

**Entwicklung eines Modells zur operationalisierten Entscheidung
über die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach §12 SGB V
bei Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V**

Masterthesis

vorgelegt an der Ernst-Abbe-Fachhochschule Jena

Fachbereich Betriebswirtschaft

Studiengang Master of Business Administration (MBA) Health Care Management

15. März 2015

Hochschulbetreuer: Prof. Dr. Michael Hartmann

Bearbeitet von: Dr. med. Ulf Dennler

Matrikelnummer: 636718

Studiengang: Master of Business Administration
Health Care Management (MBA HCM)

Vorwort

Die vorliegende Masterthesis wurde von der Ernst-Abbe-Hochschule Jena im März 2015 angenommen.

Literatur wurde unter der Voraussetzung, dass diese zwischen 2000 und 2014 im Open-Source-Zugang veröffentlicht wurde, soweit als möglich berücksichtigt. Dies ist dem Grundsatz geschuldet, dass nach Auffassung des Verfassers in Zeiten begrenzter Ressourcen im Gesundheitswesen der Zugang zu systemrelevanten gesundheitsökonomischen Schriften nicht durch finanzielle Aufwendungen oder bürokratische Verfahren erschwert werden darf.

Mein Dank gilt allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe Wirtschaftlichkeitsgebot der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V., die durch ihre konstruktive Beteiligung an den Arbeitsgruppensitzungen und dem damit verbundenen fachgebietsübergreifenden Gedankenaustausch dazu beigetragen haben, das Thema in seiner Komplexität zu beleuchten und letztlich einen praktikablen Bewertungsalgorithmus als Kondensat vieler Überlegungen zu generieren.

Respekt und Dank verdient meine Ehefrau für ihre Unterstützung während des Masterstudiums und in der Phase des Schreibens der Masterthesis.

Bad Berka, März 2015

Dr. med. Ulf Dennler

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	i
Inhaltsverzeichnis	ii
Abkürzungsverzeichnis	iv
1. Einleitung	1
2. Gegenstand der Arbeit	1
3. Begrenzung der Arbeit	6
4. Das Wirtschaftlichkeitsgebot.....	7
4.1. <i>Allgemeine ökonomische Grundlagen.....</i>	7
4.1.1. Wirtschaftlichkeit	7
4.1.2. Effizienz und Effektivität	8
4.1.3. Minimalprinzip – Maximalprinzip	11
4.1.4. Allokationsebenen.....	12
4.1.5. Rationierung, Priorisierung und Rationalisierung	16
4.2. <i>Regelungen zur Ausgestaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes im Sozialgesetzbuch V.....</i>	18
4.2.1. Allgemeine Forderungen.....	18
4.2.2. Institutionen.....	19
4.2.3. Arzneimittel	21
4.2.4. Vertragsarztrecht.....	23
4.2.5. Methodenbewertung	23
4.2.6. Krankenhausbehandlung	24
4.2.7. Prüfverfahrensvereinbarung.....	28
4.3. <i>Medizinisch-fachliche Grundlagen.....</i>	29
4.3.1. Gesundheit und Krankheit.....	29
4.3.2. Notwendigkeit	31
4.3.3. Zweckmäßigkeit	33
4.3.4. Begrenzungen.....	34
4.3.5. Fachstandards	36
4.3.6. Nutzen.....	37
4.3.7. Risiken und Sicherheit	39
4.3.8. Qualität.....	41
4.3.9. Kosten.....	42
4.3.10. Bewertung der Alternativen.....	46

4.4. Patientenpräferenzen	50
4.5. Haftungsrecht.....	52
5. Arbeitsgruppe Wirtschaftlichkeitsgebot der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. (DGfM).....	54
5.1. Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. (DGfM)	54
5.2. Die Arbeitsgruppe Wirtschaftlichkeitsgebot.....	55
6. Entscheidungsalgorithmus.....	56
6.1. Zwölf Thesen zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhausbehandlungen auf der Ebene der individuellen Versorgung.....	56
6.2. Checkliste zum Vergleich der Wirtschaftlichkeit gemäß § 12 SGB V bei Krankenhausbehandlungen gemäß § 39 SGB V.....	58
6.3. Kalkulationsblatt.....	63
6.4. Entscheidungsmatrix.....	67
7. Beispiele.....	70
7.1. Beispiel DRG-Split.....	70
7.2. Beispiel Geriatrie.....	73
7.3. Beispiel Evaluation zur Nierenlebendspende.....	76
8. Zusammenfassung	79
9. Literaturverzeichnis.....	80
Selbständigkeitserklärung	87

Abkürzungsverzeichnis

ABDM	Ambulante Blutdruckmessung
Abs.	Absatz
AOP	Ambulante Operation
ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
Auto-AK	Auto-Antikörper
AWMF	Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BPH	Benigne Prostatahyperplasie
bzw.	beziehungsweise
CMV	Cytomegalievirus
CT	Computertomografie
DGfM	Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
DRG	Diagnosis Related Groups
DSO	Deutsche Stiftung Organtransplantation
DTPA	Diethylentriaminpentaessigsäure
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EKG	Elektrokardiografie
G-AEP	German Appropriateness Evaluation Protocol
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GFR	Glomeruläre Filtrationsrate
ggf.	gegebenenfalls
GIA	Geriatrische Institutsambulanz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HCM	Health Care Management
HIV	Humane Immundefizienz-Virus
HLA	Humanes Leukozytenantigen-System
HTA	Health Technology Assessment
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MAG3	Mercaptoacetyltriglycin
MBA	Master of Business Administration
MD(A)s	Medizinische Dokumentare/Medizinische Dokumentationsassistenten
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen
min	Minute
Mio.	Millionen
mm Hg	Millimeter Quecksilbersäule
Mrd.	Milliarden
MRT	Magnetresonanztomografie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NUB	Neues Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr

PCI	Perkutane Koronarintervention
PET	Positronen-Emissions-Tomografie
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
QUALYs	Quality Adjusted Life Years
Rn	Randnummer
S	Seite
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativmedizinische Versorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
STEMI	ST-Hebungsinfarkt
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche

1. Einleitung

Forderungen der Kostenträger und die Rechtsprechung zur Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V unter den Bedingungen einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V führen zur Verunsicherung der Leistungserbringer.

Der Begriff der Wirtschaftlichkeit ist im Gesetz mit weiteren, unbestimmten Rechtsbegriffen wie ‚notwendig‘, ‚zweckmäßig‘ und ‚ausreichend‘ verknüpft. Es fehlen Richtlinien zur Entscheidungsfindung, wann eine Form der Leistungserbringung wirtschaftlicher als eine mögliche Alternative ist.

Mit der nachfolgenden Arbeit soll diese Lücke geschlossen werden. Ausgehend von bereits bestehenden sozialrechtlichen Regelungen, der Sozialrechtsprechung und Aufsätzen bzw. Positionspapieren unterschiedlicher Institutionen und Autoren sowie unter Berücksichtigung der Erkenntnisse und Ergebnisse einer praxisorientierten Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling wird ein Entscheidungsalgorithmus entwickelt.

2. Gegenstand der Arbeit

Seit nunmehr fast 40 Jahren wird in Politik und Gesellschaft eine Debatte über Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen geführt, um vor allem durch Kostendämpfungsgesetze in immer kürzeren Abständen die stetig steigenden Finanzierungsprobleme des solidarischen Sozialversicherungssystems zu lösen. (Grupp 2000, S. 4)

Die in Folge dieser Debatten entstehenden leistungsrechtlichen Grenzziehungen durch den Ausbau ökonomisch geprägter Leitlinien sind den Grundsätzen von Beitragssatzstabilität und Budgetierung geschuldet. (Grupp 2000, S. 2)

Dabei verschließen Politik und Gesellschaft ihre Augen vor der Tatsache, dass durch den medizinisch-technischen Fortschritt, durch den demografischen Wandel und durch die zunehmende Ausprägung einer Defensiv-Medizin überproportionale Kostensteigerungen unausweichlich scheinen. (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2000, S. A 1018)

Arnade prognostizierte im Jahr 2010 bei Beibehaltung des Leistungsumfangs bis zum Jahr 2030 einen GKV-Beitragssatz von 25 – 30 Prozent. (Arnade 2010, S. 11) In eigenen

Berechnungen auf Basis der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes und den Datenveröffentlichungen durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wurde eine Verdopplung der Krankenhausbehandlungskosten bis 2043, ausgehend vom Preisniveau des Jahres 2006, vorhergesagt. Bei gleichzeitiger Verminderungen der erwerbstätigen Bevölkerung um zirka ein Drittel sind GKV-Beitragssätze von bis zu 40 Prozent nicht unrealistisch.

Auch in jüngeren Veröffentlichungen wie beispielsweise von Strech werden diese Szenarien bestätigt. (Strech 2014, S. 28)

Bereits im Jahr 2000 wies die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer darauf hin, dass sich angesichts der zunehmend auseinanderklaffenden Schere zwischen Beitragseinnahmen einerseits und Leistungsausgaben andererseits die Vertreter der Gesundheitspolitik, die Kostenträger der Sektoren im Gesundheitswesen, die unterschiedlichen Leistungserbringer und die Patienten zunehmend am sogenannten Wirtschaftlichkeitsgebot zu orientieren haben. (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2000, S. A 1017)

Dieses sogenannte Wirtschaftlichkeitsgebot fordert eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten, die „*das Maß des Notwendigen nicht überschreiten*“ dürfe. Unter der Voraussetzung der persönlichen Kenntnisnahme oder einer pflichtverletzenden Ignorierung (wörtlich: „*hätte ... hiervon wissen müssen*“) unwirtschaftlicher Leistungsbewilligung können Vorstandsmitglieder von Krankenkassen für den entstandenen Schäden in Anspruch genommen werden. (Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 12)

In der Konsequenz der Entwicklung der folgenden Jahre bestimmt dieses im SGB V verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot heute maßgeblich die Diskussion zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern über die korrekte Erbringung und Abrechnung medizinischer Leistungen.

Angesichts der zunehmenden Ökonomisierung der medizinischen Leistungserbringung und der sich in Teilen widerstrebenden Interessen der beteiligten Partner bei einer gleichzeitigen Begrenzung der finanziellen Mittel nimmt es nicht wunder, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot als ein zentraler Entscheidungsgrundsatz vor allem auch der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zugrunde liegt.

Ausgangspunkt des Konflikts sind die unterschiedlichen Zielstellungen und Einflussmöglichkeiten von Patienten, Kostenträgern und Leistungserbringern.

Während Kostenträger die erforderliche medizinische Leistung häufig zum niedrigsten möglichen Preis einfordern, tendieren Leistungserbringer zum Anspruch, für eine definierte medizinische Leistung einen möglichst hohen Preis zu erzielen. Patienten hingegen erwarten, losgelöst von der Kenntnis oder der Berücksichtigung der damit verbundenen Kosten und geschürt durch die Versprechungen aus der Politik, eine höchstmögliche Versorgungsqualität.

Gleichzeitig besteht der Konflikt, dass neue medizinische Verfahren im Sinne einer Produktentwicklung zu höheren Kosten führen, die dann in Relation zum Zusatznutzen der innovativen Behandlungsalternative zu bewerten sind.

Aus ethischer Sicht erscheint es erforderlich, Patienten mit ihren legitimen Selbstbestimmungsrechten, ihren Ängsten und ihren Hoffnungen stärker in den Mittelpunkt der ökonomisch geprägten Entscheidung zu stellen. Es gilt, die Waage zu finden, Patienten zunehmend in die Entscheidungsfindung um eine geeignete Therapie einzubeziehen und sie gleichzeitig für die ökonomischen Auswirkungen ihrer Lebensweise und ihrer Behandlungsbedürfnisse zu sensibilisieren.

Als Problem in der praktischen Umsetzung erweist es sich jedoch, dass die normativen Umschreibungen des Begriffs ‚Wirtschaftlichkeitsgebot‘ aus juristischer Sicht unbestimmte Rechtsbegriffe sind, denen eine allseits akzeptierte Interpretation und Auslegung fehlt. Erst durch die Anwendung konkreter Auslegungen der Begriffe in einem gegebenen Tatbestand kann im Einzelfall der Begriff der wirtschaftlichen Leistungserbringung festgestellt werden. (Bußmann-Weigl 2004, S. 255)

Kritiker dieses Systems gaben bereits 2001 zu bedenken, dass die Begriffe *„notwendig, ausreichend, wirtschaftlich, zweckmäßig“* in der Sozialgesetzgebung *„ihrer systematischen Verankerung beraubt wurden und nur noch als Worthülsen zu beliebigem Gebrauch taugen.“* (Hege 2001, S. A 233)

Die Leistungen und deren Voraussetzung, auf die das Wirtschaftlichkeitsgebot anzuwenden sind, beschreibt das Sozialgesetzbuch V im § 27 Absatz 1:

„Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst

- 1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,*
- 2. zahnärztliche Behandlung,*
- 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,*
- 3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,*
- 4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,*
- 5. Krankenhausbehandlung,*
- 6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.“*

(Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, S. 26)

Konkretisierte Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit beziehen sich in Gesetzen und Durchführungsbestimmung vorwiegend auf Arzneimittel und auf die damit verbundenen Aspekte wie Relation von Packungsgrößen zu typischen Verordnungsschemata oder den Wirkstoffvergleich unter Beachtung von Kosten- und Wirkungsunterschieden.

Der Leistungsbereich der Krankenhausbehandlung wird im Sozialgesetzbuch V im § 39 ausdifferenziert:

„(1) ... Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung.“

(Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 39)

Eine in Analogie zu Arzneimitteln überwiegend am Preis einer Einzelleistung (z.B. Tagestherapiekosten) ausgerichtete Betrachtungsweise wird der Komplexität im Krankenhausbereich nicht gerecht. Unterschiedliche Tagestherapie- oder Fallpauschalkosten können mit Begleit- und Folgekosten vergesellschaftet sein, die eine Gesamtkostenbetrachtung ggf. auch unter Einbeziehung des wahrscheinlichen Eintritts von Nutzen und Risiken erforderlich machen, um die tatsächlich wirtschaftlichere Behandlungsalternative zu identifizieren.

Unter Einbeziehung von medizinischen, wirtschaftlichen und medikolegalen Überlegungen sollen allgemeingültige Bewertungsmaßstäbe identifiziert werden, auf deren Grundlage unmittelbare Arbeitshilfen wie qualitativ ausgerichtete Checklisten und quantitativ anzuwendende Kalkulationslisten resultieren.

Der *„Bedarf an einer abstrakt-generellen Ausgestaltung der unbestimmten, die Leistungsgewährung betreffenden Rechtsbegriffe des SGB V unterhalb der Ebene des Parlagengesetzes“* soll durch den zur Normensetzung befugten Bundesausschuss in Form von Richtlinien gedeckt werden. (Bußmann-Weigl 2004, S. 130)

Ökonomische Überlegungen verursachen ethische und moralische Konflikte für die an der unmittelbaren Patientenversorgung beteiligten Ärzte, die sich in ihrer Selbstwahrnehmung als Interessenwahrer, Anwalt und Vertrauensperson von Patienten verstehen. Konkret anwendbare Prinzipien der Gesundheitsökonomie wurden und werden in der medizinischen Ausbildung kaum vermittelt. Während die Kostenträger auf eine Reduktion der Behandlungskosten drängen, orientieren betriebswirtschaftliche Krankenhausleitungen entsprechend ihres Weltbilds auf Erlössteigerungen durch quantitatives und qualitatives Wachstum bei gleichzeitiger Erhöhung des Deckungsbeitrages. Für Patienten steht in der Priorität hingegen ganz oben, dass Krankenhäuser und das dort arbeitende Personal *„Räume für Zuwendung, Barmherzigkeit und Patientenorientierung [...] bewahren.“* (Bundesärztekammer 2007, S. A 1521)

Die zuvor beschriebene Entwicklung gewinnt zunehmend Einfluss auf die berufliche Ausbildung von Studierenden und ärztlichen Berufsanfängern. Rationierung, Priorisierung und Rationalisierung werden in Praktika erlebt und diese Erfahrung muss mit dem im Studium vermittelten ärztlichen Berufsethos in Übereinstimmung gebracht werden. Dabei werden Denk- und Handlungsmuster in einer Form initiiert, die man in weitem

Umfang bestenfalls als zufällig beschreiben kann, da systematisch anwendbare Handlungsalgorithmen weitestgehend fehlen. (Claus 2013, S. A 178)

Die Erarbeitung derartiger Handlungsalgorithmen und die Durchführung gesundheitsökonomischer Untersuchungen mit dem Ziel praktisch handhabbarer Ergebnisse erfordert gleichermaßen wirtschaftswissenschaftliche und medizinisch-fachliche Kompetenz. (Eberhart, Schmude, Geldner 2002, S. A 2317)

Durch die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. wurde im Jahr 2013 auf Initiative und unter Leitung des Verfassers eine Arbeitsgruppe etabliert, die sich mit der Interpretation des Begriffs "Wirtschaftlichkeitsgebot" unter den besonderen Bedingungen im Gesundheitswesen aus unterschiedlichen Perspektiven auseinandergesetzt hat.

In der vorliegenden Arbeit werden sowohl die Ergebnisse der Arbeitsgruppe als auch das Resultat einer Auseinandersetzung mit der einschlägigen Fachliteratur dargestellt. Dabei knüpft diese Arbeit an zahlreichen Stellen insbesondere an die in ihrem Umfang herausragende Dissertation von Bußmann-Weigl und seine Erörterungen zum Wirtschaftlichkeitsbegriff im SGB V und die ökonomische Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus dem Jahr 2004 an.

3. Begrenzung der Arbeit

In vielen Veröffentlichungen früherer Jahre wurde der Fokus zur Kostendämpfung auf Rationierung und Rationalisierung gerichtet. So benennt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Jahresgutachten 1996 *„Überversorgung bei Krankenhausbetten, Arzneimitteln und Medizintechnik, zu lange Verweildauern, Ineffizienz bei der Koordination der Behandlungsabläufe und beim Geräteinsatz, keine konsequente Anwendung neuer kostensparender Verfahren, überflüssige Röntgenuntersuchungen und präoperative Routinediagnostiken, Doppeluntersuchungen, nicht erklär-bare Fallkostenunterschiede in Krankenhäusern bis zu 20 Prozent bei gleicher Behandlungsmethode“* als Sparpotenziale. (Grupp 2000, S. 13)

In dieser Arbeit werden keine Modelle zur Veränderung von Strukturen und Prozessen mit der Chance niedriger Kosten entwickelt.

Wenn das Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung die Grenzen der Finanzierbarkeit erreicht hat, werden Patienten ihr individuelles Krankheitsrisiko zunehmend

selber tragen müssen, ohne dass die behandelnden Ärzte dafür verantwortlich gemacht werden können. (Broglie 2001, S. M 91)

In dieser Arbeit werden keine Szenarien betrachtet, wie mit dem Konflikt der begrenzten finanziellen Mitteln bei steigender Inanspruchnahme des Gesundheitswesens umgegangen werden kann.

Durch Kostenträger und GesundheitsökonomInnen wird auf Risiken durch eine „ökonomische Übersteuerung ärztlichen Verhaltens“ hingewiesen. Dabei wird z.B. auf die Abhängigkeit von Verweildauern von der Art der Vergütung in Form von Pflegesätzen oder Fallpauschalen hingewiesen. (Grupp 2000, S. 16)

Vergütungsintendierte Leistungsveränderungen sind nicht Gegenstand dieser Arbeit.

4. Das Wirtschaftlichkeitsgebot

4.1. Allgemeine ökonomische Grundlagen

4.1.1. Wirtschaftlichkeit

Der Begriff der ‚Wirtschaftlichkeit‘ wird als unbestimmter Rechtsbegriff in Gesundheitsökonomie, Politik und Recht unterschiedlich definiert und interpretiert. Dies betrifft sowohl das Verständnis des Begriffs zwischen als auch innerhalb der genannten Disziplinen. (Bußmann-Weigl 2004, S. 32)

Je nach fachlichem Hintergrund, politischer Prägung und strategischen Zielen steht entweder die einfache Kostendämpfung durch Rationierung oder die Effizienz und Effektivität als Ausdruck der Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen in Relation zu den resultierenden Kosten im Vordergrund der Betrachtung. Dabei erhöht sich die Variabilität der Konzepte in Abhängigkeit davon, ob das System der Krankenversicherung in seiner gesamten Komplexität oder ob die Gewährung von Leistungen im Einzelfall betrachtet wird. (Bußmann-Weigl 2004, S. 53)

Die Erarbeitung wissenschaftlich-theoretischer Konzepte zur Auflösung und Harmonisierung der zuvor beschriebenen divergierenden Positionen und zur Entwicklung eines einheitlichen Systemverständnisses ist Gegenstand der Gesundheitsökonomie, ein Fachgebiet, das sich mit der Übertragung von allgemeingültigen ökonomischen Theorien auf das

Gesundheitswesen und seine spezifischen Rahmenbedingung beschäftigt. (Bußmann-Weigl 2004, S. 61)

Zu den von anderen Segmenten der Wirtschaft abweichenden Bedingungen gehören insbesondere:

- die hierarchische Aufsplitterung des zur Verfügung stehenden gesamtgesellschaftlichen Budgets als prozentualer Anteil des Bruttoinlandsproduktes auf Kostenträger, Sektoren im Gesundheitswesen, föderale Strukturen und Leistungserbringer durch unterschiedliche Entscheidungsverantwortliche;
- die fehlende Kenntnis des Leistungsempfängers über die im Detail erbrachten Leistungen mit den resultierenden Kosten bei gleichzeitig meist fehlender Expertise, Rechnungspositionen fachlich nachvollziehen zu können;
- die Trennung der Betriebskostenfinanzierung von der Investitionsfinanzierung (im Krankenhausbereich).

Lapidar zusammengefasst: Zu lösen ist die Aufgabe, wie unter den Bedingungen einer hochregulierten, bürokratisierten Planwirtschaft marktwirtschaftliche Elemente zur Kostenreduktion einzusetzen sind, wenn von dieser Kostenreduktion gleichzeitig eher die Kostenträger und weniger die Leistungserbringer profitieren sollen.

Die Ökonomie als Wissenschaft kann Methoden zur Erfassung von Kosten und in begrenzter Form auch zur Erfassung von Nutzen zur Verfügung stellen. Eine entscheidende Schwierigkeit besteht jedoch darin, einen geeigneten Bewertungsmaßstab zu finden, mit dessen Hilfe Kosten und Nutzen als (zu) gering, angemessen oder (zu) groß aus Sicht des Individuums oder aus Sicht der Gesellschaft klassifiziert werden können. (Bußmann-Weigl 2004, S. 301)

4.1.2. Effizienz und Effektivität

Effizienz und Effektivität sind zwei wirtschaftstheoretische Schlagworte mit einem breiten Interpretationsspielraum. Je nach wissenschaftlicher oder umgangssprachlicher Verwendung und nach Fragestellung sind zahlreiche Auslegungen und somit selbst zu ein und demselben Sachverhalt unterschiedliche Ergebnisse möglich.

Das Ziel der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit besteht entweder in der Verringerung des Aufwandes oder in einer Erhöhung des Ertrages, somit in einer Steigerung der Effizienz im medizinischen Behandlungsprozess. Der Begriff des Wirtschaftlichkeitsprinzips wird dementsprechend am ehesten synonym für das Effizienzpostulat verwendet. Übertragen auf die Gesundheitsökonomie stehen der Begriff des ‚Ertrages‘ für die erreichte Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes und der Begriff des ‚Aufwandes‘ für die durch die Behandlung verursachten Kosten.

