendung von Medizin und Medizintechnik besser werden. Die ausufernde Quantität medizinischer Leistungen schafft allein noch nicht den Sprung in eine neue Qualität der Versorgung.

Dr. phil. Stefan Etgeton
Senior Expert im Programm
„Versorgung verbessern –
Patienten informieren“
der Bertelsmann Stiftung



KÖPFE

Prof. Dr. med. David L. Sackett, Mitbegründer der Cochrane Collaboration und Pionier der evidenzbasierten Medizin, ist im Alter von 80 Jahren verstorben. Nach dem Studium an der University of Illinois und der Harvard School of Public Health war er zunächst für den United States Public Health Service tätig. 1967 gründete er den weltweit ersten Lehrstuhl für klinische Epidemiologie an der McMaster-Universität in Hamilton/Kanada, wo er auch Leitungspositionen an verschiedenen Kliniken innehatte. Ab 1994 baute Sackett das Oxford Centre for Evidence-Based Medicine des National Health Service in Großbritannien auf.

Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser, Inhaberin des Lehrstuhls für Gesundheitswissenschaften an der Universität Hamburg, hat den Vorsitz des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin übernommen. Sie löste **Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer**, Direktorin des Instituts für

Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, ab. Nach Medizinstudium und Promotion in Wien habilitierte Mühlhauser an der Universität Düsseldorf. Seit 1996 lehrt sie in Hamburg.

Prof. Dr. med. Kirsten Minden ist auf die Stiftungsprofessur für Versorgungsforschung in der Rheumatologie an der Charité-Universitätsmedizin Berlin und am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ) berufen worden, die von der gemeinnützigen Rheumastiftung finanziert wird. Nach dem Medizinstudium an der Berliner Humboldt-Universität absolvierte Minden ihre Ausbildung zur Fachärztin für Kinder- und Jugendrheumatologie am Klinikum Berlin-Buch. Die Ärztin, die seit mehr als zehn Jahren die Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendrheumatologie am DRFZ leitet, war zuletzt am Sozialpädiatrischen Zentrum für chronisch kranke Kinder der Charité tätig.

Prof. Dr. med. Wilhelm Behringer wurde auf die nach Angaben der Jenaer Universität deutschlandweit erste Professur für Notfallmedizin am dortigen Universitätsklinikum berufen und zugleich zum Direktor des Zentrums für Notfallmedizin ernannt. Der Intensivmediziner war nach Studium und Promotion in Wien als Oberarzt in der Universitätsklinik für Notfallmedizin in der österreichischen Hauptstadt tätig und leitete auch einige Jahre lang die Notfallmedizin in einer Klinik in den Vereinigten Arabischen Emiraten.

Dr. rer. pol. Frank Wild ist zum Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der Privaten Krankenversicherung (WIP) ernannt worden. Er tritt die Nachfolge von Dr. rer. pol. Frank Niehaus an, der das WIP über fünf Jahre leitete. Wild ist seit mehr als zehn Jahren beim WIP wissenschaftlich tätig und war zuletzt als Projektleiter vor allem für den Bereich Arzneimittel verantwortlich.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie „Zukunft der Medizin – Medizin der Zukunft. Geriatrie“	zukünftige Versorgungsformen, medikamentöse Therapie im Alter, Mobilität und Stürze	3.–5.9.2015 Frankfurt	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG) Seumestraße 8 10245 Berlin	www.geriatrie-kongress.de/ teilnahme.html E-Mail: dgg2015.aey-congresse.de Telefon: 030 2900659-4
3. Deutscher Patientenkongress Depression für Betroffene und Angehörige	Versorgungssituation in Deutschland, Depression aus Angehörigensicht, Hilfen im Internet	12.–13.9.2015 Leipzig	Stiftung Deutsche Depressionshilfe Semmelweisstraße 10 04103 Leipzig	www.deutsche-depressionshilfe.de/ kongress E-Mail: lherfurth@eventlab.org Telefon: 0341 240596-64
16. Deutscher Medizinrechtstag	Regressverzicht, Honorärärzte und Haftung, GKV-Versorgungsstärkungsgesetz	18.–19.9.2015 Berlin	Medizinrechtsanwälte e. V. Travemünder Allee 6a 23568 Lübeck	www.medizinrechts-beratungsnetz.de/ deutscher-medizinrechtstag E-Mail: woerns@stiftung-gesundheit.de, Telefon: 040 8090870
88. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN) „Mensch im Blick – Gehirn im Fokus“	Autoimmun- und neurologische Erkrankungen, Erkrankungen des peripheren Nervensystems	23.–26.9.2015 Düsseldorf	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN) Reinhardtstraße 27 c 10117 Berlin	www.dgnkongress.org/ anmeldung-und-hotel.html E-Mail: dgn@mcon-mannheim.de Telefon: 0621 41060
4. World Congress of Clinical Safety „Clinical Management and Governance for Healthcare Risk and Crisis“	Patienten-, Arzneimittel-, Medizinproduktesicherheit, Bekämpfung von Infektionskrankheiten	28.–30.9.2015 Wien	International Association of Risk Management in Medicine 4-7-12-102 Hongo, Bunkyo Tokyo, 113-0033, Japan	www.iarimm.org/4WCCS/ E-Mail: 4wccs@iarimm.org Telefon: 081 33817-6770
14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung „Systeminnovationen für eine bessere Gesundheit!?“	Innovation im Gesundheitswesen, Evaluation von Versorgungsstrukturen und -konzepten	7.–9.10.2015 Berlin	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF) c/o IMVR, Eupener Str. 129 50933 Köln	www.dkvf2015.de E-Mail: tanja.berger@mcon-mannheim.de Telefon: 0621 4106-103

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.

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, Sabine Schulze (WIdO)
Red.-Mitglieder: *Annegret Himrich, Dr. Silke Heller-Jung; Grafik: Geertje Steglich (KomPart)*

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