Die Feststellung einer effizienten Behandlung stößt an Grenzen, wenn als Ertrag nicht mehr die Erbringung oder Durchführung einer Leistung, sondern das Erreichen eines Behandlungsziels angenommen wird. Effektivität beschreibt den Grad, mit dem ein Behandlungsziel mit einem definierten Behandlungsplan erreicht werden kann.

Die Berücksichtigung von Effizienz und Effektivität in einer Betrachtung der Wirtschaftlichkeit verhindert, dass bei Entscheidungen über eine Leistungsbewilligung eine einseitige Betrachtung der Kosten überwiegt. Gleichzeitig ermöglicht es die gemeinsame Berücksichtigung beider Elemente in einer Betrachtung, synergistisch wirkende Abhängigkeiten durch inkrementale Kosten und inkrementalen Nutzen zu erkennen.

Im angloamerikanischen Sprachraum wird Effektivität durch die Begriffe „efficacy“ (Effektivität unter kontrollierten Studienbedingungen) und effectiveness (Effektivität unter Alltagsbedingungen) weiter ausdifferenziert. (vgl. hierzu auch den Abschnitt 2.2.4.2 Effizienz und Effektivität in: Bußmann-Weigl 2004, S. 54f.)

Die von den Kostenträgern stetig repetitiv vorgetragenen Klagen über die Kostenexplosion im Gesundheitswesen stoßen inzwischen auf deutliche Kritik seitens volkswirtschaftlicher Experten. Angesichts der nahezu konstanten Quote eines Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in Höhe von 10,2 Prozent bis 10,8 Prozent zwischen 1997 und 2006 liegt eher eine Effizienz- und Leistungsexplosion vor. (Arnade 2010, S. 2)

Unter Berücksichtigung der aktuellen Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes sind die Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt zwischen 2002 und 2007 trotz Leistungssteigerung sogar gesunken. Lediglich ab 2008 ist eine Verschiebung

zu erkennen, die im Wesentlichen Folge der zu diesem Zeitpunkt eingetretenen Weltwirtschaftskrise ist, da sich die absoluten Ausgaben selbst nicht disproportional verändert haben. (Diagramm 1)

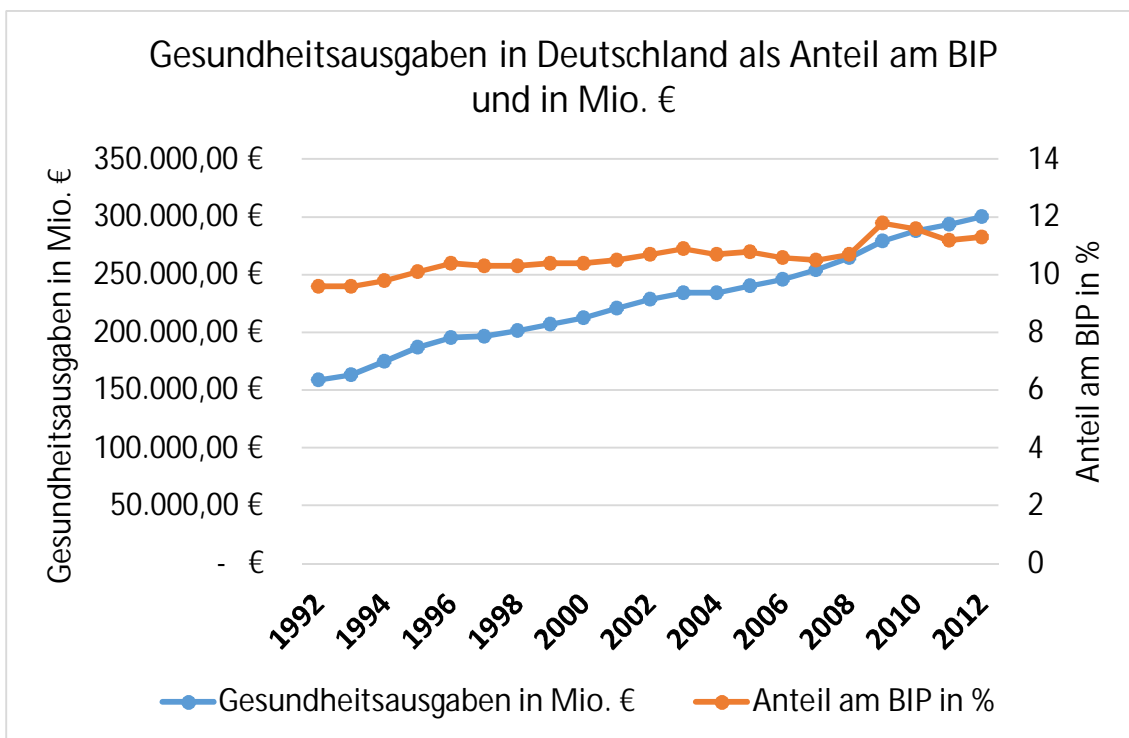


Diagramm 1: Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. € (Daten: Statistisches Bundesamt, 26.12.2014); eigene Darstellung

Eine gesundheitsökonomische Konsensus-Konferenz empfahl in den Deutschen Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation — dritte und aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens 2007 bei mittel- und langfristigen Vergleichen finanzieller Aufwendungen, eine jährliche Referenz-Diskontierungsrate von 5 Prozent anzusetzen, um die Vergleichbarkeit der Zahlungsströme zu gewährleisten. (Graf von der Schulenburg, J.-M u. a. 2007, S. 289)

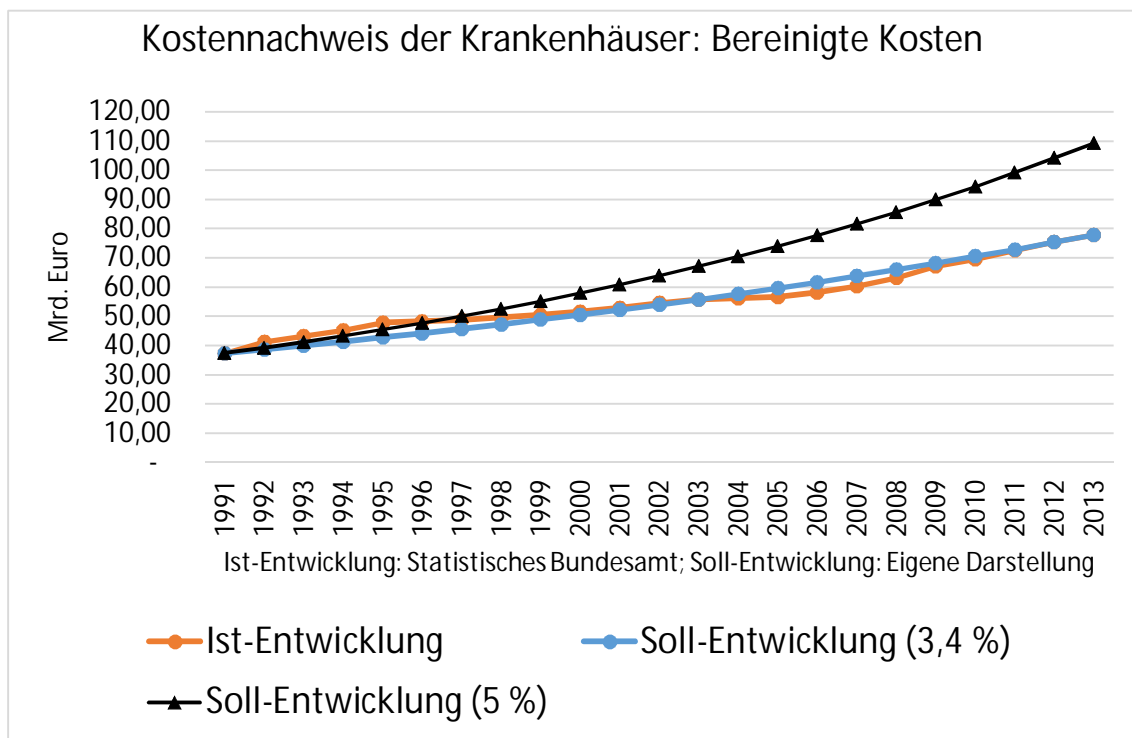


Diagramm 2: Kostennachweis der Krankenhäuser: Bereinigte Kosten. (Daten: Statistisches Bundesamt, 26.12.2014); eigene Darstellung

Betrachtet man isoliert die Entwicklung der Krankenhauskosten zwischen 1991 und 2013 sind die Kosten in diesem Zeitraum von 37,4 Mrd. € auf fast 78,0 Mrd. € gestiegen. Dies entspricht einem Diskontierungssatz von etwa 3,4 Prozent anstelle des von Graf von der Schulenburg u.a. empfohlenen Diskontierungssatz von 5 Prozent. So gesehen wären selbst Kosten von 110,0 Mrd. € nicht zu kritisieren. (Diagramm 2)

4.1.3. Minimalprinzip – Maximalprinzip

Die Steigerung von Effizienz und Effektivität als Ausdruck des Wirtschaftlichkeitsgebots ist grundsätzlich durch die Anwendung des Minimalprinzips oder des Maximalprinzips möglich.

Beide Prinzipien unterscheiden sich dadurch, dass entweder Aufwand oder Ertrag als fixierte Größe angenommen werden und der korrespondierenden nicht fixierten Größe ein Freiheitsgrad in ihrer Ausprägung zugestanden wird.

Bei Anwendung des Maximalprinzips ist der Aufwand gegeben und durch geeignete Maßnahmen soll der Ertrag maximiert werden. Im Gegensatz dazu ist bei Anwendung

des Minimalprinzips der anzustrebende Nutzen gegeben und soll mit dem geringstmöglichen Aufwand erreicht werden. (Bußmann-Weigl 2004, S. 53)

Je nach eingenommener Perspektive wird in der einschlägigen Literatur mal das Minimal- und mal das Maximalprinzip favorisiert. Berücksichtigt man zusätzlich die verschiedenen Gestaltungs- und Verteilungsebenen vom Individuum bis zum Staat, lässt sich diese „Entweder-Oder“-Betrachtung nicht aufrechterhalten, da zur Auswahl des anzuwendenden Prinzips auf jeder einzelnen Ebene feststehende Vorgaben und variable Freiheitsgrade differenziert zu berücksichtigen sind.

4.1.4. Allokationsebenen

Allokationsebenen sind die verschiedenen Ebenen in der Gesellschaft, in denen durch unterschiedliche Akteure nach unterschiedlichen Prinzipien Ressourcen verteilt (allokiert) werden.

Der iterative Prozess der Verteilung von Leistungen im Gesundheitswesen dient dabei dem Ziel, eine größtmögliche Verteilungsgerechtigkeit in der Gesellschaft zu erreichen.

Bußmann-Weigl unterscheidet dabei zwischen der Ebene der Makroallokation und der Ebene der Mikroallokation mit jeweils zwei Abstufungen, somit insgesamt 4 Ebenen. Nach dieser Einteilung wird auf der Makroallokationsebene über den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt einerseits und die Verteilung des Geldes auf die Kostenträger und die Sektoren andererseits entschieden. Auf den Ebenen der Mikroallokation werden auf der Basis von Behandlungsnotwendigkeiten, Behandlungszielen und Behandlungsmöglichkeiten entweder Leistungskataloge für Bevölkerungsgruppen nach medizinischer Indikation definiert (Gestaltungsebene) oder Leistungen im Einzelfall gewährt (Auswahlebene). (Bußmann-Weigl 2004, S. 41 u. S. 185)

In anderen Einteilungen werden drei Ebenen unterschieden:

Makroebene

Die Makroebene zielt auf die gesamtgesellschaftliche Sicht unter Einbeziehung der Wirtschaftskraft und der Legislative ab. Ausgehend von abstrakt-theoretischen Überlegungen zur Bedeutung einer „Volks Gesundheit“ und den insgesamt zur Verfügung stehenden fi-

nanziellen Mitteln (Bruttoinlandsprodukt) wird der Anteil für das Gesundheitswesen, resultierend aus Steuern und den gesetzlich vorgegebenen Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung auf politischer Bühne ausgehandelt.

Den Entscheidungen werden sowohl sinnvolle Prinzipien wie die Kopplung der Ausgaben an die Einnahmen als auch demografisch-epidemiologisch kaum nachvollziehbare Forderungen wie eine Beitragssatzstabilität, die ihrerseits restriktiv auf die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkasse wirkt, zugrunde gelegt. In der Gesamtbetrachtung resultiert eine relative Budgetierung auf Ebene des Staates (Bußmann-Weigl 2004, S. 302)

Ebenfalls der Makroebene zugeordnet ist die parlamentarische Gesetzgebung, die so die Handlungsspielräume der Mesoebene vorgibt.

Auf der Makroebene kann bei Vorgabe eines Budgets und nur vagen Vorstellung des konkret zu erreichenden Nutzens ausschließlich das Maximalprinzip zur Anwendung kommen.

Mesoebene

Als Mesoebene wird das Gesundheitssystem selbst verstanden. Im Gegensatz zu Makro- und Mikroebene zeichnet sich die Mesoebene durch eine besondere Komplexität aus.

Unter anderem enthält die Mesoebene folgende funktionale Unterebenen:

- Verteilung des Geldes aus dem Gesundheitsfond unter Berücksichtigung der Mitgliederzahlen und eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich an die Krankenkassen
- Aufteilung des Geldes auf der Landesebene auf die Sektoren (ambulante vertragsärztliche Versorgung, Rehabilitation, akutstationäre Versorgung)
- Verteilung des Geldes innerhalb der Sektoren auf Länderebene jeweils zwischen Vertragsärzten unter Einschaltung der Kassenärztlichen Vereinigung, Rehabilitationskliniken nach § 111 SGB V und Krankenhäusern nach § 108 SGB V unter Berücksichtigung erbrachter und vereinbarter Leistungen
- Verteilung des Krankenhausbudgets unter Nutzung betriebswirtschaftlicher Methoden auf Fachabteilungen bei Beachtung krankenhauplanerischer und versorgungsnotwendiger Aspekte

Dabei wird in Analogie zur Makroebene bei vereinbarten oder verhandelten Teilbudgets für die Leistungserbringer in den einzelnen Sektoren und der Unmöglichkeit, ein einheitliches Gesamtziel zu definieren, das Maximalprinzip zur Anwendung gebracht, um ein Gleichgewicht zwischen medizinischen und ökonomischen Orientierungsdaten zu erreichen. (Grupp 2000, S. 22)

Zusätzlich erfolgt in der Mesoebene durch untergesetzliche Normensetzung in Form von Richtlinien eine Rechtskonkretisierung in Bezug auf den grundsätzlichen Anspruch zur Erbringung von Leistungen und auf den sozialrechtlich begründeten Anspruch auf den Erhalt von Leistungen. Diese Ansprüche werden in den Richtlinien in genereller und abstrakter Weise und ohne unmittelbaren Bezug auf das einzelne Individuum gestaltet. (Francke, Hart 2008, S. 3)

Richtlinien entfalten ihre Wirkung als Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen, in dem Einzelleistungen unabhängig von ihrer konkreten Wirksamkeit im Einzelfall hinsichtlich ihrer grundsätzlichen medizinischen Eignung und Wirtschaftlichkeit zu beurteilen sind. (Bußmann-Weigl 2004, S. 34)

Dabei kann der Wirtschaftlichkeitsbegriff nicht im Sinne eines Vorrangverhältnisses auf die Kostenreduktion beschränkt werden. Bei der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren gemäß der Vorgaben aus § 135 Absatz 1 SGB V sind ausdrücklich der diagnostische oder therapeutische Nutzen im Vergleich zu den bereits zur Verfügung stehenden Methoden und die durch die Krankenkassen zu tragenden Lasten im Sinne einer Kosten-Nutzen-Abwägung zu berücksichtigen. (Bußmann-Weigl 2004, S. 350)

Mikroebene

Die Mikroebene beschreibt die unmittelbare Leistungsbewilligung, -gewährung und -erbringung in der Interaktion von Versicherten, Ärzten und Krankenkassen, die sogenannte Patientenversorgung.

Gerade auf dieser Ebene spitzt sich der Konflikt zwischen Behandlungserwartung seitens der Patienten und der durch Ärzte zu realisierenden schleichender Rationierung und Rationalisierung zu.

Politiker fordern die höchstmögliche Qualität und die maximale Sicherheit, Krankenkassen teilen ihren Versicherten auf Nachfrage deklaratorisch mit, dass selbstverständlich

alle medizinisch notwendigen Leistungen erbracht werden dürften, um dann die konkrete Entscheidung über die Leistung Ärzten zu überlassen, die den Versicherten erklären müssen, dass im übertragenen Sinn zum Preis eines Mittelklassewagens kein Fahrzeug aus dem Premiumsegment erworben werden kann. (vgl. auch Jachertz, Rieser 2007, S. A 22 f.)

Auf der Mikroebene schlägt das anzuwendende ökonomische Prinzip vom Maximal- zum Minimalprinzip um. In der Patientenversorgung ist das Behandlungsziel definiert und es besteht der Anspruch, dieses Ziel mit dem geringstmöglichen Mitteleinsatz zu erreichen.

Das Modell der drei Ebenen ist hilfreich, um zu verstehen, dass eine in der freien Wirtschaft übliche Methoden zur Reaktion auf begrenzte finanzielle Mittel bei steigendem Bedarf, Preisanpassungen und Mittelerhöhungen, nicht zum Handlungsspielraum der behandelnden Ärzte gehört, sondern ausschließlich den Entscheidungsträgern der Makroebene vorbehalten ist. (Strech 2014, S. 28)

Gleichzeitig lässt sich aus den unterschiedlichen Ebenen die Forderung ableiten, zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in strittigen Fällen eine Perspektive auszuwählen, die vor allem auf sozial- und somit leistungsrechtliche Aspekte fokussiert ist. Solange Versicherte ausschließlich das Erreichen des Behandlungsziels ohne Kenntnis und Berücksichtigung der immanenten Kosten mit der Erfüllung eines Leistungsanspruchs verbinden, kann als Perspektive ausschließlich die Sichtweise der Kostenträger eingenommen werden. Im Sinne einer gesellschaftlichen Verantwortung obliegt den Kostenträgern nicht nur die Aufgabe einer Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit im Behandlungsfall, sondern auch die Sicherstellung der Verteilungsgerechtigkeit für die Solidargemeinschaft. (Bußmann-Weigl 2004, S. 294)

In ähnlicher Weise wird eine gesellschaftliche Sichtweise für die Durchführung gesundheitsökonomischer Evaluationen gefordert, zumindest sollen bei begründeten Abweichung von dieser Empfehlung die Perspektiven für beide Dimensionen synchronisiert werden. (Graf von der Schulenburg, J.-M u. a. 2007, S. 286)

Kontroversen entstehen immer dann, wenn auf der Ebene der Mikroallokation ökonomische Effekte entstehen, die im Widerspruch zu historisch gewachsenen pauschalierten Prinzipien der Leistungserbringung (wie z.B. der sequentiellen Abfolge von akutstatio-

närer Behandlung und Rehabilitation oder der Verdichtung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen im Krankenhaus bei grundsätzlich ambulant erbringbaren Leistungen) stehen. Hier bedarf es der Bereitschaft der Kostenträger und der Leistungserbringer, die wirtschaftliche Erbringung der Leistung auf der Ebene der Mikroallokation zu akzeptieren und durch veränderte Verteilungsmuster auf der Mesoebene zu einem gesellschaftlichen Nutzen zu transformieren.

4.1.5. Rationierung, Priorisierung und Rationalisierung

Rationalisierung

Rationalisierung umfasst sämtliche Maßnahmen, die geeignet sind *„Patienten mit einer bestimmten Erkrankung unter geringerem diagnostischem, präventivem und therapeutischem Aufwand bei gleichbleibender oder sogar verbesserter Versorgungsqualität zu behandeln.“* (Strech 2014, S. 28)

Rationalisierung ist eine gesellschaftlich uneingeschränkte akzeptierte Form zur Steigerung der Effektivität und Effizienz der Krankenbehandlung und somit die originäre Intention des im Sozialrecht verankerten Wirtschaftlichkeitsgebots.

Rationierung

Rationierung beschreibt die unterschiedlichsten Formen der Begrenzung medizinischer Leistungsangebote.

Überlegungen zu einer gerechten, qualitätsverbessernden Rationierung durch die Vermeidung obsoleter Leistungen, Ausschluss von (ungeeigneten) Zielgruppen für die Versorgung oder Erhöhung der Anforderung an Leistungserbringer, wie von Jachertz und Rieser postuliert, beschreiben jedoch keine echte Rationierung, sondern verwenden den Begriff ungerechtfertigt synonym für die Beachtung der gestaltenden Merkmale des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V (1). (Jachertz, Rieser 2007, S. A 23)

Dies gilt gleichermaßen für ein als ‚Chosing Wisely‘ beschriebenes Verfahren, fachgebietsbezogen mindestens fünf Maßnahmen zu identifizieren, die häufig bis regelhaft erbracht werden und deren Evidenz (Anmerkung des Verfassers: gemeint ist eher die Effektivität) kritisch zu bewerten ist. (ABIM Foundation)

Echte Rationierung findet nach Umfragen unter niedergelassene Ärzten und Ärzten im Krankenhaus bereits heute statt, wenn Patienten bestimmte teure Medikamente angesichts drohender Arzneimittelregresse vorenthalten werden oder der Einsatz von besonders teuren, unzureichend vergüteten Behandlungsverfahren durch bürokratische Verfahren im Krankenhaus erschwert oder intrinsisch nicht in den Behandlungsplan aufgenommen werden. Die Bereitschaft von Ärzten, Leistung zu rationieren, hängt im Wesentlichen davon ab, wie lebensbedrohlich die Erkrankung der Patienten ist und mit welcher Evidenz Aussagen zu Nutzen und Risiken der in Frage kommenden Behandlung gemacht werden können. (Strech 2014, S. 30)

Die Notwendigkeit einer Rationierung kann Folge eines vorherigen unwirtschaftlichen Verhaltens und dem nicht zu rechtfertigenden Verbrauch der zur Verfügung stehenden Ressourcen sein. In Konsequenz einer solchen Rationierung sind gesundheitliche Schäden nicht ausgeschlossen, wenn Patienten notwendige Maßnahmen vorenthalten werden (müssen). (Strech 2014, S. 27)

Bei unumgänglicher Rationierung ist es die Aufgabe der Legislative und der Judikative, dafür Sorge zu tragen, dass die Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit nicht verletzt und Diskriminierungen jeglicher Art ausgeschlossen werden. (Jachertz, Rieser 2007, S. A 24)

Priorisierung

Während Rationierung Leistungen häufig mit dem Instrument einer Budgetierung begrenzt, erfordert Priorisierung einen gedanklichen Prozess zur Erstellung einer Rangfolge, welche Erkrankung bzw. welche Patientengruppen vorrangig zu versorgen sind und was verzichtbar scheint. (Strech 2014, S. 28)

Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer hat bereits im Jahr 2000 eine Debatte zu den Rahmenbedingungen und Voraussetzungen einer Priorisierung durch ihr „Acht-Schritte“-Thesenpapier angestoßen.

„Acht Schritte einer Priorisierungsdiskussion innerhalb eines begrenzten Versorgungsbereichs

1. Klärung der zugrunde gelegten ethischen, rechtlichen und politischen Prinzipien
2. Feststellung der Aufgaben und Ziele des Versorgungsbereichs

3. *Darstellung und Bewertung der aktuellen Versorgungssituation und ihrer impliziten/expliciten Prioritäten*
4. *Qualitative und quantitative Merkmale der Krankheitslast (Schweregrad, Prognose, Dringlichkeit)*
5. *Zweckmäßigkeit der auf sie bezogenen Interventionen (Evidenzgrade?)*
6. *Alternativen, Risiken und unerwünschte Wirkungen*
7. *Direkte und indirekte Kosten, Effizienz*
8. *Interessen, Erwartungen und Präferenzen aller (potenziell) Beteiligten“*

(Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2000, S. A 1022)

4.2. Regelungen zur Ausgestaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes im Sozialgesetzbuch V

4.2.1. Allgemeine Forderungen

Die Forderung zur Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots durchzieht das Sozialgesetzbuch V wie ein roter Faden.

Bereits in § 2 wird Krankenkassen, Leistungserbringern und Versicherten auferlegt, darauf zu achten, dass nur wirksame und wirtschaftlich erbrachte Leistungen in Anspruch genommen werden. (Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 2)

Der § 12 enthält im Absatz 1 die abstrakten Grundregeln zur Ausgestaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Demzufolge müssen Leistungen *„ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“* und sie dürfen *„das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“*. *„Nicht notwendige oder unwirtschaftliche“* Leistungen dürfen durch Versicherte nicht beansprucht, durch Krankenkassen nicht bewilligt und durch Leistungserbringer nicht erbracht werden. Im Absatz 2 wird die Leistungspflicht der Krankenkassen auf einen Festbetrag begrenzt, sofern dieser für die Leistung vereinbart oder festgelegt ist. Die besondere Bedeutung, die der Krankenkasse bei der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zuerkannt wird, verdeutlicht der Absatz 3 mit den darin aufgeführten Regelungen zu Regressansprüchen gegenüber deren Vorständen bei zu Unrecht erbrachten Leistungen.

Im § 63 wird den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, zur Wahrnehmung „*ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben*“ mit den Leistungserbringern zu vereinbaren. (Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 63)

4.2.2. Institutionen

Die Aufgabe, die im SGB V aufgelisteten Leistungsarten in Leistungskatalogen zu konkretisieren, überträgt das Sozialrecht Institutionen, die pluralistisch und paritätisch durch die Selbstverwaltungen der Krankenkassen und der Leistungserbringer zu besetzen sind. (Niebuhr u. a. 2003, S. 6)

Die wichtigste Institution ist der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V, dessen Aufgabe es unter anderem ist, in einer Verfahrensordnung die methodischen Anforderungen an die wissenschaftliche und sektorenübergreifende Nutzenbewertung einschließlich der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von (medizinischen) Maßnahmen zu beschreiben.

Unter Anwendung dieser Verfahrensordnung und mit Einbeziehung von unabhängigen Sachverständigen sind entsprechend § 92 SGB V Richtlinien in Bezug auf einzelne Untersuchungs- und Behandlungsverfahren und die Verordnungsfähigkeit von Medikamenten zu erstellen.

Bei der Beurteilung von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren sollen nicht nur neue sondern auch bestehende Leistungen hinsichtlich ihres diagnostischen und therapeutischen Nutzen, sowie der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im Grundsatz und im Vergleich zu den bereits etablierten anderen Verfahren unter Beachtung wissenschaftlicher Evidenz begutachtet werden. (Niebuhr u. a. 2003, S. 7)

Ein Ausschuss Krankenhaus, der sich paritätisch aus je neun Vertretern der Kostenträger und der Leistungserbringer sowie aus zwei unparteiischen Mitgliedern und dem Vorsitzenden zusammensetzt, wurde mit der Gesundheitsreform 2000 geschaffen. Der Ausschuss Krankenhaus ist gemäß § 137c SGB V beauftragt, „*Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Kran-*

kenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin [zu untersuchen], ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind.“ (Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 137c SGB V)

Aus der Sicht des praktischen Medizincontrollings bleibt dabei die Frage unberührt, wie festzustellen ist, ob für die Durchführung der Untersuchungs- und Behandlungsverfahren eine stationäre Behandlung erforderlich ist und wie die Wirtschaftlichkeit der stationären Behandlung im Vergleich zu alternativen Formen der Leistungserbringung zu bewerten ist.

Im §1 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschuss wird das Ziel beschrieben, unter Berücksichtigung des anerkannten Standes medizinischen Wissens, soziobiologischer Aspekte sowie der Interessen der Betroffenen rechtssichere und transparente Entscheidungen zur (grundsätzlichen) Leistungsgewährung zu treffen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 SGB V zu beachten. (Gemeinsamer Bundesausschuss zuletzt geändert am 19. Juni 2014, S. Kapitel 1 § 1)

Die auf der Basis des gesetzlichen Auftrags und unter Einhaltung der Verfahrensordnung erstellten Richtlinien werden in der Sozialrechtsprechung normativ über Rahmenempfehlungen zur medizinischen Versorgung eingeordnet. (EB 2006, S. A 3368)

In der gesundheitsökonomischen Literatur bleiben die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschuss nicht unkritisiert, da in den meisten Bewertungsverfahren lediglich auf den medizinischen Nutzen fokussiert wird, ohne die Möglichkeit von Kostenreduktionen einerseits oder die Relation einer deutlichen Kostensteigerung im Vergleich zu einer moderaten Nutzensteigerung in die Betrachtung aufzunehmen. (Niebuhr u. a. 2003, S. 15)

Zur Sicherstellung einer ausreichenden Expertise bei der Beurteilung des aktuellen Standes von Diagnostik und Therapie bedient sich der Gemeinsame Bundesausschuss des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Im Detail sind die unterschiedlichen Aufgaben im § 139a Absatz 3 SGB V beschrieben:

1. *„Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,*
2. *Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten,*
3. *Bewertungen evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten,*
4. *Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,*
5. *Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln,*
6. *Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung.“*

(Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 139a)

4.2.3. Arzneimittel

Methodisch (scheinbar) einfach sind Festlegungen zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln. Diesbezügliche Bestimmungen folgen regelhaft einigen wenigen, gesetzlich vorgeschriebenen Algorithmen bezüglich Kosten, Menge und Zweck:

1. Zusammenfassung von Arzneimitteln zu Wirkstoffgruppen und Festsetzung von Festbeträgen mit dem Ziel einer im Allgemeinen ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung der Versicherten (§ 35 SGB V)
2. Begrenzung der Ausgabenvolumina für Arzneimittel bei vertragsärztlicher Verordnung durch eine zweiseitige Vereinbarung zwischen den Landesverbänden der Kostenträger und der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 84 SGB V)
3. Entwicklung von Vorgaben zu therapiegerechten und wirtschaftlichen Packungsgrößen für Arzneimittel (§ 31 SGB V)

4. Gesetzliche Einforderung von Rabatten durch die Kostenträger von den Apotheken (§ 130 SGB V)
5. Gesetzliche Einforderung von Rabatten durch die Kostenträger von der pharmazeutischen Industrie (§ 130a SGB V)
6. Abschluss von Rahmenverträgen mit pharmazeutischen Unternehmen zur Arzneimittelversorgung insbesondere auch zur Erleichterung der Überwachung und Auswertung von Preis-, Verwaltungs- und Verbrauchsdaten (§131 SGB V)
7. Bewertung der grundsätzlichen Eignung eines Arzneimittels für die Behandlung einer Erkrankung (Arzneimittelzulassungsverfahren)
8. Bewertung des zusätzlichen Nutzens eines Arzneimittels zur Behandlung einer Erkrankung im Vergleich zu einer Standardtherapie bei Berücksichtigung der zusätzlichen Kosten (§ 35b SGB V)
9. Ausschluss der Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln, deren Wirtschaftlichkeit nicht belegt ist. (§ 34 SGB V)
10. Vorgaben für die sektorenübergreifende Vereinheitlichung der Therapie- und Verordnungsstandards (§ 115c SGB V)

In der Praxis besteht das Problem darin, den Begriff des Zusatznutzens mit Blick auf Individuen und Populationen aus medizinisch-fachlicher, aus sozialrechtlicher, aus gesundheitsökonomischer und aus gesellschaftlicher (im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Konsenses) Sicht auszugestalten. Gerade bei der Einführung neuer Substanzen führt das Fehlen belastbaren Wissens und der durch Hoffnung von Patienten und Behandlern verursachten kognitiven Verzerrung beim Erkennen der tatsächlichen Effekte zu Konflikten (Francke, Hart 2008, S. 14)

Als Vorwegnahme zu nachfolgenden Ausführungen sei an dieser Stelle bereits darauf hingewiesen, dass im § 115c Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung eine vergleichende Betrachtung von Arzneimittelkosten einerseits und Kosten durch die Verweildauer im Krankenhaus andererseits gefordert wird: „... *soll das Krankenhaus bei der Entlassung Arzneimittel anwenden, die auch bei Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind, soweit dies ohne eine Beeinträchtigung der Behandlung im Einzelfall oder ohne eine Verlängerung der Verweildauer möglich ist.*“ (Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 115c)

4.2.4. Vertragsarztrecht

In der vertragsärztlichen Versorgung wird versucht, die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes durch die Ausgestaltung eines Leistungskataloges, durch Budgetierung auf Ebene des Landes und der Vertragsarztpraxis und durch intensive Kontrollen und Überwachung der Leistungserbringung sicherzustellen.

Der Leistungskatalog findet seinen Niederschlag im sogenannten ‚Einheitlichen Bewertungsmaßstab‘ (EBM), in dem die abrechnungsfähigen Leistungen aufgelistet sind. Dabei wird jeder Leistung entweder ein monetäres Entgelt oder eine relative Punktzahl zugeordnet. Punktzahlen bilden den durchschnittlich erforderlichen vertragsärztlichen Zeitaufwand für die beschriebene Leistung ab. Durch die Multiplikation der Summe der Punktzahlen mit einem auf Landesebene zu vereinbarenden Punktwert wird die Vergütung des Vertragsarztes ermittelt.

In Zusammenarbeit von Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung soll die wirtschaftliche Erbringung von Leistungen der Vertragsärzte überwacht werden.

Dabei sind vier Aspekte explizit benannt: die korrekte Indikationsstellung, die Auswahl zweckmäßiger diagnostischer und therapeutischer Verfahren, die fachgerechte Erbringung der Leistung und die Angemessenheit der verursachten Kosten. (Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 106)

4.2.5. Methodenbewertung

Die Anwendung von (neuen) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist im vertragsärztlichen Sektor an verschiedene Voraussetzungen gebunden. Zu diesen Voraussetzungen gehören insbesondere die Abgabe einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit des Verfahrens und der Nachweis der erforderlichen Qualifikation, der apparativen Ausstattung der Vertragsarztpraxis und der qualitätsgesicherten Durchführung der Behandlung. (Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 135)

Diese auch als Erlaubnisvorbehalt bezeichneten Regelungen stehen dem Verbotsvorbehalt im Rahmen der Krankenhausbehandlung entgegen. Diesem zufolge kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Behandlung im Krankenhaus untersagen, wenn der Nutzen nicht hinreichend belegt ist, sie nicht das Potenzial einer Behandlungsalternative bietet oder unter Umständen sogar schädlich ist. (Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 137c)

Somit erscheint es grundsätzlich möglich, dass Leistungen, deren Abrechnung im ambulanten Sektor unzulässig ist, im stationären Sektor dennoch erbracht werden können. Als Paradebeispiel hierfür hat Niebuhr die Positronen-Emissions-Tomografie (PET) angeführt (Niebuhr u. a. 2003, S. 11 u. S. 30)

Die Inkonsistenz der Methodenbewertung und –zulassung erschwert die Realisierung einer sektorübergreifenden Versorgung und erhöht gleichzeitig den Druck auf die Vergütung der betroffenen Verfahren im ambulanten Sektor. (Niebuhr u. a. 2003, S. 32)

Für das Bewertungsverfahren sollen insbesondere auch Unterlagen zur medizinischen Relevanz, zum Spontanverlauf von Erkrankungen und zu den diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Alternativen einbezogen werden. (Francke, Hart 2008, S. 21)

In der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben laut §§ 135 und 137c durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wird in der Literatur insbesondere kritisiert, dass bei einem fehlenden Zusatznutzen neue Verfahren trotz der Möglichkeit einer Ausgabensenkung von der Finanzierung ausgeschlossen werden (können). Ein weiterer Kritikpunkt besteht darin, dass bisher fast ausschließlich neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren bewertet und tradierte Behandlungsmethoden trotz des unmissverständlichen gesetzlichen Auftrages, diese ebenfalls zu bewerten, nicht berücksichtigt wurden. (Niebuhr u. a. 2003, S. 4 u. S. 32)

4.2.6. Krankenhausbehandlung

Krankenhausbehandlungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen durch anerkannte Hochschulkliniken, durch Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan aufgenommen wurden und durch Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V erbracht werden. (Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 108)

Beim Abschluss von Versorgungsverträgen sollen die Krankenkassenverbände neben der Bedarfsnotwendigkeit auch die Wirtschaftlichkeit berücksichtigen. (Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 109)

Eine Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V setzt entweder eine vertragsärztliche Einweisung voraus oder ist zulässig, wenn die Schwere der Erkrankung unmittelbar die besonderen Mittel eines Krankenhauses erfordert. Durch den einweisenden Arzt ist vor der Verordnung einer Krankenhausbehandlung zu prüfen, ob eine Weiterversorgung durch andere Vertragsärzte, eine Notfallpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung, ermächtigte Krankenhausärzte oder im Rahmen einer ambulanten Operation beziehungsweise eines stationärsersetzenden Eingriffs nach § 115b SGB V möglich ist. (Krankenhausbehandlungs-Richtlinie § 4)

Im Sinne eines Vieraugen-Prinzips hat der behandelnde Krankenhausarzt vor der stationären Aufnahme ergänzend zu prüfen, ob das Behandlungsziel nicht auch durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege zu erreichen ist.

Diese Richtlinie ist in sich widersprüchlich. So ist es nur schwer vorstellbar, dass ein Arzt im Krankenhaus unter Anwendung des kollegialen Vertrauensgrundsatzes die Annahme vertreten kann und wird, dass die Behandlung auch ambulant durch Vertragsärzte erbringbar ist, wenn ein Vertragsarzt selbst nach reiflicher Überlegung zu der Entscheidung gelangt ist, dass ambulante Möglichkeiten und Ressourcen nicht mehr für die Behandlung des Erkrankten ausreichend sind. Ein logischer Bruch besteht auch in der Forderung, die Möglichkeit nachstationärer Behandlung in Erwägung zu ziehen, wenn zuvor keine stationäre Behandlung stattgefunden hat.

Die Krankenhausbehandlung selbst umfasst folgende Leistungen:

- ärztliche Behandlung,
- Krankenpflege,
- Versorgung mit Arzneimitteln,
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Unterkunft

- Verpflegung
- Frührehabilitation
- Entlassmanagement

(Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 39)

Gesetzliche Regeln zur Prüfung der wirtschaftlichen Erbringung von Leistungen durch Krankenhäusern zielen einerseits auf betriebswirtschaftliche Bewertungen des Unternehmens Krankenhaus und andererseits auf die wirtschaftliche Erbringung der Leistungen im Einzelfall ab.

In einer betriebswirtschaftlich ausgerichteten Prüfung, die durch einen einvernehmlich durch die Kostenträger und den Krankenhausbetreiber bestellten Prüfer erfolgt, sollen die Wirtschaftlichkeit, die Leistungsfähigkeit und die Qualität untersucht werden. Die Mitarbeiter der Krankenhäuser sind zu einer umfassenden Kooperation im Sinne einer Bereitstellung der erforderlichen Unterlagen und des Erteilens von Auskünften verpflichtet. Das Prüfungsergebnis ist in den nachfolgenden Pflegesatzvereinbarungen zu berücksichtigen. (Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 113)

Eine so komplex ausgerichtete Prüfung, die gleichermaßen branchenspezifisch betriebswirtschaftliche und medizinische Kenntnisse und Erfahrungen erfordert, stößt in praxi regelmäßig an Grenzen der fachlichen Kompetenz der Prüfer.

Weitere gesetzliche Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit sind auf die intersektorale Kooperation unter besonderer Berücksichtigung der vor- und nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V ausgerichtet. In dreiseitigen Verträgen sollen Krankenkassenverbände, die Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhausträger Vereinbarungen zur Zusammenarbeit wie beispielsweise zur gegenseitigen Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen und Befunden oder zur Organisation des Notdienstes abschließen. Außergewöhnlich im Vergleich zu allen anderen Regelungen des SGB V mit Bezug auf Wirtschaftlichkeit ist der Verweis auf die Notwendigkeit, in den Verträgen den Missbrauch von vor- und nachstationärer Behandlung zu verhindern, wobei das vom Gesetzgeber befürchtete Missbrauchspotential nicht beschrieben oder begründet wird. (Bundestag mit

Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 115)

Krankenkassen sollen die Wirtschaftlichkeit und die Qualität prüfen, wenn Leistungen aus dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe nach §115b SGB V erbracht werden, wobei der Gesetzgeber offen lässt, nach welchen Bewertungsmaßstäben die Prüfung erfolgen soll. (Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 115b)

Die Prüfung der wirtschaftlichen Behandlung im Einzelfall erfolgt nach den Maßgaben des § 275 SGB V, der im Zusammenspiel mit § 17c Absatz1 KHG seine Wirkung entfaltet.

Krankenkassen sind gleichermaßen berechtigt und verpflichtet, die Voraussetzungen, Art und Umfang von Leistung sowie bei Auffälligkeiten die Korrektheit der Abrechnung zu prüfen. Dazu wird seitens der Kostenträger der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen oder ein anderer geeigneter Gutachterdienst hinzugezogen. (Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 275)

Auffälligkeiten sind immer dann anzunehmen:

- wenn Patienten stationär behandelt, die nicht der Krankenhausaufnahme bedürfen,
- wenn Patienten bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Behandlung bedürfen,
- wenn sich aus der den Rechnungsbetrag beeinflussenden Kodierung von Diagnosen und Prozeduren Verdachtsmomente für eine fehlerhafte Abrechnung ergeben.

(Bundesministerium für Gesundheit 1972, S. 13)

Francke und Hart kritisieren zu Unrecht, dass die Verordnung von Arzneimitteln im Krankenhaus nicht den „*versorgungsrechtlichen Entscheidungen über den medizinischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder Wirtschaftlichkeit*“ unterliegen würden. (Francke, Hart 2008, S. 3) Die Arzneimittelverordnung im Krankenhaus unterliegt neben den internen medizinischen und ökonomischen Vorgaben zum wirtschaftlichen Einsatz

spätestens dann einer Kontrolle durch Kostenträger und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, wenn das Medikament als Zusatzentgelt oder als Neues Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (NUB) vergütet wird.

Gründe für eine stationäre Behandlung bestehen unstrittig immer dann, wenn wegen der Schwere einer Erkrankung oder einer ausgeprägten Komorbidität die besonderen Mittel eines Krankenhauses wie der jederzeit verfügbare ärztliche Dienst, die spezialisierte Pflege oder spezielle Medizingeräte erforderlich sind. Darüber hinaus haben sich die Partner der Selbstverwaltung in der Präambel zu den G-AEP-Kriterien (German Appropriateness evaluation protocol) geeint, dass eine stationäre Behandlung auch dann erforderlich sein kann, wenn *„durch eine Verdichtung diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen ein deutlicher Zusatznutzen durch die stationäre Behandlung“* zu erwarten ist bzw. dokumentiert wird. (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin, GKV-Spitzenverband, Berlin 2006, S. 1)

In Ablehnung der weit verbreiteten Auffassung der Kostenträger, dass die Begriffe ‚wirtschaftlich‘ und ‚preiswert‘ synonym zu betrachten sind, hat das Bundessozialgericht im Jahr 2013 geurteilt, dass ein Krankenhaus nicht gegen eigene Interessen Vorgaben zu Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten aufstellen muss, die über die gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben hinausgehen. Insbesondere ist ein Krankenhaus nicht verpflichtet, die für die Krankenkasse finanziell günstigste Form der Abrechnung zu wählen. (Bundessozialgericht 28.11.2013, Rn. 21)

4.2.7. Prüfverfahrenvereinbarung

In der Fassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 21.07.2014 wurde der § 17c neu formuliert. Die Partner der Selbstverwaltung wurden im Absatz 2 aufgefordert, das Verfahren einer Leistungsprüfung nach § 275 SGB V detailliert zu regeln.

In der resultierenden Prüfverfahrenvereinbarung wird konsequent in Bezug auf die Verankerung des Wirtschaftlichkeitsgebotes im SGB V, aber abweichend vom Wortlaut des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Prüfung der Wirtschaftlichkeit in mehreren Paragraphen als Inhalt und Bewertungsmaßstab einer Prüfung deklariert.

„§ 3 Zahlungsbegründende Unterlagen

Die Krankenkasse hat die von dem Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten in Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und Korrektheit deren Abrechnung näher zu prüfen.“ (GKV-Spitzenverband, Berlin, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin 2014, § 3)

„§ 4 Einleitung des Prüfverfahrens

Erkennt die Krankenkasse bei der Prüfung nach § 3 Auffälligkeiten, die es erforderlich machen, eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit deren Abrechnung nach § 275 Absatz 1c SGB V einzuleiten, ...“ (GKV-Spitzenverband, Berlin, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin 2014, § 4)

„§ 8 Entscheidung der Krankenkasse nach MDK-Gutachten

Die Krankenkasse hat dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitzuteilen. Wenn die Leistung nicht in vollem Umfange wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, sind die wesentlichen Gründe darzulegen.“ (GKV-Spitzenverband, Berlin, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin 2014, § 8)

Sowohl in der Prüfverfahrensvereinbarung selbst als auch in den Kommentierungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen fehlen Erläuterungen, wie die Wirtschaftlichkeit einer Krankenhausbehandlung im Einzelfall zu prüfen und zu bewerten ist.

4.3. Medizinisch-fachliche Grundlagen

4.3.1. Gesundheit und Krankheit

Im Kontext des Sozialrechts wird ‚Krankheit‘ als ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand definiert, der eine Heilbehandlung bedingt und/oder eine Arbeitsunfähigkeit verursacht. Aus der Regelwidrigkeit resultiert unter der Voraussetzung der Behandlungsfähigkeit die Behandlungsbedürftigkeit. (Bußmann-Weigl 2004, S. 136 u. S. 284)

Die Begriffe Gesundheit und Krankheit sind trotz ihrer normierenden Wirkung zur Berechtigung der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems durch den Gesetzgeber nicht im Sinne einer Legaldefinition ausgestaltet. Der Versuch von Sozialgerichten, Krankheit als eine ‚Regelwidrigkeit‘ im Sinne einer Abweichung von ‚Normen‘ und dem ‚Normalen‘ zu verstehen, wird aus fachlicher Sicht als ungeeignet gesehen, Leistungsentscheidungen unstrittig zu begründen. (Mazouz, Werner, Wiesing 2004)

Veranschaulichen lässt sich dieses Problem am Beispiel des (arteriellen) Blutdrucks. Der Blutdruck selbst ist die Bezeichnung von Messgrößen, die durch die Faktoren Blutvolumen, Gefäßvolumen, Herzzeitvolumen und Gefäßwiderstand moduliert werden. Die gemessene Höhe ist abhängig von Messort und Messzeitpunkt. Gebräuchlich sind die Messung am Oberarm in liegender Position und die Erfassung des systolischen Wertes, des diastolischen Wertes und des arteriellen Mitteldrucks als mathematische Funktion. Durch physiologische und pathophysiologische Veränderungen im Verlauf eines Lebens verändern sich die Durchschnittswerte, die für eine Alterskohorte repräsentativ ist. Die Veränderungen vollziehen sich dabei auf einem Kontinuum.

Während ein zu niedriger Blutdruck noch relativ konkret an den Folgewirkungen (Ausfall lebenswichtiger Organe und Körperfunktionen) identifiziert werden kann, fehlen vergleichbare Definitionen für den erhöhten Blutdruck (Hypertonus). Zwar weiß man aus größeren statistischen Analysen heraus, dass systolische Blutdruckwerte über 140 mm Hg bzw. 100 mm Hg arterieller Mitteldruck statistisch gesehen mit einer erhöhten Quote von Herzinfarkten, Schlaganfällen und Niereninsuffizienzen einhergehen. Im Einzelfall ist es aber nahezu unmöglich, zu entscheiden, ob ein Blutdruckwert von 145 mm Hg bereits krankhaft ist oder das Resultat einer physiologischen Kompensation bei einer körperlichen Belastung oder eines anderen krankhaften Zustandes darstellt. Die Norm ist somit lediglich der Konsens der Fachwelt unter Beachtung statistisch erhobener Risiken.

Mazouz et al. verweisen deshalb auf das biostatistische Modell von Christopher Boorse, der Gesundheit als das normale Funktionieren eines Organismus in Bezug auf eine Referenzklasse und Krankheit als Funktionsstörung in Bezug auf die Organismusziele ‚Individuelles Überleben‘ und ‚Reproduktion‘ ansieht. Somit wird in diesem Modell nicht jede Abweichung eines Messwertes von einem Referenzwert als Krankheit interpretiert. Eine Krankheit liegt nur dann vor, wenn eine Organfunktion unter das Niveau sinkt, das für die Organismusziele limitierend ist. (Mazouz, Werner, Wiesing 2004, S. 146)

Das Modell von Christopher Boorse überzeugt bei der Betrachtung einzelner Organismen. Überträgt man es auf die Gesellschaft als Ganzes, gerät man bei begrenzten Ressourcen in Konflikt zu den Zielen und Ansprüchen des Individuums. Ressourcen wären dann prioritär für die Individuen einzusetzen, die durch ihre Arbeitsleistung und durch ihre Reproduktionsfähigkeit aus prospektiver Sicht für die Funktion und den Erhalt der Gesellschaft von besonderer Bedeutung sind. Die Annahme dieses Modells wäre die Rechtfertigung einer Begrenzung der Ausgaben im Gesundheitswesen durch Rationierung und Priorisierung und ist mit den gegenwärtigen Rechtsauffassungen im Grundgesetz unvereinbar.

Die zuvor genannten Autoren beschreiben verschiedenen Möglichkeiten zum Umgang mit diesem Konflikt:

1. Definition eines ausreichend trennscharfen Krankheitsbegriffes unabhängig von den erforderlichen Ressourcen
2. Zulassen eines pluralistischen Aushandelns des Krankheitsbegriffes in Abhängigkeit von den objektiv gesellschaftlich zur Verfügung stehenden Ressourcen oder den ebenfalls durch Aushandeln festgesetzten Budgets
3. Entkopplung der Begriffe Krankheit und Leistung durch Definition eines Leistungskatalogs in Verbindung mit den Kriterien, die die Inanspruchnahme der Leistung begründen.

(Mazouz, Werner, Wiesing 2004, S. 149)

Jankowski und Zimmermann differenzieren zwischen dem Begriff der Krankheit als pathophysiologisches Phänomen und dem Begriff der zu versichernden gesundheitlichen Risiken. Demzufolge sollen alle die Leistungen Gegenstand des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung sein, bei denen das Erfordernis oder der Zeitpunkt der Inanspruchnahme ungewiss ist und bei denen die Inanspruchnahme das Individuum in die Insolvenz bzw. die Sozialhilfeabhängigkeit führen kann. (Jankowski, Zimmermann 2004, S. 5)

4.3.2. Notwendigkeit

Der Begriff der ‚Notwendigkeit‘ wird im allgemeinen Sprachgebrauch, sozialrechtlich, medizinisch und gesundheitsökonomisch unterschiedlich interpretiert.

Im allgemeinen Sprachgebrauch, reduziert auf den ursprünglichen Sinn des Wortes ist eine Behandlung dann ‚notwendig‘, wenn es gilt, eine Not(-situation) abzuwenden. Dabei sind die individuelle Wertung und das gesellschaftliche Verständnis von ‚Not‘ im Sinne von Krankheit und Behinderung nicht immer übereinstimmend, denn alle diese Begriffe sind in ihrem Schweregrad und ihrer Wichtung skalierbare Begriffe.

Relativ unstrittig ist, dass eine Notsituation angesichts einer akuten Lebensgefahr besteht. Sozialrechtlich wird der Begriff der Not jedoch deutlich weiter gefasst. (Hege 2001, S. A 234)

Im Sozialrecht ist der Begriff der ‚Notwendigkeit‘ nur vage umschrieben, da zu dessen Erläuterung Begriffe verwendet werden, die für sich genommen erneut unbestimmte Rechtsbegriffe sind. Gemäß § 27 SGB V ist eine Behandlung notwendig, wenn:

- Krankheiten erkannt,
- Krankheiten geheilt,
- Verschlimmerungen verhütet und
- Krankheitsbeschwerden gelindert

werden sollen. (Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, S. 26)

In der medizinischen Betrachtungsweise ist vorrangig zu klären, ob sich aus dem Vorhandensein von subjektiv erlebten oder durch Befunde objektivierbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen ableiten lässt, dass eine medizinische Behandlung erforderlich ist. Um dies zu bewerten, bedarf es der Kenntnis der Relevanz der medizinischen Problematik, des Spontanverlaufs und der Behandlungsalternativen einschließlich der Auswirkungen einer Nichtbehandlung. (Bußmann-Weigl 2004, S. 337)

Gesundheitsökonomisch gewinnt der Begriff des ‚Notwendigen‘ in der Wortgruppe ‚Maß des Notwendigen‘ zusätzlich die Bedeutung der Begrenzung der Leistungsgewährung. (Bußmann-Weigl 2004, S. 267)

Eine weitere begrenzende Funktion hat der Begriff der Notwendigkeit bei der Auswahl und Abgrenzung der leistungserbringenden Versorgungssektoren (ambulant versus stationär) und der in diesen Sektoren möglichen Abstufungen (vorstationär, teilstationär, vollstationär). (Bußmann-Weigl 2004, S. 279)

Bei einer Begrenzung der Leistungen auf das Maß des Notwendigen besteht beispielsweise in der zahnärztlichen Versorgung für die Versicherten die Möglichkeit, eine „*darüber hinausgehende Versorgung*“ zu wählen, wenn die Mehrkosten als Eigenanteil getragen werden. Durch diese duale Finanzierung kann die Diskrepanz zwischen Leistungswunsch und begrenztem Leistungsanspruch beseitigt werden. (Bußmann-Weigl 2004, S. 209)

4.3.3. Zweckmäßigkeit

Der Zweck ist ein Synonym für das Behandlungsziel bei einer definierten Behandlungsnotwendigkeit.

Voraussetzung für die Feststellung der ‚Zweckmäßigkeit‘ einer Leistung ist die indikationsgerechte Auswahl des Untersuchungs- und Behandlungsverfahrens. Dies bedeutet, dass die Wirksamkeit des Verfahrens zur Erreichung eines Behandlungsziels entsprechend des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse wissenschaftlich belegt ist. (Bußmann-Weigl 2004, S. 236)

Die generelle Wirksamkeit lässt sich aus dem Wirkmechanismus und dem evidenzbasierten Nachweis der Wahrscheinlichkeit des Nutzens bei der indikationsspezifischen Anwendung eines Verfahrens ableiten. Im Gegensatz dazu ist die Wirksamkeit im individuellen Einzelfall nicht sicher vorhersehbar. Bei der Einbeziehung eines Verfahrens in einen Behandlungsplan erfolgt die gedankliche Vorwegnahme des angestrebten Heilungserfolgs, ohne die Wirksamkeit angesichts der multifaktoriellen Beeinflussbarkeit von Krankheitsverläufen garantieren zu können. (Bußmann-Weigl 2004, S. 106)

Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer postulierte im Jahr 2000, dass zweckmäßige Leistungen per definitionem Alternativen haben sollten und dass ‚Zweckmäßigkeit‘ in Abhängigkeit von Therapiezielen und den zu erwartenden therapeutischen Effekten eine erhebliche Variationsbreite aufweisen kann. (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2000, S. A 1019)

4.3.4. Begrenzungen

Auf den Allokationsebenen der Makro- und der Mesoebene erfolgt die Begrenzung durch die Vereinbarung von Budgets und der Erstellung von Leistungskatalogen.

Auf der Mikroebene dürfen Leistungen bei Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V nur innerhalb eines Leistungskorridors gewährt und erbracht werden.

Die untere Begrenzung des Korridors wird durch den Begriff der ‚ausreichenden‘ Leistung verkörpert. Eine Leistung gilt dann als ausreichend, wenn die Quantität und die Qualität der zum Einsatz kommenden Verfahren geeignet sind, das Behandlungsziel durch einen Mindestumfang der betrachteten Leistung in Bezug zum festgesetzten Behandlungsziel zu erreichen. (Bußmann-Weigl 2004, S. 211)

Diese Betrachtung ist für die Durchführung von Operationen oder die Dosierung von Medikamenten bei akuten Erkrankungen plausibel. Bei der Behandlung von chronischen seelischen oder somatoformen Gesundheitsstörungen mit Heilmitteln oder ärztlichen bzw. psychologischen/psychotherapeutischen Gesprächen fehlt häufig die Evidenz, wieviel Therapie zur Erreichung des Behandlungsziels tatsächlich erforderlich und ob ggf. ein Therapieversagen auf eine nicht ausreichende Dosis der Therapieeinheiten zurückzuführen ist.

Die obere Begrenzung wird durch den Terminus ‚Maß des Notwendigen‘ definiert. Die Gewährung und Inanspruchnahme einer Leistung ist somit spätestens dann zu beenden, wenn das Behandlungsziel erreicht wurde.

Beide Grenzen bedürfen einer prognostischen Betrachtung, in der die generelle Wirksamkeit und die individuelle Behandlungsfähigkeit gleichermaßen berücksichtigt werden. (Bußmann-Weigl 2004, S. 213)

Immer dann, wenn die Dosis das kostentreibende quantitative Element, ist formal die Angemessenheit der Kosten entsprechend des § 106 SGB V zu berücksichtigen, ohne dass es verbindliche Richt- oder Bezugsgrößen gibt, wie die Angemessenheit der Kosten festgestellt werden kann. (Bußmann-Weigl 2004, S. 243)

Diese differenzierende Bewertung von Grenzen der Leistungserbringung widerspricht häufig dem ethischen Selbstverständnis des ärztlichen Berufsstandes. Im Falle einer ‚Notwendigkeit‘ ist davon auszugehen, dass immer auch das ‚Ausreichende‘ geleistet wird. (Jankowski, Zimmermann, S. 6)

Schwieriger bis unmöglich ist demgegenüber die Beschränkung auf das ‚Maß des Notwendigen‘, insbesondere dann, wenn dieses erst retrospektiv festgestellt werden kann, weil der angestrebte Behandlungserfolg mit dem verfolgten Behandlungsplan nicht erreicht werden konnte. Hege hat den resultierenden Konflikt wie folgt beschrieben:

„Ob Therapie ihr Ziel erreicht, ist im Augenblick der therapeutischen Entscheidung ungewiss. Ob die Leistungen notwendig und ausreichend gewesen sind, lässt sich erst hinterher beurteilen, und selbst dann nicht immer. In dem Moment, in dem der Arzt sich für eine Leistung entscheidet und damit auch ein Honorar nach der Gebührenordnung fällig wird, stützt er sich selten auf Gewissheit, sondern in aller Regel nur auf Wahrscheinlichkeit. Berücksichtigt er im konkreten Fall Unwahrscheinliches nicht und hofft, dass es schon nicht vorliegen oder eintreten werde, riskiert er den Vorwurf, das Notwendige und Ausreichende versäumt zu haben. Bemüht er sich durch umfangreichen Aufwand, die Wahrscheinlichkeit einer richtigen therapeutischen Entscheidung zu maximieren, sieht er sich leicht dem Vorwurf der Überdiagnostik oder Übertherapie ausgesetzt.“ (Hege 2001, S. A 235)

Lösen lässt sich dieser Konflikt nur, in dem zwar den Fachleuten eine Entscheidungsprärogative eingeräumt, gleichzeitig aber diese Bewertungs- und Entscheidungsfreiheit sozialrechtlich in Bezug auf eine Überschreitung der Beurteilungskompetenz geprüft werden kann. (Francke, Hart 2008, S. 11)

Ein weiteres Modell der Begrenzung von Leistung wird in dem Konzept der QUALYs (Quality Adjusted Life Years) favorisiert. Bei diesem Konzept wird die Lebensqualität mit einem relativen Wert zwischen Null (Tod) und Eins (völlige Gesundheit) versehen und zu einer möglichen Änderung der Lebenserwartung in Jahren in Beziehung gesetzt. Einschränkend ist anzumerken, dass Lebensqualität dabei eine zutiefst subjektive Größe ist. Bei Einbeziehung der für eine QUALY-Veränderung erforderlichen Kosten resultiert eine Kennzahl, mit der man mit Methoden der statistischen Psychologie näherungsweise

die Zahlungsbereitschaft von Patienten bzw. der Gesellschaft für einen erwarteten Nutzen ermitteln kann. (Felder u. a., S. 15)

4.3.5. Fachstandards

Fachstandards beschreiben den Stand der zu einem bestimmten Zeitpunkt vorhandenen medizinischen Erkenntnisse. Für den Einsatz von Behandlungsmethoden wird dabei in der Sozialrechtsprechung gefordert, dass diese Methoden von einer ‚erdrückenden Mehrheit‘ der ‚einschlägigen Fachleute‘ befürwortet werden müssen. In Abhängigkeit von der Häufigkeit einer Erkrankung und der Verbreitung bzw. Neuheit einer Methode kann die erforderliche Quantität der Fachleute und die Anforderung an die Expertise derselben erheblich variieren. (Bußmann-Weigl 2004, S. 109)

Eine orientierende Norm zur Bewertung von fachlichen Standards kann den sogenannten Leitlinien entnommen werden, die in einem operationalisierten Verfahren unter Federführung der jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften erstellt werden. (Bußmann-Weigl 2004, S. 47) In diesen Leitlinien werden indikationsbezogen verbreitete diagnostische und therapeutische Behandlungsmethoden erfasst, deren Evidenz geprüft und allgemeingültige Empfehlungen zu Untersuchungen und Behandlungen ausgesprochen. Die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) koordiniert seit 1995 die Erstellung und Veröffentlichung der Leitlinien durch die einzelnen Fachgesellschaften.

Fachstandards lassen sich ferner den HTA-Berichten des Deutschen Institutes für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) entnehmen. Health Technology Assessment (HTA) beschreibt eine Form der systematischen wissenschaftlichen Bewertung gesundheitsrelevanter Maßnahmen im Kontext des juristischen, sozialen und gesundheitsökonomischen Umfeldes. (DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information)

Sowohl die Erstellung und Anwendung von Leitlinien als auch die Untersuchung ausgewählter Behandlungsmöglichkeiten in HTA-Berichten sind praktische Anwendungen des Konzepts der evidenzbasierten Medizin (EbM).

Bei der evidenzbasierten Medizin sollen Therapieentscheidung patientenzentriert auf Basis des besten verfügbaren Wissens zu Indikation, Nutzen und Risiken getroffen werden, um einen möglichst effektiven Einsatz der Behandlungsverfahren zu garantieren.

4.3.6. Nutzen

Nutzen (allgemein)

Der allgemeine Begriff des ‚Nutzens‘ steht gleichermaßen für die Sinnhaftigkeit als auch für das Ergebnis oder den Ertrag einer Handlung. In einer weiter gefassten Erläuterung des Begriffs ‚Nutzen‘ definieren Francke und Hart, dass Nutzen das positive Ergebnis einer vergleichenden Abwägung von wahrscheinlicher Wirksamkeit und zu befürchtenden Risiken ist. (Francke, Hart 2008, S. 5)

Geht man noch einen Schritt weiter, kann auch eine Reduktion des jeder Behandlung immanenten Schadenspotentials als ‚Nutzen‘ angesehen werden.

Neben der unmittelbaren Wirksamkeit kann ‚Nutzen‘ auch durch weitere Dimensionen wie Lebensqualität, Verträglichkeit, Patientenzufriedenheit oder Arbeitsfähigkeit beschrieben werden. (Graf von der Schulenburg, J.-M u. a. 2007, S. 286)

Zunehmend wird gefordert, den therapeutischen Nutzen anhand vergleichsweise harter Fakten wie Mortalität und Morbidität oder aus Sicht des Patienten und seiner Lebensqualität einzuschätzen. Dabei sind sowohl methodisch einwandfreie klinische Studien als auch die Alltagstauglichkeit zu berücksichtigen. (Niebuhr u. a. 2003, S. 13)

Zusatznutzen

Während der isolierte Nutzen eines isolierten Verfahrens im Vergleich zu einer Nichtbehandlung relativ einfach deskriptiv beschrieben werden kann, besteht das Problem einer Betrachtung der Wirtschaftlichkeit immer in der Abwägung des zusätzlichen Nutzens und der zusätzlichen Kosten im Vergleich zu einer Standardtherapie als Alternative. Die Schwierigkeit besteht aus medizinischer und aus juristischer Sicht vor allem darin, für eine Wertung geeignete, anerkannte und objektivierbare Dimensionen in Bezug auf Patientengruppen und -subgruppen zu identifizieren. (Francke, Hart 2008, S. 14)

Nutzen im medizinischen Sinn

Unter den Bedingungen einer gesundheitsökonomischen Analyse steht ‚Nutzen‘ demzufolge für das Ergebnis einer Behandlung, entweder eine Krankheit zu diagnostizieren, eine Krankheit zu heilen beziehungsweise ihr Fortschreiten zu unterbrechen oder die durch eine Krankheit verursachten Beschwerden zu lindern. Die Größe des Nutzens ist in Bezug auf das Behandlungsziel zu beurteilen und steht so synonym für Effektivität. Die Beurteilung des Nutzen orientiert sich dabei an teils objektiven und teils subjektive Dimensionen wie:

- der Verbesserung des Gesundheitszustandes,
- der Verkürzung der Krankheitsdauer,
- der Verlängerung der Lebensdauer,
- der Verringerung von Nebenwirkungen und
- der Verbesserung der Lebensqualität.

(Francke, Hart 2008, S. 9)

Bei der Bewertung des Nutzens eines diagnostischen Verfahrens spielen vor allem die Sensitivität und die Spezifität eine Rolle. Das Behandlungsziel besteht letztendlich darin, durch das zu bewertende Verfahren zu besseren beziehungsweise frühzeitigeren therapeutischen Entscheidungen zu gelangen als mit dem alternativen Standardverfahren. (Niebuhr u. a. 2003, S. 13)

Bewertung des Nutzens

Die Messbarkeit des Nutzens als Voraussetzung eines Bewertungsverfahrens ist Gegenstand der gesundheitsökonomischen Forschung.

Veränderungen der monetären Belastung des Sozialsystems lassen sich bei hinreichend präziser Fragestellung mit annähernder Genauigkeit verifizieren. Deutlich aufwändiger und unbestimmter ist die Betrachtung der Veränderung medizinischer Kenngrößen. Patientenbezogene Outcome-Parameter sind entweder sehr streng objektivierbare Größen wie der Eintritt des Todes oder das erreichte Lebensalter oder nur der subjektiven Bewertung zugängliche Urteile der Zufriedenheit und der Lebensqualität.

Davon abzugrenzen sind physiologische Surrogatparameter wie die Höhe des Blutdrucks oder Laborwerte, die hervorragend messbar sind, aber nur eine grobe statistische Korrelation zu den wirklich relevanten Outcome-Parametern zulassen. (Bußmann-Weigl 2004, S. 67)

Diese Auffassung hat auch in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses ihren Niederschlag gefunden. In der praktischen Umsetzung ist die Frage zu berücksichtigen, mit welchem Aufwand Aussagen zur Evidenz getroffen werden können. Je seltener eine Erkrankung ist, desto schwieriger erscheint es, Studien mit höchster Evidenz zu verschiedenen alternativen Behandlungsverfahren durchzuführen. Gleichzeitig werden die Anforderungen an eine sorgfältige Abwägung auch des möglichen Schadens zur Erhöhung der Patientensicherheit umso höher gestellt, je niedriger die zur Verfügung stehende Evidenzstufe ist. (Francke, Hart 2008, S. 8. u. S. 13)

Eine schwierige Situation besteht für die unmittelbar mit den Patienten in Kontakt stehenden behandelnden Ärzten, wenn ein Verfahren mit einem nachgewiesenen Nutzen nicht (mehr) sinnvoll verfügbar ist. Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer hat sich hierzu unmissverständlich dahingehend geäußert, dass im technischen Sinne nur dort geholfen werden darf, wo auch mit den eingesetzten Methoden mit überlegener Wahrscheinlichkeit geholfen werden kann. Davon unbenommen ist die Gewährung menschlicher Zuwendung und palliativer Betreuung. (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2000, S. A 1020)

4.3.7. Risiken und Sicherheit

Ein Risiko beschreibt die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines unerwünschten Ereignisses bei einer medizinischen Behandlung und steht so dem Begriff des Nutzens unmittelbar entgegen. Risiken verursachen bei ihrer Verwirklichung zusätzliche gesundheitliche Beeinträchtigungen bis hin zum vorzeitigen Eintritt des Todes und erzeugen unerwünschte Folge- und Begleitkosten.

Mit dem Begriff der Sicherheit einer Behandlung wird konträr dazu auf das Fehlen von unerwünschten Ereignissen verwiesen.

Für einen qualifizierten Vergleich der Risiken und der Sicherheit bedarf es in der gesundheitsökonomischen Forschung einer präzisen Definition, welche möglichen unerwünschten Ereignisse in die Betrachtung aufgenommen werden.

Als besondere Schwierigkeit erweist es sich, dass unerwünschte Ereignisse sehr viel seltener als die angestrebten positiven Effekte auftreten. Um unerwünschte Ereignisse mit der gleichen statistischen Sicherheit wie den Nutzen zu identifizieren, wären in der Regel deutlich größere Studiengruppen erforderlich. Somit entsteht in EbM-Richtlinien oder HTA-Berichten unvermeidbar ein Bias mit einer Überschätzung der positiven und einer Unterschätzung der negativen Effekte einer Behandlung. Ausgehend von dieser Überlegung ist es eine begründete Forderung, bei der Bewertung von Risiken Kasuistiken und Anwendungsbeobachtungen den gleichen Stellenwert einzuräumen wie den doppelblind randomisierten Studien bei der Bewertung des Nutzens. (Francke, Hart 2008, S. 7 ff.)

Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt in seiner Verfahrensordnung im § 13 zumindest für seltene Erkrankungen oder Methoden, bei denen aus anderen Gründen keine Studien mit hoher Evidenz durchgeführt werden können, die Risiko-Nutzen Abwägung in folgender Form: *„Soweit qualitativ angemessene Unterlagen dieser Aussagekraft nicht vorliegen, erfolgt die Nutzen-Schaden-Abwägung einer Methode aufgrund qualitativ angemessener Unterlagen niedrigerer Evidenzstufen. Die Anerkennung des medizinischen Nutzens einer Methode auf Grundlage von Unterlagen einer niedrigeren Evidenzstufe bedarf jedoch - auch unter Berücksichtigung der jeweiligen medizinischen Notwendigkeit - zum Schutz der Patientinnen und Patienten umso mehr einer Begründung, je weiter von der Evidenzstufe I abgewichen wird. Dafür ist der potentielle Nutzen einer Methode, insbesondere gegen die Risiken der Anwendung bei Patientinnen oder Patienten abzuwägen, die mit einem Wirksamkeitsnachweis geringerer Aussagekraft einhergehen.“* (Gemeinsamer Bundesausschuss zuletzt geändert am 19. Juni 2014)

Dem Versuch einer möglichst rationalen wirtschaftlichen Behandlung auf der Grundlage der höchstmöglichen Evidenz steht das Streben von Patienten und Ärzten auf der niedrigsten Allokationsebene entgegen, alle Chancen einer Heilung zu nutzen, sofern die Risiken der Behandlung subjektiv vertretbar erscheinen. Unter der Bedingung, dass die Wahrscheinlichkeiten für Nutzen und Risiken gegeneinander abgewogen werden müssen, überwiegt die Hoffnung, so dass die Begrifflichkeiten ‚notwendig und ausreichend‘ ihres Sinnes entleert werden. (Hege 2001, S. A 235)

Besonders schwerwiegend sind Risiken immer dann zu berücksichtigen, wenn der zu erwartende Nutzen sehr gering ist oder gänzlich fehlt. In dieser Konstellation kann eine solche Überversorgung dem Patienten schaden und verursacht neben den unnötigen Kosten für die Behandlung zusätzliche Kosten für die Behandlung von Komplikationen. (Strech 2014, S. 27)

Maßnahmen zur Kostendämpfung sind aus medikolegalen Gründen spätestens dann nicht mehr zulässig, wenn sie zu einer konkreten Steigerung der Risiken in der Patientenbehandlung führen. (Broglie 2001, S. M 91)

4.3.8. Qualität

Der Begriff der Qualität kann sehr unterschiedlich verstanden werden. Im engeren Sinn beschreibt ‚Qualität‘ die Gesamtheit der einem Gegenstand oder einem Vorgang inhärenten Merkmale in ihrer spezifischen Ausprägung. Ist der Gegenstand das Ergebnis eines Produktionsvorganges oder wird mit einem Vorgang ein spezifisches nichtsachliches Ergebnis angestrebt, kann das Resultat als Ergebnisqualität im Sinne der Übereinstimmung der tatsächlichen mit den angestrebten Merkmalen beschrieben werden. Voraussetzung für die Herstellung ist dabei die Strukturqualität und die Prozessqualität. Ein Kunde hingegen nimmt Qualität als Maß der Übereinstimmung seiner Erwartungen mit den Merkmalen des erhaltenen Produktes oder einer erlebten Behandlung wahr.

Das Bestreben des Gesetzgebers zur Verringerung der Kosten bei Beibehaltung des Qualitätsbestrebens manifestiert sich in der im § 70 SGB V gesetzlich verankerten Forderung, Leistungen in der ‚*fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich*‘ zu erbringen. (Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.08.2014, § 70)

Aus dieser Vorgabe heraus sind unter der Annahme, dass die Umsetzung höchster Qualitätsstandards bei allen Patienten zur Verringerung von Komplikationen bei einigen Patienten und so zur summarischen Kostenreduktion führt, zahlreiche weitere gesetzliche Regelungen und Richtlinien entstanden.

Die Mehrzahl der Richtlinien beschränkt sich auf Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität. Ergebnisqualität ist hingegen Gegenstand der Qualitätssicherungsverfahren nach § 137 SGB V.

Eine besondere Form der Qualität im Gesundheitswesen bezieht sich auf den Begriff der Lebensqualität. Da eine objektive Definition von Lebensqualität bislang fehlt, wird der Begriff am ehesten als Synonym für die biopsychosozialen Auswirkungen von Gesundheit und Krankheit aus Sicht der betroffenen Patienten genutzt. Diese Interpretation impliziert die fehlende Objektivierbarkeit, der Zugang zur Patientensicht gelingt am ehesten über standardisierte Fragebögen oder psychologische Explorationen. (Bußmann-Weigl 2004, S. 69 u. S. 72)

In dem bereits erwähnten QUALYs-Konzept wird der Versuch unternommen, Veränderungen der Lebensqualität als qualitative Dimension gegen die resultierende Restlebenserwartung als quantitative Dimension des Lebens zu „verrechnen“. (Bußmann-Weigl 2004, S. 89)

Während gleichsinnige Veränderungen der beiden Dimensionen nahezu immer übereinstimmend positiv oder negativ bewertet werden, entstehen die gesundheitsökonomisch bedeutsamen Fragestellungen bei divergenter Auswirkung einer Behandlung auf Lebensqualität und Restlebenserwartung. Dabei besteht ein grundsätzliches Problem darin, dass prognostisch sichere Annahmen zu einer Restlebenserwartung für einen konkreten Patienten und eine konkrete Behandlung kaum getroffen werden können.

Eine Betrachtung der Wirtschaftlichkeit von zwei Behandlungsmethoden ist bei Anwendung des QUALYs-Konzeptes immer dann ausgeschlossen, wenn sich beide Verfahren in ihren Auswirkungen auf die beiden Dimensionen unterscheiden und so für jedes Verfahren ein anderes Behandlungsziel (Lebensverlängerung versus Lebensqualitätssteigerung) resultiert. (Bußmann-Weigl 2004, S. 358)

4.3.9. Kosten

Vorbemerkungen

Bußmann-Weigl verweist in seiner Arbeit mehrfach darauf, dass die Kosten einer Behandlung nicht der ausschließliche Gradmesser einer Entscheidung über die Wirtschaftlichkeit sein dürfen. Stattdessen soll auf der Basis medizinischer und ökonomischer Erkenntnisse eine abwägende Gesamtbetrachtung beziehungsweise Gesamtbilanzierung erfolgen. (Bußmann-Weigl 2004, S. 197)

Betrachtungen der Wirtschaftlichkeit sind dabei immer nur unter der Voraussetzung möglich, dass verschiedene, auf das gleiche Behandlungsziel ausgerichtete Leistungen zur Verfügung stehen. Gibt es nur ein wirksames Verfahren, erübrigt sich eine Wirtschaftlichkeitsbetrachtung mangels Relevanz. (Bußmann-Weigl 2004, S. 196)

Bei der Betrachtung von Kosten und Kostenunterschieden ist die Perspektive des Leistungserbringers von der Perspektive des Kostenträgers zu trennen.

Kostenermittlung

Kosten können sowohl ‚Top-Down‘ als auch ‚Bottom-Up‘ ermittelt werden. Bei der Top-Down-Methode werden kumulative medizinische und ökonomische Daten aggregiert und die durchschnittlichen Fallkosten für eine Kombination aus Behandlungsnotwendigkeit und Behandlungsverfahren unter Einbeziehung definierter Verteilungs- und Umlageschlüssel ermittelt. Bei der Bottom-Up-Methode werden die tatsächlichen oder die auf Basis durchschnittlicher Entgelte normierten Kosten für einen repräsentativen Durchschnittspatienten ermittelt. (Bußmann-Weigl 2004, S. 83)

Beide Verfahren unterscheiden sich deutlich hinsichtlich der erforderlichen Daten. Regelmäßig stehen kumulative und aggregierte Daten auf der Makro- und der Mesoebene der Allokation zur Verfügung. Somit findet die Top-Down-Kostenermittlung ihre Anwendung eher bei der Ausgestaltung von Leistungskatalogen und der Allokation finanzieller Mittel auf die verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems. Die Bottom-Up-Kostenermittlung erhält ihre Berechtigung bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit einer Behandlung auf der Mikroebene. Dabei steht die Berücksichtigung durchschnittlicher Entgelte auch nur für eine durchschnittliche Sachgerechtigkeit der resultierenden Entscheidung, während die Erfassung der tatsächlichen Behandlungskosten durch den Leistungserbringer den Anspruch an eine Einzelfallgerechtigkeit begründet.

Bei der Kostenermittlung sind alle relevanten Kosten zu erfassen, wobei in der Literatur und der Rechtsprechung häufig detaillierte Aussagen zu den einzubeziehenden Kosten fehlen. (Bußmann-Weigl 2004, S. 195)

Zu unterscheiden sind die direkten Kosten der unmittelbaren medizinischen Behandlung, die indirekten Kosten und die Opportunitätskosten sowie in ausgewählten Fällen mögliche Folgekosten.

Direkte Kosten sind alle Kosten, die unmittelbar durch die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung unter Einbeziehung von Personal-, Sach-, Infrastruktur- und Personalkosten entstehen.

Im Geltungsbereich der akutstationären Versorgung nach § 17b KHG wurde mit Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems im Jahr 2004 (DRG-Fallpauschalen-System) ein umfassendes Regelwerk zur Kalkulation der Kosten von Krankenhausleistungen in Form eines Kalkulationshandbuches erstellt. Bei der Fallkostenkalkulation werden Personalkosten des medizinischen Personals, medizinische Sachkosten und Infrastrukturkosten nach vordefinierten Schlüsseln den einzelnen Fällen zugeordnet. Die Fälle selbst werden mittels Haupt- und Nebendiagnosen sowie Prozeduren medizinisch klassifiziert. (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin, GKV-Spitzenverband, Berlin, Verband der privaten Krankenversicherung 2007)

Unter den indirekten Kosten werden alle Aufwendungen, die mittelbar durch die Erkrankung oder deren Behandlung entstehen, verstanden. Dazu gehören insbesondere Transportkosten, Kosten für Haushaltshilfen, Bildungskosten, Umbaumaßnahmen und Lohnersatzkosten.

Bei der Kostenermittlung auf der Basis von typischen Entgelten ist der Unterschied zwischen pauschalierenden Kosten und quantitativ zu berücksichtigenden Kosten, wie sie bei der Verordnung von Medikamenten oder Heil- und Hilfsmitteln entstehen, zu beachten, da gerade durch das quantitative Element die kumulativen Kosten einer Behandlung beeinflusst werden. (Bußmann-Weigl 2004, S. 243)

Opportunitätskosten

Der Begriff der ‚Opportunitätskosten‘ wird in der gesundheitsökonomischen Literatur nicht einheitlich angewandt.

Opportunitätskosten beschreiben im engeren Sinn das monetäre Äquivalent eines potentiell entgangen Nutzens an einer anderen Stelle infolge der Ausgaben für die Behandlung eines Patienten. (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2000, S. A 1021)

Aus der Perspektive der betroffenen Patienten und deren Angehörigen können insbesondere bei chronischen Erkrankungen mit resultierender Pflegebedürftigkeit weitere schwer

quantifizierbare Kosten durch Selbstzahlerleistungen, Diätkosten, bauliche Anpassungen im Wohnumfeld und Lohnausfall entstehen, die Opportunitätskosten verursachen. (Graf von der Schulenburg, J.-M u. a. 2007, S. 287)

In einem weiteren Verständnis des Begriffs der Opportunitätskosten können auch diese Aufwendungen, die Patienten und dessen Angehörigen durch eine Krankheit entstehen hierunter eingeordnet werden. Jankowski und Zimmermann befürworten die Versicherung des Einkommensrisikos zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund ihres Wesens als Krankheitsfolgekosten. (Jankowski, Zimmermann, S. 17)

Inwiefern auch volkswirtschaftliche Kosten durch Produktivitätsausfälle und –verluste als eine besondere Entität der indirekten Kosten zu berücksichtigen sind, wird in der einschlägigen Literatur kontrovers beurteilt. (Bußmann-Weigl 2004, S. 64)

Bewertung von Kosten

Die Bewertung von Kosten erfolgt im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsbetrachtung zu meist im Vergleich der Kosten alternativer Behandlungsverfahren.

Eine weitere Möglichkeit, die Kosten einer Behandlung zu bewerten, besteht darin, zu entscheiden, ob die Kosten für eine bestimmte Behandlung „angemessen“ sind. Diese Frage stellt sich vor allem dann, wenn bei hohen Kosten der zu erwartende Nutzen gering ist. Zwar fordert das Sozialrecht bei Prüfungen der Wirtschaftlichkeit beispielsweise im §106 SGB V Absatz 2 a, dass die Angemessenheit der Kosten in Bezug auf das Behandlungsziel zu berücksichtigen sei, es fehlen jedoch sowohl in den gesetzlichen Grundlagen als auch in den untergesetzlichen Normen oder der Sozialrechtsprechung geeignete Bezugsgrößen. (Bußmann-Weigl 2004, S. 239 u. S. 303)

Die Bewertung von Kosten kann auch dann eine Rolle spielen, wenn (präventive) Leistungen in einer mittel- bis langfristigen Betrachtung unter Berücksichtigung von Kapitalwerteffekten niedrigere Kosten verursachen als die Behandlung der Patienten der Kohorte, bei denen die Erkrankung bei fehlender Prävention tatsächlich zum Ausbruch kommt. (Jankowski, Zimmermann, S. 8)

4.3.10. Bewertung der Alternativen

Alternativen

Eine Betrachtung und Bewertung der Wirtschaftlichkeit setzt voraus, dass zwei medizinisch gleichwertige Behandlungsverfahren existieren, mit denen ein definiertes Behandlungsziel gleichermaßen mit hinreichender Sicherheit erreicht werden kann. Bei medizinisch nicht vergleichbaren Verfahren sind die entstehenden Kosten nachrangig zu betrachten. Nach einer sozialrechtlichen Analyse der Bewertung von Wirtschaftlichkeit ergibt sich dies zwingend aus den „§§ 12 Abs.1 Satz 1; 27 Abs.1; 28 Abs.1 Satz 1; Abs.2 Satz 1“ in ihrem „systematischen Verhältnis“. (Bußmann-Weigl 2004, S. 207, S. 214 u. S. 238)

Bei gleicher Effektivität der Leistungsvarianten entscheidet ausschließlich der Preis als Auswahlkriterium. In dieser Interpretation ist eine Leistung auch immer dann „*strikt preisgünstig*“, wenn eine Vergleichsbehandlung fehlt. (Bußmann-Weigl 2004, S. 216)

Um Alternativen sachgerecht vergleichen zu können, sind die zugehörigen Behandlungspfade möglichst umfassend zu beschreiben. Zusätzlich sind Informationen zur Häufigkeit der Anwendung und zur Wirksamkeit der in Frage kommenden Behandlungsvarianten erforderlich. Im Einzelfall kann es sinnvoll sein, auch die Alternative einer Nichtbehandlung zu berücksichtigen. (Graf von der Schulenburg, J.-M u. a. 2007, S. 287)

Diese Forderungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung aufgegriffen und im ‚2. Kapitel: Bewertung medizinischer Methoden; 1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen zum Bewertungsverfahren; § 10 Unterlagen zur Bewertung der medizinischen Methoden‘ eine umfangreiche Liste der erforderlichen Unterlagen für ein Bewertungsverfahren zusammengestellt.

Dabei wird zunächst zwischen Verfahren zur Früherkennung von Erkrankungen und diagnostischen und therapeutischen Leistungen unterschieden. Darüber hinaus sind sowohl Fragen zur individuellen Behandlung des einzelnen Patienten als auch zur Auswirkung des Einsatzes eines Verfahrens auf die Gesamtheit der einbezogenen Bevölkerung zu betrachten.

- Für jedes betrachtete Verfahren ist die medizinische Notwendigkeit zu belegen, indem beispielsweise Unterlagen zur medizinischen Relevanz und zum Spontanverlauf der Erkrankung beizubringen sind.
- Die gesundheitsökonomische Relevanz erfordert über Informationen zum durchschnittlichen Krankheitsverlauf hinaus Angaben zu Inzidenz und Prävalenz der Erkrankung unter Nutzung unterschiedlicher Informationsquellen.
- Die Wirksamkeit der Verfahren ist in klinischen Wirksamkeitsstudien und in Studien unter Alltagsbedingungen nachzuweisen. Dabei bezieht sich der Begriff der Wirksamkeit bei Früherkennungen auf die Fähigkeit, Erkrankungen in einem frühen Stadium oder vor der klinischen Manifestation mit therapeutischen Konsequenzen festzustellen. Diagnostische Verfahren müssen in der Lage sein, Erkrankungen und deren Stadien mit hinreichender Sicherheit und ebenfalls unter der Voraussetzung einer therapeutischen Konsequenz zu erkennen. Therapeutische Verfahren müssen geeignet sein, Erkrankungen unter Bezug auf geeignete Outcome-Parameter zu heilen oder die resultierenden Beschwerden zu lindern.
- Risiken sind für jedes Verfahren zu benennen. Sie bestehen bei diagnostischen Verfahren in falsch positiven oder falsch negativen Untersuchungsergebnissen mit der Konsequenz unnötiger Behandlungsrisiken und -kosten oder fehlender Wirksamkeit. Unabhängig vom diagnostischen oder therapeutischen Ziel kann jedes Verfahren methodenspezifische Risiken aufweisen, die bei Anwendung des jeweiligen Verfahrens zu einer zusätzlichen Schädigung des Erkrankten führen.
- Auf der Mikroebene der individuellen Behandlungen sind die (voraussichtlichen) Kosten zu erfassen. Zusätzlich sind die Kosten festzustellen oder abzuschätzen, die infolge der Anwendung eines Früherkennungsverfahrens durch die Behandlungskosten bei zusätzlich entdeckten Fällen entstehen. Dem sind Kosteneinsparungen durch nicht erforderliche (Langzeit)-Behandlungen oder aufwändige Therapieverfahren gegenüberzustellen. Kosten alternativer Verfahren sind einerseits direkt und andererseits inkremental zum Nutzen zu vergleichen:
 - Kostenschätzung
 - Kosten pro Verhinderung einer Erkrankung, einer Behinderung und eines Todes,

- Kosten-Nutzen-Abwägung für eine Methode
- Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden
- Auf der Meso- oder Makroebene sind Kostenschätzungen, Kosten-Nutzen-Abwägungen und Nutzen-Risiko-Abwägungen für die Gesamtheit der gesetzlich Versicherten vorzunehmen.

(Gemeinsamer Bundesausschuss zuletzt geändert am 19. Juni 2014, S. Kapitel 2 §10)

Die Kostenabschätzung entspricht einer Kosten-Kosten-Abwägung mit dem Ziel einer Kostenminimierung für Verfahren gleicher Eignung. (Bußmann-Weigl 2004, S. 84)

Verminderte Folgekosten durch nicht erforderliche Langzeitbehandlungen entfalten bei Früherkennungsmaßnahmen ihre Wirkung im Sinne einer Reduktion der Opportunitätskosten.

Ein scheinbarer Widerspruch im Bewertungsverfahren entsteht dadurch, dass einerseits der Wirtschaftlichkeitsvergleich vor allem durch den Vergleich der Kosten erfolgen soll, dabei die Wirtschaftlichkeit aber nachrangig im Vergleich zur medizinischen Bewertung des Nutzens und der Risiken zu berücksichtigen ist. (Niebuhr u. a. 2003, S. 14)

Die Kosten werden immer dann zum entscheidenden Auswahlkriterium, wenn verschiedene, medizinisch gleichwertige Verfahren zur Verfügung stehen. (Bußmann-Weigl 2004, S. 196)

Bei der medizinischen Bewertung sind die internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin zu berücksichtigen. (Gemeinsamer Bundesausschuss zuletzt geändert am 19. Juni 2014, S. Kapitel 5 § 6)

In den Deutschen Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation wird die Auffassung vertreten, dass die im Zusammenhang mit der Bewertung von Arzneimitteln postulierten gesundheitsökonomischen Methoden grundsätzlich auch für die Evaluation anderer medizinischen Behandlungen geeignet sind, um „Werturteile und Bewertungspunkte des Entscheidungsträgers transparent zu machen und ihm die Entscheidung zu erleichtern.“ (Graf von der Schulenburg, J.-M u. a. 2007, S. 285)

Zeithorizont

Bereits in einer Entscheidung des Bundessozialgerichtes aus dem Jahr 1981 wurden die Fragen aufgeworfen, ob eine gesundheitliche Verbesserung nur von kurzfristiger Natur sei und ob die Wirkung einer Leistung durch weniger aufwändige Mittel in vergleichbarer Zeit erreicht werden könnten und so die Berücksichtigung eines Zeithorizonts bei Vergleichen der Wirtschaftlichkeit vorgegeben. (Bußmann-Weigl 2004, S. 192)

Die sinnvolle „Entfernung“ des Zeithorizonts wird maßgeblich durch die Behandlungsnotwendigkeit einerseits und das Behandlungsziel andererseits bestimmt. Während bei akuten Erkrankungen ein Zeithorizont von Tagen bis Wochen ausreichend erscheint, sind bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen Monate, Jahre oder die Restlebenserwartung zu berücksichtigen, um die Auswirkungen der Behandlungsalternativen auf den Ressourcenverbrauch mit hinreichender Sicherheit belegen zu können. (Graf von der Schulenburg, J.-M u. a. 2007, S. 288)

Im deutschen Sozialsystem sind verschiedene Kostenträger wie Kranken-, Pflege- und Rentenkassen von den finanziellen Auswirkungen einer Erkrankung betroffen. Die unterschiedliche Partizipation der verschiedenen Kostenträger an den direkten und indirekten Kosten und insbesondere an den Folgekosten führt zu Interessenskonflikten und erschwert aussagefähige gesundheitsökonomische Untersuchungen vor allem bei chronischen Erkrankungen.

Algorithmen zur Bewertung der Alternativen

Aus medikolegaler Sicht folgt aus dem Begriff ‚zweckmäßig‘ im § 12 SGB V und dem systematischen Zusammenhang mit den §§ 27 und 28 SGB V eine Individualisierungsfunktion. Somit ist nicht nur die generelle Eignung der Leistung zu prüfen, sondern es sind auch die individuelle Anpassung der Behandlungsziele und die Vorhersehbarkeit individueller Risiken zu berücksichtigen. Dabei gilt zunächst das Vorrangverhältnis der medizinischen Bewertung und bei mehreren grundsätzlich geeigneten Behandlungen der Grundsatz der strikten Preisgünstigkeit bei der ökonomischen Auswahlentscheidung. (Bußmann-Weigl 2004, S. 262)

Wenn präventive Leistungen zum Zeitpunkt der Leistungserbringungen niedrigere Kosten im Vergleich zu den erwarteten, abgezinsten Leistungsausgaben ohne Prävention verursachen, ist die Kosten-Nutzen-Abwägung positiv. Führt die präventive Leistung jedoch ausschließlich zur Verbesserung von Lebensqualität oder zur Verlängerung der Lebenserwartung ohne dass in der Zukunft eine Entlastung der Versicherungen zu erwarten ist, sollte die Leistung ausschließlich im Eigeninteresse und in der Eigenverantwortung des Versicherten liegen. (Jankowski, Zimmermann 2004, S. 8)

Diese Einschätzung ist fragwürdig. Letztlich bietet jedes erfolgreiche präventive Verfahren die Chance einer Lebensverlängerung und damit auch die Chance, Krankheiten zu erleben (und so Kosten zu verursachen), die bei Realisierung des (vermiedenen) Primärrisikos nicht aufgetreten wären. Bei einem ausreichend langen Zeithorizont und einer breit gefächerten Kostenerfassung stößt der Nachweis einer positiven Kosten-Nutzen-Abwägung auf gesellschaftlicher Ebene an Grenzen. Die Kosten-Nutzen-Relation einer Prävention ist aus gesundheitsökonomischer Sicht immer dann sinnvoll, wenn die drei Primärziele einer Krankenbehandlung (Erhalt des eigenen Lebens und der Selbstbestimmung, Erhalt der Arbeitsfähigkeit und Erhalt der Reproduktionsfähigkeit) im Vergleich zu einem Ausschluss der Prävention besser erreicht werden und wenn medizinische Verfahren zur Durchführung der Prävention erforderlich sind.

Niebuhr fordert den systematischen Vergleich in den Dimensionen Nutzen, Risiko und Kosten mit den jeweiligen Ausprägungen höher, gleich und niedriger, um eine Entscheidung über die Gewährung der Leistung treffen zu können. (Niebuhr u. a. 2003, S. 27f.)

4.4. Patientenpräferenzen

Im derzeitigen System der Methoden- und der Wirtschaftlichkeitsbewertung spielen Patientenbedürfnisse und Patientenpräferenzen aufgrund unbefriedigender Informationen und Erkenntnisse bei der Entscheidungsfindung auf der Makro- und der Mesoebene eine untergeordnete Rolle. (Mühlbacher, Bethge, Tockhorn 2009, S. 25.e1)

In der statistischen psychologischen Forschung hat es sich als nahezu unmöglich herausgestellt, die Entscheidungen und Wünsche eines Erkrankten in Bezug auf eine konkrete Behandlung zu antizipieren, solange die Erkrankung nicht eingetreten ist.

Jachertz und Rieser haben in einem Artikel ein Fallbeispiel aufgegriffen, das belegt, dass Konflikte und Meinungsdiskrepanzen in dem Dreieck von Leistungsbegehren durch den Patienten, Leistungserbringung durch die behandelnden Ärzte und Leistungsgewährung durch die Kostenträger bereits dann drohen, wenn eine Anschlussheilbehandlung zu beantragen und zu genehmigen ist.

„Eine Anschlussheilbehandlung erscheint aus chirurgischer Sicht nicht notwendig, doch die Versicherte bittet um eine Kur. Sollte sie gewährt werden oder nicht? Sollte generell in solchen Fällen auf Kuren oder ähnliche Maßnahmen verzichtet werden?“

Herausgeschmissenes Geld sei das, befand ein Internist. Die Operation sei doch erfolgreich verlaufen. Ein Hausarzt wandte ein, man müsse sich ein Bild davon machen, wie die Weiterversorgung sein werde, sonst könne man den Fall nicht recht beurteilen. Ein Chirurg gab selbstkritisch zu bedenken, in seinem Fach neige man dazu, zufrieden zu sein, wenn ein Eingriff geglückt sei. Ein Patient müsse eine Krebsoperation jedoch häufig länger verarbeiten; deshalb könnten Hilfestellungen wie eine Kur nachträglich geboten sein.“ (Jachertz, Rieser 2007, S. A 23)

Um den patientenseitig wahrgenommenen Nutzen als Kriterium für den Entscheidungsprozess nutzen zu können, wurden Verfahren wie der Discrete-Choice-Analyse entwickelt. Mit Hilfe psychologischer Tests sollen patientenbezogene Präferenzen ermittelt werden, um den Nutzen aus Sicht eines Betroffenen und unter Beachtung seiner bekannten Präferenzen zu prognostizieren. Die präferenzbasierte Nutzenmessung ermöglicht die Einbeziehung des Patienten mit der ihm zugeschriebenen Eigenverantwortung in die Entscheidungsfindung. (Mühlbacher, Bethge, Tockhorn 2009, S. 25.e1)

Im praktischen Alltag einer Krankenhausbehandlung stehen Patientenpräferenzen immer wieder einer rein wirtschaftlich orientierten Behandlung konträr gegenüber. Unstrittig ist, dass Patienten ein Selbstbestimmungsrecht in Bezug auf Arzt- und Krankenhauswahl besitzen. Durch umfangreiche Bewertungsportale und die Verpflichtung zur Veröffentlichung von Leistungs- und Qualitätsdaten wird das Wahlrecht zu einer qualifizierten Wahlmöglichkeit transformiert. Strittig ist aber regelhaft, wer für zusätzliche Kosten durch unterschiedliche Basisentgeltwerte, unterschiedliche Transportentfernungen inklusive einer ggf. resultierenden stationären Behandlungsnotwendigkeit bei ambulant erbringbaren Leistungen aufzukommen hat.

Während in diesen Fällen die Klärung noch sehr vereinfacht bidirektional zwischen Kostenträger und Leistungserbringer erfolgen kann, erhöht sich die Komplexität, wenn mit unterschiedlichen Behandlungsweisen unterschiedliche Auswirkungen auf die Dauer einer Krankschreibung, auf eine drohende Arbeitslosigkeit, oder auf eine Frühberentung verbunden sind.

Im Einzelfall dramatische Unterschiede der Behandlungskosten können sich ergeben, wenn ein Patient aus religiösen oder sonstigen Gründen ausgewählte Behandlungsmaßnahmen ablehnt und gleichzeitig eine erheblich teurere Behandlungsalternative in Anspruch nimmt. Ein typisches Beispiel ist die Ablehnung von Bluttransfusionen durch Angehörige der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas. Bei einer schwerwiegenden Anämie kann eine mehrtägige Intensivbehandlung mit Tagestherapiekosten von über 1.000 € anstelle einer Bluttransfusion erforderlich sein.

Ein möglicher Lösungsansatz kann den gesetzlichen Regelungen zum Zahnersatz entlehnt werden. Nach § 28 SGB V haben Patienten Anspruch auf eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung. Wählen Versicherte beispielsweise bei Zahnfüllungen eine „darüber hinausgehende“ Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. (Bußmann-Weigl 2004, S. 209)

4.5. Haftungsrecht

Der Begriff des Haftungsrechts ist an dieser Stelle weit gefasst, da er sich einerseits auf zivilrechtliche Ansprüche des Patienten gegen den Leistungserbringer und andererseits auf Regressansprüche der Krankenkassen bei tatsächlichen oder angeblichen Verletzungen des Wirtschaftlichkeitsgebotes bezieht.

Ärzte, die im direkten Patientenkontakt, stehen permanent in dem Konflikt widersprüchlicher rechtlicher Vorgaben, die nicht unmittelbar aus der Gesetzgebung heraus entstehen, sondern der Spezifik medizinischer Leistungserbringung geschuldet sind.

Entscheidungen über den Einsatz von diagnostischen und therapeutischen Verfahren erfolgen prospektiv unter Unsicherheit und Ungewissheit bezüglich des weiteren Krankheitsverlaufes und dem Anspruch maximaler Patientensicherheit. Hege beschreibt bereits 2001 das Wesen des Konfliktes. Werden selbst unwahrscheinliche Konstellationen bei der Behandlung nicht berücksichtigt und treten diese ein, folgt der Vorwurf, nicht das

‚Notwendige‘ und das ‚Ausreichende‘ unternommen zu haben. Wird hingegen alles Mögliche versucht, um auch das Unwahrscheinliche zu berücksichtigen, resultiert der Vorwurf übertriebener Diagnostik und Behandlung. (Hege 2001, S. A 235)

In ähnlicher Form betrifft dies auch die Arzneimittelversorgung. Es gilt als ein Behandlungsfehler, wenn ein Medikament mit einem in Studien bestätigten deutlichen Zusatznutzen nicht verordnet wird. Ist das wirksamere Medikament gleichzeitig wesentlich teurer, unterliegt der verordnende Arzt der Gefahr eines Arzneimittelregresses. (Broglie 2001, S. M 91)

Versprechungen der Politik in Bezug auf „höchste Qualität“ und zivilrechtliche Streitfälle mit zum Teil absurd anmutenden Vorgaben zu Aufklärungsfristen, Selbstbestimmungsrechten des Patienten und Anforderungen an die Sorgfalt ärztlicher Handlungen kollidieren folglich mit den sozialrechtlichen Vorgaben einer auf größtmöglichen Effizienz getrimmten medizinischen Leistungserbringung.

Wienke und Janke verweisen auf ein Urteil des Landessozialgerichtes Rheinland-Pfalz, in dem haftungsrechtliche Überlegungen den medizinischen Aspekten bei der Bewertung der stationären Behandlungsbedürftigkeit gleichgestellt werden. (Wienke, Janke 2007, S. 444)

Wörtlich heißt es in dem Urteil: *„Dem Arzt kann nicht abverlangt werden, nur zum Zwecke einer Kostenersparnis der Krankenkasse das Risiko einzugehen, dass die Aufklärung nicht ausreichend ist, zumal die zivilrechtliche Rechtsprechung keine Abgrenzungsmerkmale gebildet hat, die so klar und eindeutig sind, dass in jedem Fall voraussehbar ist, ob die Aufklärung rechtzeitig erfolgt ist. [...] Die Aufklärungspflicht kann aus Gründen der klinischen Organisation zwar einem anderen Arzt übertragen werden. In diesem Fall muss jedoch der den Eingriff ausführende Arzt organisatorisch sicherstellen, dass die ordnungsgemäße Aufklärung durch den beauftragten Arzt gewährleistet ist; im Einzelfall kann eine stichprobenartige Kontrolle notwendig sein [...]. Bei dieser Sachlage bestehen Zweifel, ob der Arzt berechtigt ist, die Aufklärung einem Arzt eines anderen Krankenhauses zu übertragen. Denn er ist bei einer Aufklärung außerhalb des eigenen Klinikbereichs zu einer hinreichenden Kontrolle, ob sein Kollege die Aufklärungspflicht ausreichend erfüllt, nicht imstande. Keinesfalls kann der Arzt jedoch zu einem solchen Handeln, das für ihn zu nicht unerheblichen Haftungsrisiken führen kann, allein deshalb verpflichtet sein,*

weil die Krankenkasse dadurch Kosten einspart.“ (Landessozialgericht Rheinland-Pfalz 18.05.2006)

Dieses Urteil kann jedoch nicht zum Anlass genommen werden, jeden Patienten nur zum Zweck der Aufklärung stationär aufzunehmen, es bedarf immer auch eines medizinischen Grundes. So hat das Bundessozialgericht im Jahr 2009 in einem anderen Fall geurteilt: *„Entgegen der Ansicht des SG rechtfertigen allein für sich genommen weder die - hier evtl. gegebene - Notwendigkeit, den Versicherten zumindest 24 Stunden vor dem angiographischen Eingriff über dessen Risiken aufzuklären und ihm zur Einwilligung eine hinreichende Überlegungsfrist einzuräumen, noch die vom Versicherten zum KH zurückzulegende Wegstrecke KH-Behandlungsbedürftigkeit für einen zusätzlichen Tag.“ (Bundessozialgericht 30.06.2009)*

Aus Sicht der Leistungserbringer besteht deshalb die Forderung, nur in dem Maße für die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes verantwortlich gemacht zu werden, in dem man bei Einhaltung fachlicher Standards sowie zivil- und haftungsrechtlicher Vorgaben auch Einfluss auf die Mittelverteilung im Gesundheitswesen hat. (Broglie 2001, S. M 91)

Durch den 112. Deutschen Ärztetag wurde die Entschließung verabschiedet, dass das versicherungsrechtliche Wirtschaftlichkeitsgebot dann zu begrenzen ist, wenn *„der Heilauftrag des Arztes zum Nachteil des Patienten minimiert wird.“ (2009, S. A 1121)*

5. Arbeitsgruppe Wirtschaftlichkeitsgebot der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. (DGfM)

5.1. Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. (DGfM)

„Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. ist eine Interessengemeinschaft im Medizincontrolling tätiger Ärzte, Pflegekräfte, Kodierer, MD(A)s, Juristen und Betriebswirte. Sie ist die wissenschaftliche Vertretung der Medizincontroller in Deutschland.“

Ziele und Aufgaben der Gesellschaft sind der regelmäßige Informationsaustausch, die Fort- und Weiterbildung und die gemeinsame Erarbeitung von Problemlösungsstrategien im Medizincontrolling.“ (www.medizincontroller.de – Überprüfungsdatum 2015-02-28)

5.2. Die Arbeitsgruppe Wirtschaftlichkeitsgebot

Auf dem Herbstsymposium der DGfM 2013 wurde eine Arbeitsgruppe zur Erarbeitung eines Bewertungsschemas zum Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V bei Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V gegründet. Mit diesem Schema soll es ermöglicht werden, Krankenhausbehandlungen im individuellen Einzelfall im Kontext einer Leistungsprüfung nach § 275 SGB V qualifiziert zu bewerten.

Der Arbeitsgruppe gehörten 15 Mitglieder der DGfM an, darunter ärztliche und nicht-ärztliche Medizincontroller, Medizinische Dokumentare, Krankenhausbetriebswirte, Volkswirtschaftler und Medizinfachanwälte.

In verschiedenen Arbeitspaketen wurden Informationen zu

- Begriffsdefinitionen,
- Sozialrecht,
- Sozialrechtsprechung,
- gesundheitsökonomischen, medizinisch-fachlichen und ethischen Aspekten der Leistungsverteilung und
- Leistungskatalogen

recherchiert.

Ausgehend von diesen Informationen wurden Thesen zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhausbehandlungen, eine Checkliste und ein Kalkulationsblatt zum direkten Vergleich von Behandlungsalternativen verabschiedet.

Die Ergebnisse wurden auf dem Herbstsymposium der DGfM 2014 publiziert.

6. Entscheidungsalgorithmus

6.1. Zwölf Thesen zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhausbehandlungen auf der Ebene der individuellen Versorgung

1. Die finanzielle Grundlage der "Ökonomie im Gesundheitswesen" beruht auf dem Prinzip der Solidargemeinschaft, d.h. alle Versicherten leisten ihre Beiträge nach ihrem Vermögen und erhalten Leistungen nach ihrem Bedarf.
2. Leistungen müssen notwendig und zweckmäßig sein. Sie sind nach allgemein anerkannten fachlichen und qualitativen Standards zu erbringen.
3. Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 SGB V ist als Minimum-Prinzip auszulegen. Die notwendigen Leistungen gemäß These 2 sind mit einem möglichst geringen Einsatz finanzieller Mittel zu erbringen.
4. Wirtschaftliche Interessen liegen im Sinne auch einer Rangfolge zunächst beim Kostenträger, gefolgt von Leistungserbringer und Patient.
5. Kostenträger sind primär für den sparsamen Einsatz der finanziellen Mittel verantwortlich. Sie nehmen ihre Verantwortung durch die Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungserbringer, den Abschluss von Rabattverträgen und durch Leistungsprüfungen wahr.
6. Leistungserbringer sind verpflichtet, im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben Leistungen im niedrigsten möglichen Versorgungslevel zu erbringen. Sie müssen dabei jedoch nicht gegen eigene wirtschaftliche Interessen agieren. Dabei gelten die Grundsätze ambulant vor stationär und Rehabilitation vor Pflege.
7. Patienten sind durch unterschiedliche Behandlungsvarianten sowohl aktiv als auch passiv vom Wirtschaftlichkeitsgebot betroffen. Sie können durch gesunde Lebensweise und Vermeidung von Risiken die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens reduzieren. Sie können bei notwendiger Inanspruchnahme im Dialog mit behandelnden Ärzten eine realistische Erwartungshaltung zu Behandlungsmöglichkeiten und -ergebnissen einnehmen. Insbesondere im Kontext einer

potentiellen End-of-life-decision bestehen Möglichkeiten für den einzelnen Menschen, seiner Verantwortung und seinen Bedürfnissen gerecht zu werten. Es ist auch zu erwägen, dass manche Behandlungsalternativen zu unbilligen Härten in Bezug auf Dauer einer Krankschreibung, Arbeitslosigkeit, Frühberentung, Pflege erwarten lassen, die nicht zuletzt auch das Sozialsystem belasten.

8. Wirtschaftlichkeitsbetrachtung sollten in Abhängigkeit von der Komplexität der Behandlungsvarianten in verschiedenen Varianten unter der Voraussetzung, dass sich die Kosten der Leistungen unterscheiden, betrachtet werden:
 - a. Variante 1: Die Leistung unterscheidet sich durch die Dosis durch Variation der Behandlungsintensität oder Behandlungsdauer.
 - b. Variante 2: Die gleiche Leistung wird durch unterschiedliche Leistungserbringer erbracht.
 - c. Variante 3: Gleiche Leistung kann in unterschiedlichen Abrechnungsmodi vergütet werden.
 - d. Variante 4: Eine ähnliche Leistung bietet gleiche Heilungschancen, weist aber unterschiedlichen Risiken auf.
 - e. Variante 5: Eine ähnliche Leistungen führt bei gleichen Risiken zu unterschiedlichen Heilungschancen
 - f. Variante 6: Die Leistung eines Patienten wirkt sich unmittelbar auf Kosten der Leistungen für einen anderen Patienten aus (z.B. Lebendspende).
9. In ausgewählten Fällen ist zur sachgerechten Bewertung ein dreidimensionales Modell zur Bewertung von Kosten, Ergebnissen und Risiken bezogen auf den Behandlungsbedarf erforderlich.
10. Beim Vergleich der Wirtschaftlichkeit von Behandlungsvarianten sind die Kosten für die äquivalenten Behandlungsdosen und prognostizierten Wirkungen zu berücksichtigen.
11. Zu erwarten sind zwei unterschiedliche Gruppen von Fragestellungen: Massenphänomene mit definierten unterschiedlichen Versorgungsmöglichkeiten (Leistungserbringer/Abrechnungsmodi) und Einzelfälle mit chronischen/komplexen Verläufen und unterschiedlichen methodischen Behandlungsalternativen.

12. Bestimmte Faktoren erschließen sich nicht einer quantitativen Bewertung, sollten aber qualitativ benannt werden, um sie einer ethischen Mitbewertung zugänglich zu machen.

6.2. Checkliste zum Vergleich der Wirtschaftlichkeit gemäß § 12 SGB V bei Krankenhausbehandlungen gemäß § 39 SGB V

Die nachfolgenden Fragen sind teilweise obligat und teilweise optional zu beantworten. Optionale Fragen treffen nicht in jedem Fall für verschiedene Behandlungsvarianten zu oder können nicht abschließend auf Basis der verfügbaren Informationen geklärt werden.

Zu jeder Frage der Checkliste sind in kursiver Schrift Erläuterungen ergänzt.

1. Welcher behandlungsbedürftige Zustand besteht? (obligat)

- Krankheitsrisiko
- Symptom
- Krankheit (akut; chronisch)
- Funktionsbeeinträchtigung

Ein behandlungsbedürftiger Zustand ist der äquivalente Begriff zur Notwendigkeit als rechtfertigende Voraussetzung für die Durchführung einer medizinischen Behandlung.

2. Ist dieser Zustand behandlungsfähig? (obligat)

- Erkennen der Erkrankung
- Heilung
- Progressionsverhinderung
- Funktionsverbesserung

Die „Behandlungsfähigkeit“ ist eine weitere Voraussetzung für die Einleitung und/oder Fortführung einer medizinischen Behandlung, denn diese kann nur dann als „zweckmäßig“ angenommen werden, wenn Aussicht auf das Erreichen eines Behandlungsziels besteht.

3. Worin besteht das Behandlungsziel? (obligat)

- Prävention
- Diagnostik
- Kuration
- Rehabilitation
- Palliation
- Pflege

Das Behandlungsziel ist aus prospektiver Sicht des behandelnden Arztes festzustellen, da nur aus der Sicht ex ante zu erkennen ist, welcher Sektor des Gesundheitswesens für das Erreichen des Behandlungsziels erforderlich ist.

4. Welche Behandlungen kommen in Frage? (obligat)

- Alternative 1
- Alternative 2

Die in Frage kommenden Behandlungsvarianten müssen geeignet (zweckmäßig) und ausreichend (weder „unter- noch überdosiert“) sein, um das Behandlungsziel mit angemessener Sicherheit zu erreichen.

Die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung lässt sich dabei grundsätzlich nur im Vergleich zweier Alternativen bewerten. Die zur Anwendung kommenden Behandlungen sollten durch Richtlinien, Leitlinien oder medizinisches Fachwissen begründet sein. Die zur Auswahl stehenden Varianten können sich entweder durch die mit ihnen verbundenen Kosten oder durch Abstufungen des Nutzens und der Risiken unterscheiden.

5. Wie kann das Erreichen des Behandlungsziels evaluiert werden? (optional)

- Erreichen des angestrebten Zustandes
- Assessment/Scoring
- Physiologische Messparameter
- Einhaltung von Leitlinien, Richtlinien
- Anwendung des aktuellen Stands des medizinischen Fachwissens

Das Erreichen des Behandlungszieles sollte in einer geeigneten Form validiert werden

können. Dabei ist sowohl eine binäre Logik (z.B. Entfernung der Gallenblase) als auch eine abgestufte Veränderung eines Wertes auf einer Skala (Messung der Reduktion von Schmerzen mit Hilfe einer visuellen Analogskala VAS) möglich. In bestimmten Fällen ist es nicht möglich, das Erreichen eines Behandlungsziels nachzuweisen, in diesen Fällen ist als Minimalstandard die Einhaltung fachlicher Standard zu dokumentieren.

6. Welche Sektoren können unter Beachtung der Grundsätze „Ambulant vor Stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ die Behandlung durchführen? (optional)

- Vertragsarzt
- Rehabilitation
- Krankenhaus
- Pflege

Sektoren unterscheiden sich durch unterschiedliche Methoden der Preiskalkulation und der Budgetierung. Davon abzugrenzen ist die Frage des institutionellen Leistungserbringers. So kann eine vertragsärztliche Versorgung auch durch ermächtigte Ärzte eines Krankenhauses erbracht werden. Der Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ ist bei Fragen des Erkennens und des Behandeln von Krankheiten, der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ bei Fragen der Verbesserung von Fähigkeiten als Voraussetzung der Teilhabe zu berücksichtigen.

7. Welcher Zeithorizont soll betrachtet werden? (obligat)

- akut
- chronisch

Für jede Kombination aus Behandlungsziel und Behandlungsplan ist ein realistischer und überschaubarer Zeitraum mit einem Endpunkt des Vergleichs zur Ermittlung der mit jeder Variante verbundenen direkten und indirekten Kosten zu definieren. Während bei akuten Erkrankungen in der Regel ein kurzer Zeitraum zu wählen ist, bedürfen chronische Erkrankungen häufig eines längeren Zeitraums, um festzustellen, welche Behandlungsvariante eher dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügt. Ggf. sind Trendanalysen erforderlich, um Initialkosten und Kosten der notwendigen/zu erwartenden Folgebehandlungen ausreichend zu berücksichtigen, um einen möglichen Break Even Point mit hinreichender Sicherheit zu erkennen.

8. Unterscheiden sich die Behandlungen in ihren Kosten? (obligat)

- direkte Kosten
- indirekte Kosten
- inkrementale Kosten

Mit jeder Behandlung sind sowohl direkte Kosten der Behandlung als auch indirekte Kosten verbunden. Scheinbar kostengünstigere Behandlungen verursachen nicht selten Opportunitätskosten in Form von Fahrtkosten, gesonderter Vergütung von Arzneimitteln, Heil- oder Hilfsmitteln. Für Analysen in Anlehnung an Evidenzbasierte Medizin oder das Quality-Konzept sind die inkrementalen Kosten der Behandlungsvarianten zu ermitteln.

9. Welche Kosten entstehen durch unterschiedliche Behandlungsvarianten oder durch die Inanspruchnahme unterschiedlicher Sektoren? (optional)

Auf dem Kalkulationsblatt entsprechend der Excel-Anlage können die Kosten der Behandlungsvarianten differenziert ausgewiesen werden.

10. Unterscheiden sich die Behandlungen in ihrem Nutzen? (optional)

- Heilung
- Progressionsverhinderung
- Lebenserwartung
- Lebensqualität
- Inkrementaler Nutzen

Nutzenunterschiede von verschiedenen Behandlungen spielen immer dann eine Rolle, wenn entweder Behandlungskosten ähnlich sind oder wenn höhere Behandlungskosten mit höherem Nutzen einer Behandlungsvariante verbunden sind. Durch diese Betrachtung können inkrementale Kosten mit einem inkrementalen Nutzen verknüpft werden.

11. Unterscheiden sich die Behandlungen in ihren Risiken? (optional)

- Mortalität
- Morbidität

- Inkrementale Risiken

Unterschiedliche Risiken von verschiedenen Behandlungen spielen immer dann eine Rolle, wenn entweder Behandlungskosten ähnlich sind oder wenn niedrigere Behandlungskosten mit höherem Risiko einer Behandlungsvariante verbunden sind. Durch diese Betrachtung können inkrementale Kosten mit einem inkrementalen Risiko verknüpft und berücksichtigt werden.

12. Abschließende Bewertung

Bei vergleichbaren Nutzen und Risiken überwiegen bei der Bewertung der Behandlungsalternativen die unmittelbar messbaren Kosten. Unterscheiden sich die Verfahren ausschließlich in ihrem Nutzen oder ihrem Risiko, sind diese als Auswahlkriterium zu berücksichtigen. Stehen inkrementale Kosten inkrementalen Risiko-Nutzen-Bewertungen gegenüber, bedarf es eines gesellschaftlichen Konsens, der über ethische Betrachtungen oder eine institutionalisierte Bewertung herzustellen ist.

6.3. Kalkulationsblatt

Leistungssektor	Leistungs- erbringer	Leistungs- beschreibung	Variante 1			Variante 2			Kommentar
			Leistungs- menge	Entgelt	Kosten	Leistungs- menge	Entgelt	Kosten	
Vertragsarzt inklusive MVZ inklusive Ermächti- gung		Vertragsarzt 1							EBM/GOÄ
		Vertragsarzt 2							
		Vertragsarzt n							
§ 115a (vor- und nachstati- onäre Behandlung)		Fachgebietspauschale 1							Gem. Empfehlung der Vergütung vor- und nach- stationärer Leistungen nach § 115 a
		Fachgebietspauschale 2							
		Fachgebietspauschale 3							
		Großgerätepauschale 1							
§115b (Ambulante Opera- tionen und stationerset- zende Eingriffe)									AOP-Katalog
DRG		Relativgewicht							Fallpauschalenkatalog

		Zuschläge							
		Abschläge							
		Zusatzentgelte							
		NUB							
Teilstationär		Fachgebiet 1							Tagesentgelte nach Fallpauschalenkatalog oder Budgetvereinbarung, Berücksichtigung von Behandlungsdosis als Produkt von Dauer und Intensität
		Fachgebiet 2							
		Fachgebiet 3							
IV-Verträge								Vereinbarungen	
116b (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung ASV)								Richtlinien des G-BA	
Hochschulambulanzvertrag								Budgetvereinbarung	
Institutsambulanzen		PIA						Budgetvereinbarung	

		GIA							Budgetvereinbarung
SAPV									Vergütungsvereinbarung
Rehabilitation		Frührehabilitation							Fallpauschalenkatalog
		Anschlussheilbehandlung							Tagesentgelte nach Budgetvereinbarung (ggf. Datenbank Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR)) , Berücksichtigung von Behandlungsdosis als Produkt von Dauer und Intensität
		Häusliche Rehabilitation							
		Ambulante Rehabilitation							
Hospiz		Pflege						Vergütungsvereinbarung	
Heilmittel		Physiotherapie						?	
Hilfsmittel								?	
Medikamente								Lauer-Taxe, Rabattverträge	
Organspende	DSO								

Rettungsdienst	Rettungs- dienst	Notarzt							
	Rettungs- dienst	Rettungsfahrt							
Fahrtkosten		Krankentransport							
		Taxi							
		ÖPNV							
Lohnersatz		Krankengeld							

6.4. Entscheidungsmatrix

Nachfolgende Entscheidungsmatrix verdeutlicht die Abhängigkeit der Dimensionen zueinander. Methode A sei die Referenz- oder Standardmethode. Methode B sei die alternative Methode. Die Methoden A und B können sich in einem, in zwei oder in drei Merkmalen unterscheiden. Die Abweichung der Methode B von der Referenzmethode A führt bei der Erhöhung des Nutzens, der Senkung des Risikos oder der Senkung der Kosten zu einer Bevorzugung des Verfahrens B. Bei einer Verringerung des Nutzens, einer Erhöhung des Risikos oder einer Vermehrung der Kosten soll das Referenzverfahren beibehalten werden. Insgesamt lassen sich so 26 Bewertungsvarianten unterscheiden.

Tabelle 1: Legende zur Unterscheidung von Dimensionen

Legende

Nutzen	1			B>A
	-1			B<A
Risiko			1	B>A
			-1	B<A
Kosten			1	B>A
			-1	B<A

Während beim Nutzen ein höherer Wert der Alternativmethode positiv zu bewerten ist, führt ein höheres Risiko oder höhere Kosten zu einer negativen Bewertung.

Tabelle 2: Unterscheidung in einer Dimension

Variante	Nutzen	Risiko	Kosten	Favorisierte Methode
1	1			B
2	-1			A
3			1	A

4		-1		B
5			1	A
6		-1		B

Bei der Unterscheidung in einer Dimension ist bei den resultierenden sechs Varianten ausnahmslos eine eindeutige Entscheidung über die wirtschaftlichere Behandlungsalternative möglich.

Tabelle 3: Unterscheidung in zwei Dimensionen

	Nutzen	Risiko	Kosten	Favorisierte Methode
7	1	1		Nutzen-Risiko-Abwägung; Aufklärung
8	1	-1		B
9	-1	1		A
10	-1	-1		Nutzen-Risiko-Abwägung; Aufklärung
11	1		1	B nach Kosten-Nutzen-Abwägung
12	1		-1	B
13	-1		1	A
14	-1		-1	A
15		1	1	A
16		1	-1	A
17		-1	1	B nach Kosten-Risiko-Abwägung
18		-1	-1	B

Unterscheiden sich Behandlungsalternativen in zwei Dimensionen, sind zwölf Varianten denkbar, Es sind in mindestens acht Varianten eindeutige Entscheidungen möglich, wenn

das Prinzip des Vorrangs der medizinischen Bewertung vor der Kostenbewertung und bei medizinischer Gleichwertigkeit das Prinzip der Preisgünstigkeit angewandt werden. Immer dann, wenn sich Nutzen und Risiko gleichsinnig verändern, bedarf es einer sorgfältigen Nutzen-Risiko-Abwägung und einer entsprechenden Aufklärung des Patienten. Geht das Alternativverfahren B mit erhöhtem Nutzen oder reduziertem Risiko und gleichzeitig mit höheren Kosten einher, ist das Verfahren B zwar grundsätzlich zu favorisieren. Streng genommen ist jedoch zu prüfen, ob die Belastung der Solidargemeinschaft durch den Kostenunterschied im Vergleich zur Veränderung des Nutzens und der Risiken angemessen ist.

Tabelle 4: Unterscheidung in drei Dimensionen

Unterscheidung in drei Merkmalen

	Nutzen	Risiko	Kosten	Favorisierte Methode
19	1	1	1	Nutzen-Risiko-Abwägung; Kosten-Nutzen-Abwägung
20	1	1	-1	Nutzen-Risiko-Abwägung
21	1	-1	1	B
22	1	-1	-1	B
23	-1	1	1	A
24	-1	1	-1	A
25	-1	-1	1	A
26	-1	-1	-1	Nutzen-Risiko-Abwägung; Kosten-Risiko-Abwägung

Acht Entscheidungsvarianten sind denkbar, wenn sich die Referenz- und die Alternativmethode in drei Dimensionen unterscheiden. Dabei führt ein geringerer Nutzen nahezu ausnahmslos zur Beibehaltung der Standardmethode. Multidimensionale Variationen erfordern eine differenziert qualitative und quantitative Abwägung von inkrementalen Nutzen, Risiken und Kosten.

7. Beispiele

In den nachfolgenden Beispielen wird verdeutlicht, wie die Anwendung der zuvor entwickelten Bewertungsprinzipien dazu beitragen kann, strittige Konstellation bei der Abrechnung von Krankenhausbehandlungen zu beurteilen und zu bewerten.

7.1. Beispiel DRG-Split

Im Jahr 2013 fällte der dritte Senat des Bundessozialgerichts und im Jahr 2014 der erste Senat jeweils ein Urteil bezüglich des Vorwurfs eines ungerechtfertigten Fallsplits. Kostenträger verstehen unter dem Begriff des ungerechtfertigten Fallsplits eine Konstellation, in der ein Behandlungsfall rechtsmissbräuchlich in zwei Abrechnungsfälle gesplittet wird, um so zu höheren Erlösen zu gelangen. Die Mehrzahl derartiger Behandlungssequenzen wird durch Fallzusammenführungsregeln gemäß der jeweils gültigen Fallpauschalenverordnung ohnehin wieder zu einem Abrechnungsfall zusammengeführt (sogenannte Fallzusammenführung). Bei Überschreitung bestimmter Fristen oder bei Fallpauschalen, die im Fallpauschalenkatalog von der Wiederkehrer-Regelung ausgenommen sind, ist eine Fallzusammenführung technisch nicht möglich.

In beiden Fällen ist der Zeithorizont dynamisch in Abhängigkeit vom Erreichen des Behandlungsziels auszuwählen.

Im Fall des dritten Senats wurde ein älterer, multimorbider Patient ausgenommen, der unter einem Harnverhalt wegen einer Vergrößerung der Prostata litt. Im ersten Aufenthalt erhielt der Patient eine vorübergehende Harnableitung. Nach einer Normalisierung der Nieren- und Blasenfunktion erfolgte nach fünf Wochen die operative Versorgung der Prostata. (Bundessozialgericht 28.11.2013, Rn. 3)

Der Kostenträger erhob den Vorwurf eines ungerechtfertigten Fallsplits, das Krankenhaus hätte den Patienten innerhalb einer Frist von 30 Tagen zur Folgebehandlung erneut aufnehmen müssen, da so die Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung bestanden hätten. Das Krankenhaus argumentierte, dass bei diesem Krankheitsbild eine zweizeitige Behandlung zur Vermeidung gravierender Organkomplikationen den medizinischen Standards entspricht. Leitlinienkonform ist bei einem akuten Harnverhalt zunächst eine konservative Therapie angezeigt, eine Operationsindikation besteht bei unzureichendem Ansprechen auf die medikamentöse Behandlung.

Der dritte Senat entschied zugunsten des Krankenhauses. Das Krankenhaus sei nicht verpflichtet, gegen eigene wirtschaftliche Interessen über die gesetzlichen Abrechnungsregeln hinaus weitere Regeln zur wirtschaftlichen Leistungserbringung aufzustellen und einzuhalten, sofern vertragliche und gesetzliche Voraussetzungen eingehalten würden. Kostenträger realisieren das Wirtschaftlichkeitsgebot durch die Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungserbringer. (Bundessozialgericht 28.11.2013, Rn. 21)

Im Fall des ersten Senats wurde der Patient mit einem akuten Herzinfarkt stationär aufgenommen und zunächst konservativ behandelt. Bereits während des ersten Aufenthaltes wurde der Patient darüber aufgeklärt, dass einer Linksherzkatheteruntersuchung erforderlich sei, um Ursache und Ausmaß der koronaren Herzerkrankung zu diagnostizieren und ggf. interventionell zu behandeln. Diese Untersuchung wurde in einen zweiten Aufenthalt etwa eine Woche nach der ersten Entlassung des Patienten in einem zweiten Aufenthalt durchgeführt. Eine Fallzusammenführung schied aus formal-technischen Gründen aus. Durch den Kostenträger wurde der Vorwurf eines ungerechtfertigten Fallsplits erhoben, da die invasive Diagnostik bereits im ersten Aufenthalt indiziert gewesen wäre. (Bundessozialgericht 01.07.2014, Rn. 2)

Bereits vorinstanzlich wurde unangegriffen festgestellt, dass der Patient infolge seines Herzinfarktes einer stationären Behandlung einer Linksherzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie benötigte. (Bundessozialgericht 01.07.2014, Rn. 11)

Der erste Senat entschied zugunsten des Kostenträgers und begründete dies mit der Forderung, dass ein Krankenhaus auch bei der Vergütung durch Fallpauschalen verpflichtet sei, den Behandlungsplan auf eine wirtschaftliche Alternative hin zu prüfen. Bei fehlender Prüfung oder Auswahl einer unwirtschaftlichen Behandlung habe das Krankenhaus nur Anspruch auf die Vergütung, die bei wirtschaftlicher Erbringung angefallen wäre. (Bundessozialgericht 01.07.2014, Rn. 17)

Der scheinbare Widerspruch, dass in einem Urteil die Rechtmäßigkeit der zweizeitigen befürwortet und im zweiten Urteil verneint wird, löst sich auf, wenn für beide Konstellationen das Behandlungsziel und der resultierende Behandlungsplan entsprechend der medizinischen Fachstandards betrachtet werden.

Im ersten Fall besteht das Behandlungsziel darin, einen akuten Harnverhalt infolge einer Prostatavergrößerung unmittelbar zu beseitigen und gleichzeitig eine Behandlung der

Prostatavergrößerung einzuleiten. Zum Zeitpunkt der ersten Behandlung war nicht absehbar, ob eine Operation zwingend erforderlich war oder ob bereits eine medikamentöse Behandlung zu einer ausreichenden Volumenreduktion der Prostata führen würde. Angezeigt waren deshalb zunächst die Behandlung der Manifestation und die Reevaluation einer möglichen Indikation zur operativen Therapie im Intervall. Das Institut für Qualität & Patientensicherheit Hamburg verweist im Zusammenhang mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für Prostataresektionen auf deutsche und amerikanische Leitlinien:

„Die deutsche Leitlinie weist darauf hin, dass bei Restharn über 100 ml Zuwarten grundsätzlich nicht indiziert ist, so dass zunächst eine medikamentöse Therapie eingeleitet werden soll. Nach Ausschöpfen der konservativen Möglichkeiten und progredientem Verlauf ist dann eine operative Therapie indiziert.

[...] Die amerikanische Leitlinie nennt folgende absolute Indikationen für operative Behandlung („surgery“) der BPH (ohne Festlegung der Methode):

- *Harnverhalt, erfolglose Dauerkatheterentfernung*
- *Niereninsuffizienz infolge der BPH*
- *rezidivierende Harnwegsinfekte*
- *rezidivierende Hämaturie infolge der BPH*
- *rezidivierende Harnblasensteine infolge der BPH“*

(Institut für Qualität & Patientensicherheit 2009)

Das zweizeitige, abwartende Vorgehen war aus wirtschaftlicher Sicht zur Reduktion von Risiken und unter Berücksichtigung, dass ein Teil der Operationen so vermieden werden kann, angemessen.

Im zweiten Fall besteht das Behandlungsziel in einer schnellstmöglichen Durchblutungsverbesserung der bei einem Herzinfarkt verschlossenen Herzkranzgefäße, um Folgeschäden des Herzmuskels mit der Konsequenz einer Herzinsuffizienz oder von Rhythmusstörungen zu minimieren.

Das leitlinienkonforme Vorgehen erfordert eine Koronarintervention möglichst innerhalb von 90 Minuten nach dem medizinischen Erstkontakt einschließlich des Rettungsdienstes:

„Alle an der STEMI-Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser und Rettungssysteme sollen die Zeiten der Behandlungskette erfassen und analysieren und Anstrengungen unternehmen, folgende Qualitätsziele dauerhaft zu erreichen:

- › *Erster medizinischer Kontakt bis Erst-EKG ≤ 10 min*
- › *Erstkontakt bis Beginn der Reperfusionstherapie:*
 - *Fibrinolyse ≤ 30 min,*
 - *primäre PCI ≤ 90 min (≤ 60 min, wenn der Patient sich innerhalb von 120 Minuten nach Symptombeginn präsentiert oder sich direkt bei dem PCI-Zentrum vorstellt)*

[...]

Patienten die zu einem PCI-Zentrum zur primären PCI verlegt werden, sollten unter Umgehung der Notaufnahme direkt in das Herzkatheterlabor eingeliefert werden.“ (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. 2012, S. 16)

Ein einzeitiges Vorgehen mit einer Intervention unmittelbar nach Aufnahme des Patienten entspricht somit dem fachlichen Standard. Durch die unbegründete Abweichung von diesem Standard sind zusätzliche Behandlungskosten zu Lasten der Kostenträger entstanden.

Beide Urteile sind bei Einbeziehung des Behandlungsziels und des Behandlungsplans nachvollziehbar.

7.2. Beispiel Geriatrie

In Deutschland haben sich auf Basis der föderalen Strukturen in den verschiedenen Bundesländern unterschiedliche Konzepte in der geriatrisch-rehabilitativen Versorgung etabliert. Während in einigen Bundesländern hochbetagte Patienten sequentiell akut-stationär und rehabilitativ behandelt werden, erfolgt in anderen Bundesländern eine fallabschließende Frührehabilitation im Zusammenhang mit der Primärversorgung. Kostenträger argumentieren häufig mit dem Argument der wirtschaftlicheren Erbringung rehabilitativer Leistungen in Rehabilitationskliniken. Krankenhäuser verweisen hingegen auf die fluktuierende Rekonvaleszenz bei hochbetagten Patienten mit einer resultierenden hohen Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Komplikationen und der darauf zurückzuführenden Inanspruchnahme akutstationärer diagnostischer und therapeutischer Leistungen

Beide Varianten dienen dem Behandlungsziel, einen multimorbiden, senilen Patienten mit eingeschränkten Organ- und Funktionsreserven sowie reduzierten Fähigkeiten im Rahmen der Alltagskompetenz nach einer schweren Erkrankung oder Verletzung die Rückkehr in sein häusliches Umfeld zu ermöglichen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Behandlungsvariante A sieht vor, den Patienten akutstationär zu versorgen und anschließend in eine Rehabilitationsklinik zu verlegen. Behandlungsvariante B sieht vor, den Patienten ausschließlich im akutstationären Bereich einschließlich der erforderlichen Frührehabilitation zu versorgen. Keines der beiden Modelle ist ein Referenzmodell.

Modellrechnung (Bottom-Up)

Annahmen: Ein achtzigjähriger Patient mit einer Schenkelhalsfraktur erhält eine Hüftendoprothese. Diese Leistung wird, angelehnt an Verteilungsmuster in den Datenbanken des InEK, in Abhängigkeit vom Patientenkomorbiditäts- und komplexitätslevel (PCCL) in 75 Prozent der Fälle der DRG I47B und in 25 Prozent der Fälle der DRG I05Z zugeordnet. Beide Fallpauschalen unterscheiden sich in ihren Verweildauerkennzahlen und den abhängigen Relativgewichten inklusive der Zu- und Abschläge. Entweder erfolgt am Tag nach der Überschreitung der mittleren Verweildauer die Verlegung in eine Rehabilitationsklinik oder der Patient wird postoperativ fallabschließend im Sinne einer Frührehabilitation versorgt. Als durchschnittliche Dauer für den Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik werden 3 Wochen eingeplant.

Als monetäre Kenngrößen werden ein Basisfallwert von 3190,00 € in der akutstationären Versorgung und ein Tagessatz von 160 € in der Rehabilitationsklinik eingesetzt. Für die Verlegung des Patienten mit einem Krankentransport werden 125 € am Tag der Verlegung eingerechnet. Die Höhe der Entgelte entspricht durchschnittlichen Werten, die bei einer Internetrecherche gefunden wurden. Einschränkend ist anzumerken, dass weder seitens der Leistungserbringer noch seitens der Kostenträger Leistungs- und Kostendaten zur Rehabilitation in der Transparenz veröffentlicht werden, die seit Einführung des Fallpauschalensystems im Sektor der akutstationären Versorgung gefordert wird.

Entsprechend der Wichtung werden durchschnittliche Erlöse in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer ermittelt.

Der zu betrachtende Zeithorizont ist die obere Grenzverweildauer der DRG I34Z.

Die Ergebnisse sind in Diagramm 3 zusammengefasst:

- In der Variante A beträgt die gewichtete mittlere Verweildauer bei einer rein akutstationären Behandlung 12 Tage, danach erfolgt die Vergütung über tagesbezogene Entgelte für durchschnittlich 21 Tage. Die Gesamtkosten betragen am 33. Behandlungstag zirka 11.300 €
- In der Variante B folgt der Erlösverlauf bis zum 14. Tag der Frührehabilitation der Vergütung der rein operativen Fallpauschale. Danach wird die DRG I34 Z mit konstanten Erlösen bis zum Erreichen der oberen Grenzverweildauer (41. Behandlungstag) angesteuert. Im Idealfall erfolgt das initiale Assessment bereits bei Einlieferung des Patienten und die altersmedizinisch adaptierte Behandlung beginnt bereits perioperativ. Die mittlere Verweildauer beträgt in diesem Fall 26 Tage. Die Gesamtkosten betragen bei Erreichen der mittleren Verweildauer zirka 11.200 €

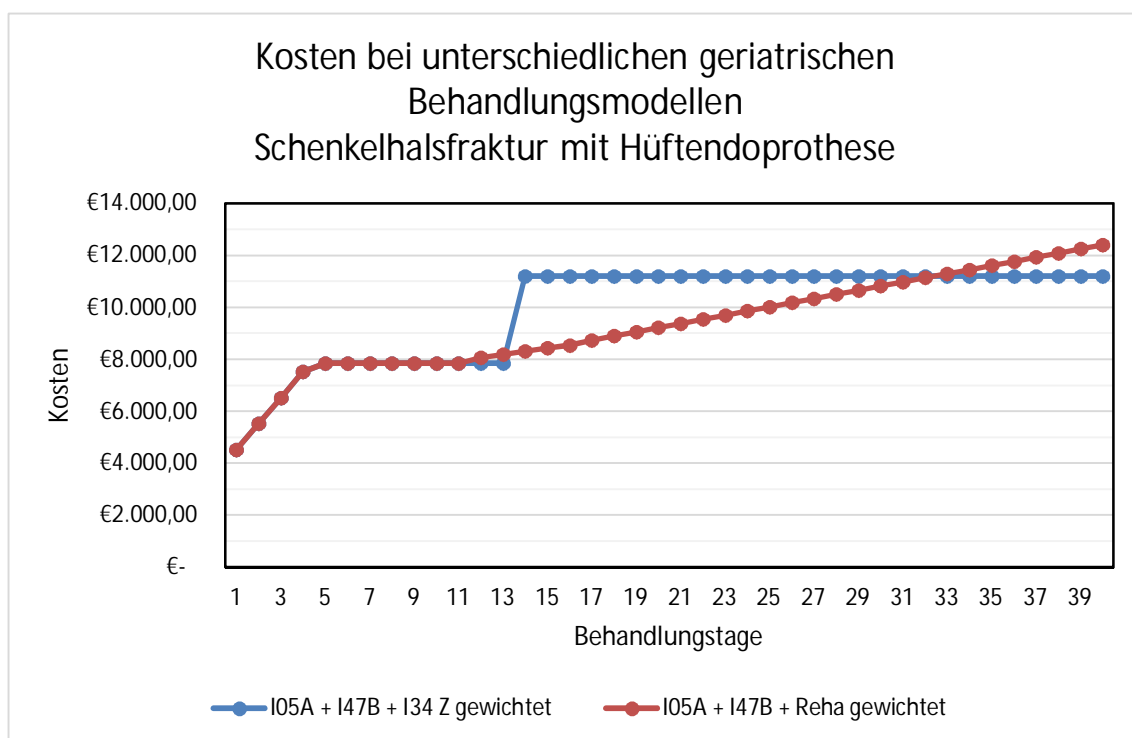


Diagramm 3: Verlauf der Behandlungskosten für die endoprothetische Versorgung eines Patienten mit einer Schenkelhalsfraktur und einer anschließenden Rehabilitation, eigene Darstellung

In einer Nutzenbewertung ist die fallabschließende (Früh-)Rehabilitation zu favorisieren. Die kürzere Verweildauer korreliert mit einer kürzeren Krankheitsdauer. Auch bei einer Risikobewertung ist der Variante B der Vorzug zu geben, da im Fall von Komplikationen oder Verschlechterungen des Gesundheitszustandes die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Krankenhauses unmittelbar zur Verfügung stehen.

Die Kosten sind bei den jeweils durchschnittlichen Behandlungsdauern vergleichbar. Führt eine verzögerte Rekonvaleszenz zu einem höheren Rehabilitationsbedarf, ist der fallabschließenden Frührehabilitation der Vorzug zu geben, da durch das pauschalierte Entgelt das Kostenrisiko auf den Leistungserbringer übertragen wird, während in Rehabilitationskliniken jeweils zusätzliche Tagesentgelte in Rechnung gestellt würden.

In einer Gesamtbetrachtung von Nutzen, Risiken und Kosten ist die Erbringung der fallabschließenden geriatrischen Frührehabilitation bei einer typischen Versorgung eines Patienten mit einer Schenkelhalsfraktur wirtschaftlicher.

7.3. Beispiel Evaluation zur Nierenlebenspende

Strittig ist die Frage, ob für die Evaluation eines potentiellen Nierenlebenspenders die besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich sind.

Die gesetzlichen Anforderungen für eine mögliche Lebenspende von Geweben oder eines Organs sind in Deutschland im § 8 (1) des Transplantationsgesetzes festgeschrieben.

Der in Deutschland geltende fachliche Standard für die Evaluation von möglichen Lebenspendern einer Niere ist in einem Artikel der Autoren Liefeldt et al. im Jahr 2006 in der Zeitschrift „Der Nephrologe“ veröffentlicht worden. In der Tabelle 1 des Artikels sind die Untersuchungen aufgelistet, die notwendig sind, um zu erkennen, ob die Spenderniere für eine Transplantation geeignet ist und ob dem Spender durch die Organentnahme überdurchschnittliche Risiken für die eigene körperliche und psychische Gesundheit drohen.

- Anamnese
- Klinische Untersuchung
- Urologische Untersuchung (bei Männern und Frauen)
- Gynäkologische Untersuchung (bei Frauen)

- Labor (inklusive Virusserologie für Hepatitis, CMV und HIV, Tumormarker, Auto-AK, Gerinnungsdiagnostik, Blutgruppe, HLA-Typisierung und Cross-match)
- EKG
- ABDM (ambulante Blutdruck-Langzeitmessung)
- Thoraxröntgenaufnahme
- Abdominelle Sonographie
- GFR-Bestimmung mittels DTPA-Clearance
- Seitengetrennte Nierenzintigraphie mit MAG3
- Ausscheidungsurogramm
- Angio-CT des Abdomens
- Angio-MRT des Abdomens
- Nur bei spezieller Fragestellung: Nierenangiographie

(L. Liefeldt et al; 2006)

Grundsätzlich ist jede dieser Untersuchungen für sich allein ambulant durchführbar. Die ggf. erforderliche Nierenangiographie ist als Kategorie 2-Eintrag im Katalog Ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe nach §115b SGB V enthalten. Die ambulante Durchführung setzt jedoch voraus, dass in einer zumutbaren Entfernung zum Wohnsitz des Spenders Vertragsärzte aller erforderlichen Fachrichtungen (Nephrologen, Urologen, Radiologen, Angiologen, Nuklearmediziner, Labormediziner) vertreten sind, koordiniert und zeitnah Termine für die Spenderuntersuchungen vergeben werden und die Ergebnisse der Untersuchungen qualifiziert durch einen in der Transplantationsmedizin erfahrenen Nephrologen beurteilt werden können.

Bei der Benennung des Behandlungsziels ist darüber hinaus das soziale Leistungsrecht und insbesondere der § 27 Absatz 1a SGB V zu beachten.

Es ist zwischen den Begrifflichkeiten ‚Spender von Organen und Geweben‘ und ‚Versicherter‘ zu differenzieren. Gemäß § 27 SGB V ist der Versicherte dabei der potentielle Empfänger des Organs. Für die Vergütung der medizinischen Behandlung des Spenders ist die Krankenkasse der/des erkrankten Versicherten verantwortlich.

Bei Beachtung des Leistungsrechts besteht das Behandlungsziel darin, die Dialysepflichtigkeit der/des Versicherten durch die Transplantation der Niere eines Lebendspenders zu beenden.

Somit sind für eine Bewertung der Wirtschaftlichkeit unterschiedlicher Behandlungsvarianten alle direkten und indirekten Kosten der medizinischen Behandlung des Spenders und des Versicherten zu berücksichtigen.

Entsprechend des § 27 SGB V umfassen diese Kosten neben der medizinischen Behandlung sowohl die Erstattung des Ausfalls von Arbeitsentgelten als auch die Fahrtkosten des Spenders.

Während die zu absolvierenden Prozesse und die damit verbundenen direkten und die indirekten Kosten für eine stationäre Behandlung relativ klar benannt werden könnten, fehlen transparente Informationen für den vertragsärztlichen Bereich. Insbesondere können keine Aussagen getroffen werden, ob die ambulante Durchführung der Untersuchungen ebenfalls an nur zwei – drei Tagen möglich gewesen wäre. Angesichts der durch Krankenkassen und Politik geführten öffentlichen Diskussion über die Vergabe von Facharztterminen und des Entwurfs zum Präventionsgesetz bestehen hier begründete Zweifel. Somit würden bei ambulanter Durchführung über die reine medizinische Leistung hinaus zusätzlich Kosten zu Lasten der Krankenversicherung für Lohnfortzahlung entstehen. Zusätzlich hätte die Krankenversicherung ggf. auch Fahrtkosten zum Besuch der unterschiedlichen Vertragsärzte zu vergüten.

Ein weiterer erheblicher und in der Gesamtbetrachtung entscheidender Kostenfaktor würde jedoch in Bezug auf das Behandlungsziel (Beendigung der Dialysen der Versicherten) resultieren. Unter der Annahme einer Verzögerung der Transplantation durch die ambulante Leistungserbringung wären pro Woche zusätzlich drei Dialysen zu vergüten. Drei bis vier Dialysen entsprechen in etwa den Kosten für die stationäre Behandlung, wobei bei einer vollständigen Betrachtung auch noch die Kosten einer ambulanten Behandlung nach EBM von den Kosten der stationären Behandlung abzuziehen sind.

Die Partner der Selbstverwaltung bestätigen in der Präambel zu den G-AEP-Kriterien die stationäre Behandlungsbedürftigkeit, wenn durch „eine Verdichtung diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen ein deutlicher Zusatznutzen“ zu erwarten ist. (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin, GKV-Spitzenverband, Berlin 2006, S. 1)

Somit ist die stationäre Durchführung der Untersuchungen bei strikter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes infolge der Verdichtung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und dem resultierenden Nutzen gerechtfertigt, wenn nicht sogar zwingend geboten.

8. Zusammenfassung

Die Bewertung der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V bei einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V stellt Krankenhäuser und Krankenkassen vor Herausforderungen.

Übertragbare methodische Ansätze sind nur für die Arzneimittel und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beschrieben.

Ein sinnvolles Bewertungsverfahren erfordert in einem ersten Schritt, sich die Behandlungsnotwendigkeit, die Behandlungsfähigkeit und das Behandlungsziel zu verdeutlichen. Danach sind für alternative Behandlungspläne Nutzen, Risiken und Kosten zu betrachten.

Kosten sind grundsätzlich auf der Leistungsauswahlebene zu benennen. Es ist ein Kardinalfehler, pauschalierte Einzelfallentgelte in einem Sektor mit den Landesbudgets eines anderen Sektors in Beziehung zu setzen.

Ein sachgerechter Wirtschaftlichkeitsvergleich erfordert eine bedingungslose Preis- und Ergebnistransparenz aller miteinander im Wettbewerb stehender Sektoren. Die unvollständige Veröffentlichung von Entgelten und indikationsbezogenen Behandlungsdauern im Rehabilitationsbereich und die Art der Verteilung des Budgets der Kassenärztlichen Vereinigung stehen einer sektorenübergreifenden Analyse von Effizienz und Effektivität entgegen.

Wenn im Einzelfall dennoch der Nachweis einer größeren Wirtschaftlichkeit akutstationärer Behandlung im Vergleich zu den alternativen Behandlungsmöglichkeiten gelingt, gilt es Abstand von der tradierten Budgetdiskussion zu nehmen. Der Nachweis der Wirtschaftlichkeit kann nur auf der Ebene der Mikroallokation (Auswahlebene) erfolgen. Es ist die Aufgabe der Selbstverwaltungen, derartige Erkenntnisse auf der Ebene der Meso- oder Makroallokation (Gestaltungsebene) in die Budgetbemessung der Sektoren zu transferieren.

9. Literaturverzeichnis

Bundesanzeiger 2003; Nr. 188: S. 22 577.

Bundesanzeiger Nr. 84a (Beilage) vom 10. Juni 2009.

ABIM FOUNDATION: *Choosing-Wisely-Master-List : An initiative of the ABIM Foundation*. URL <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2013/02/Choosing-Wisely-Master-List.pdf> – Überprüfungsdatum 2015-01-11.

ARNADE, Johannes: *Kostendruck und Standard : Zu den Auswirkungen finanzieller Zwänge auf den Standard sozialversicherungsrechtlicher Leistungen und den haftungsrechtlichen Behandlungsstandard*. 1. Aufl. Berlin, Heidelberg : Springer-Verlag, 2010 (Kölner Schriften zum Medizinrecht, 5).

BROGLIE, M.: *Juristische Fallstricke in der Arztpraxis und Lösungsansätze : Arzt zwischen Wirtschaftlichkeitsgebot und Sorgfaltspflicht*. In: *Der Internist* 42 (2001), Nr. 5, S. M90.

BUNDESÄRZTEKAMMER: *Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer : Entschlüsseungen zum Tagesordnungspunkt VII. DOKUMENTATION / 109. DEUTSCHER ÄRZTE-TAG*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (2006), Nr. 22, S. A-1540 - A-1552. URL <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=dimdi&id=51625>.

BUNDESÄRZTEKAMMER: *Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer : ENTSCHEIDUNGEN ZUM TAGESORDNUNGSPUNKT V. DOKUMENTATION ZUM 110. DEUTSCHEN ÄRZTETAG*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (2007), Nr. 21, S. A-1519 - A-1532. URL <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=dimdi&id=55807>.

BUNDESÄRZTEKAMMER: *Patientenrechte in Zeiten der Rationierung : ENTSCHEIDUNGEN ZUM TAGESORDNUNGSPUNKT II. DOKUMENTATION ZUM 112. DEUTSCHEN ÄRZTETAG*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 106 (2009), Nr. 22, S. 1120–1121. URL <http://www.aerzteblatt.de/pdf/106/22/a1120.pdf> – Überprüfungsdatum 2014-09-23.

BUNDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN: *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhausbehandlung*

(idF v. 24. 3. 2003). URL <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2/RL-Khbehandlung-2003-03-24.pdf> – Überprüfungsdatum 2015-03-06.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT: *Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze* (idF v. 21. 7. 2014). URL <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/khg/gesamt.pdf> – Überprüfungsdatum 2015-03-06.

BUNDESSOZIALGERICHT: Umstritten ist die Vergütung für eine stationäre Krankenhaus(KH)-Behandlung. B 1 KR 24/08 R (2009-06-30), S. 1–8. URL [https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/show.php?modul=esgb&id=122603&s0=untere Prozent20grenzverweildauer&s1=&s2=&words=&sensitive=.](https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/show.php?modul=esgb&id=122603&s0=untere Prozent20grenzverweildauer&s1=&s2=&words=&sensitive=)

BUNDESSOZIALGERICHT: Die Beteiligten streiten über die Vergütung von drei vorstationären Behandlungen. B 1 KR 2/12 R (2013-09-17). URL <https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/export.php?modul=esgb&id=166256&exportformat=PDF>.

BUNDESSOZIALGERICHT: Die Beteiligten streiten darüber, ob zwei stationäre Krankenhausbehandlungen im Wege der Fallzusammenführung mit nur einer Fallpauschale abzurechnen sind. B 3 KR 33/12 R (2013-11-28). URL <https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/export.php?modul=esgb&id=167435&exportformat=PDF>.

BUNDESSOZIALGERICHT: Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung. B 1 KR 62/12 R (2014-07-01). URL <https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/export.php?modul=esgb&id=173201&exportformat=PDF>.

BUNDESTAG MIT ZUSTIMMUNG DES BUNDESRATES: *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung* (in Kraft getr. am 20. 12. 1988, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11. 8. 2014). URL http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf – Überprüfungsdatum 2014-11-23.

BUßMANN-WEIGL, Oliver: *Der Wirtschaftlichkeitsbegriff im SGB V und die ökonomische Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden : Zugleich ein Beitrag zur Definition eines sozialrechtlichen Rahmens gesundheitsökonomischer Evaluation*. Univ., Diss.--Bremen, 2004. URL <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-diss000102129>.

- CLAUS, S.: *Ökonomisierung der Krankenversorgung: Schon für Studierende prägend*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 110 (2013), Nr. 5, S. A-178. URL <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=dimdi&id=134282>.
- DENNLER, Ulf: *Checkliste zum Vergleich der Wirtschaftlichkeit gemäß § 12 SGB V bei Krankenhausbehandlungen gemäß § 39 SGB V*. URL http://www.medizincontroller.de/dokumente/info/Interessante_Veroeffentlichungen/Checkliste_AG_Wirtschaftlichkeitsgebot.pdf – Überprüfungsdatum 2015-02-20.
- DENNLER, Ulf: *Kürzung ohne Würze*. In: *f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus* (2014), Nr. 09, S. 858–862.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KARDIOLOGIE – HERZ- UND KREISLAUFFORSCHUNG E.V.: *Therapie des akuten Herzinfarktes bei Patienten mit persistierender ST-Streckenhebung : ESC POCKET GUIDELINES*. URL http://leitlinien.dgk.org/files/PL_STEMI_Internet_13.pdf – Überprüfungsdatum 2015-02-21.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR MEDIZINCONTROLLING E.V.: *Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. : Startseite*. URL <http://www.medizincontroller.de/info/1/startseite.html> – Überprüfungsdatum 2015-03-15.
- DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT E.V., BERLIN; GKV-SPITZENVERBAND: *Katalog der G-AEP-Kriterien : Präambel zu dem Katalog der G-AEP-Kriterien*. 2004.
- INSTITUT FÜR DAS ENTGELTSYSTEM IM KRANKENHAUS INEK: *Kalkulation von Fallkosten : Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern*. Version 3. Düsseldorf, 2007.
- DIMDI: DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION: *DIMDI - HTA: Systematische Bewertung gesundheitsrelevanter Prozesse und Verfahren*. URL <https://www.dimdi.de/static/de/hta/> – Überprüfungsdatum 2015-03-07.
- EB: *Bundessozialgericht : Richtlinien des G-BA haben Vorrang*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (2006), Nr. 50, S. A-3368. URL <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=dimdi&id=53842>.

EBERHART, Leopold ; SCHMUDE, Michael ; GELDNER, Götz: *Gesundheitsökonomie : Der Arzt unter zunehmendem Kostendruck*. Die Reform-Gesetzgebung im Gesundheitswesen und Effizienzanalysen begrenzen den Einsatzradius der Medizin. In: *Deutsches Ärzteblatt* 99 (2002), Nr. 36, S. A-2317. URL <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=dimdi&id=32777>.

FELDER, Stefan ; MAYRHOFER, Thomas ; GRABE, Kristin ; HORVATH, Daniel ; SCHRÖDER, Susanne: Die Gesetzliche Krankenversicherung 2020 – Mehr Wettbewerb wagen! In: Verlag Ärzte Zeitung (Hrsg.): *Zukunftsideen für das Gesundheitssystem : Beiträge aus dem Hochschulwettbewerb „Perspektive 2020 – Gesundheit als Chance“*. Delphi-Studienreihe. Offenbach, S. 11–24.

FRANCKE, Robert ; HART, Dieter: *Bewertungskriterien und -methoden nach dem SGB V*. In: *Medizinrecht* 26 (2008), Nr. 1, S. 2–24.

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS: Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (idF v. 18. 12. 2008). VerFO-G-BA. In: *Bundesanzeiger Nr. 84a (Beilage) vom 10. Juni 2009*, zuletzt geändert am 2014.

GKV-SPITZENVERBAND, BERLIN; DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT E.V., BERLIN: *Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrenvereinbarung – PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG* (in Kraft getr. am 2014). URL http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/abrechnungspruefung/KH_2014_08_04_PruefvV.pdf – Überprüfungsdatum 2015-01-17.

GRAF VON DER SCHULENBURG, J.-M ; GREINER, W. ; JOST, F. ; KLUSEN, N. ; KUBIN, M. ; LEIDL, R. ; MITTENDORF, T. ; REBSCHER, H. ; SCHÖFFSKI, O. ; VAUTH, C. ; VOLMER, T. ; WAHLER, S. ; WASEM, J. ; WEBER, C.: *Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation - dritte und aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens*. In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 12 (2007), Nr. 5, S. 285–290. URL <http://physicianprofiling.ch/PHYHannoveranerKonsensGesundheitssoekonomie2007.pdf> – Überprüfungsdatum 2014-12-27.

GRUPP, Rudolf: *Standardversorgung versus Therapiefreiheit im Krankenhaus*. URL http://extras.springer.com/2002/978-3-662-21759-7/DATEN/K11/K11_03.PDF – Überprüfungsdatum 2014-09-21.

HEGE, Hans: *Die unbestimmten Rechtsbegriffe im SGB V: Die Politik muss entscheiden: Die Analyse der begrifflichen Grundlagen in der Die Analyse der begrifflichen Grundlagen in der Gesetzlichen Krankenversicherung zeigt, dass aus ihnen eine Leistungsbegrenzung nicht logisch entwickelt werden kann*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 98 (2001), Nr. 5, S. A233-A236. URL <http://www.aerzteblatt.de/archiv/25858/Die-unbestimmten-Rechtsbegriffe-im-SGB-V-Die-Politik-muss-entscheiden> – Überprüfungsdatum 2015-01-10.

INSTITUT FÜR QUALITÄT & PATIENTENSICHERHEIT: *Prostatarsektionen : Rationale - BQS Institut*. Qualitätsindikatoren für interne und externe Qualitätssicherung. URL <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2008/ergebnisse/leistungsbereiche/prostatarsektion/indikatoren/3/rationale> – Überprüfungsdatum 2015-03-14.

INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN: *Gesetzliche Grundlagen des IQWiG*. URL <https://www.iqwig.de/de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele/gesetzliche-grundlagen.2952.html> – Überprüfungsdatum 2015-02-20.

JACHERTZ, N. ; RIESER, S.: *Rationierung im Gesundheitswesen : Grenzen für den Fortschritt*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (2007), 1-2, S. A-21. URL <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=dimdi&id=54012>.

JANKOWSKI, Markus ; ZIMMERMANN, Anne: *Versicherungspflichtige Leistungen in einer obligatorischen Krankenversicherung*. Köln, Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung. Diskussionspapiere. 2004. URL https://www.econs-tor.eu/dspace/bitstream/10419/23834/1/OWIWO-Disc_1-2004.pdf – Überprüfungsdatum 2014-09-21.

LANDESSOZIALGERICHT RHEINLAND-PFALZ: Umstritten ist die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung L 5 KR 149/05 (2006-05-18), S. 1–4. URL <https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/export.php?modul=esgb&id=56424&exportformat=PDF>.

LIEFELDT, L. ; GIESSING, M. ; FULLER, T. F. ; JUNG, C. ; PETERS, H. ; NEUMAYER, H.-H. ; BUDDE, K.: *Lebendnierentransplantation*. In: *Der Nephrologe* 1 (2006), Nr. 1, S. 63–70.

MAZOUZ, Nadia ; WERNER, Micha H. ; WIESING, Urban: *Krankheitsbegriff und Mittelverteilung*. 1. Aufl. Baden-Baden : Nomos, 2004 (Beiträge zum Gesundheitsmanagement Bd. 8).

MÜHLBACHER, Axel C. ; BETHGE, Susanne ; TOCKHORN, Antje: *Entscheidungen auf Basis von Effizienzgrenzen: Berücksichtigung von Patientenpräferenzen*. In: *Public Health Forum* 17 (2009), Nr. 3, S. 25.e1.

NIEBUHR, Dea ; GREß, Stefan ; ROTHGANG, Heinz ; WASEM, Jürgen: *Verfahren und Kriterien zur Konkretisierung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung : ZeS-Arbeitspapier, No. 05/2003*. URL <http://hdl.handle.net/10419/41520> – Überprüfungsdatum 2014-09-21.

SIMON, M.: *Das deutsche DRG-System : Grundsätzliche Konstruktionsfehler*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 110 (20130927), Nr. 39, S. A-1782. URL <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=dimdi&id=146774>.

STATISTISCHES BUNDESAMT: *Gesundheitsberichterstattung des Bundes : Gesundheitsausgaben, Zeitreihen*. URL https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbe-tol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=85468422&nummer=522&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=10519087. – Aktualisierungsdatum: 2014-12-26 – Überprüfungsdatum 2014-12-26.

STATISTISCHES BUNDESAMT: *Staat & Gesellschaft - Gesundheitsausgaben - Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern*. URL <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Ausgabentraeger.html;jsessionid=0B3C214781BEE58D5352E95AA71760AA.cae4>. – Aktualisierungsdatum: 2014-12-19 – Überprüfungsdatum 2014-12-26.

STRECH, D.: *Rationalisierung und Rationierung am Krankenbett : Normativ-empirische Analyse zum Status quo*. In: *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*

109 (2014), Nr. 1, S. 27–33. URL <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2013/02/Choosing-Wisely-Master-List.pdf>.

VERLAG ÄRZTE ZEITUNG (Hrsg.): *Zukunftsideen für das Gesundheitssystem : Beiträge aus dem Hochschulwettbewerb „Perspektive 2020 – Gesundheit als Chance“*. Delphi-Studienreihe. Offenbach.

WIENKE, A.: *Therapiefreiheit contra Wirtschaftlichkeitsgebot*. Medizinrecht. In: *HNO* 49 (2001), Nr. 9, S. 762–763.

WIENKE, A. ; JANKE, K.: *Hessisches Ärzteblatt Juli 2007*. Arzt- und Kassenarztrecht (2007), Nr. 7, S. 443–445. URL http://ww4.laekh.de/upload/Hess._Aerzteblatt/2007/2007_07/2007_07_12.pdf – Überprüfungsdatum 2014-09-21.

ZENTRALE ETHIKKOMMISSION BEI DER BUNDESÄRZTEKAMMER: *Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? : Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission)*. BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER. In: *Deutsches Ärzteblatt* 97 (2000), Nr. 15, S. A-1017 - A-1023. URL <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=dimdi&id=22550> – Überprüfungsdatum 2014-09-23.

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt habe. Die aus fremden Quellen übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht. Ich bin mir bewusst, dass eine unwahre Erklärung rechtliche Folgen haben kann.

Bad Berka, 15.03.2015

Dr. med. Ulf Dennler