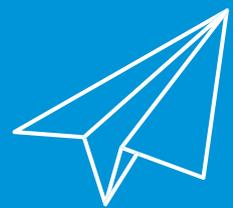


# Neustart! für das Gesundheitsrecht

Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung





# **Neustart! für das Gesundheitsrecht**

Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung

Claudia Maria Hofmann, Gerhard Igl, Franz Knieps,  
Hartmut Reiners, Felix Welti, Ulrich Wenner,  
Silvia Woskowski

# Inhalt

06	Vorwort
08	Thesen zur patientenorientierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens
11	Abstract
<b>20</b>	<b>Das Recht auf Gesundheit im internationalen und verfassungsrechtlichen Rahmen</b> – Felix Welti
<b>23</b>	<b>Der Einfluss der Gesetzlichen Krankenversicherung auf die Gestaltung des Gesundheitswesens</b> – Gerhard Igl
<b>28</b>	<b>Bundeskompentenz für die Kranken- und Pflegeversicherung</b> – Ulrich Wenner
<b>32</b>	<b>Welche ethischen Prinzipien sollen das Gesundheitsrecht und speziell die gesetzliche Krankenversicherung leiten?</b> – Franz Knieps
<b>37</b>	<b>Neuordnung von Governance-Strukturen und -Prozessen im deutschen Gesundheitswesen</b> – Franz Knieps
<b>41</b>	<b>Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung: Stärkung der Gesundheitsfachberufe in Ausbildung, Beruf und ihrer Stellung im Gesundheitswesen</b> – Gerhard Igl
<b>49</b>	<b>Kooperation und Integration</b> – Franz Knieps
<b>60</b>	<b>Gestaltung ärztlicher Vergütung</b> – Hartmut Reiners
<b>70</b>	<b>Aufgaben und Kompetenzen der Kommunen</b> – Ulrich Wenner
<b>74</b>	<b>Rechtliche Verankerung von Community Health Nursing (CHN)</b> – Gerhard Igl
<b>79</b>	<b>Bessere Prävention durch Kooperation</b> – Felix Welti
<b>83</b>	<b>Gesundheit digital: Querschnittsthemen einer Gesundheitsversorgung von morgen</b> – Claudia Maria Hofmann und Silvia Woskowski
104	Weiterführende Literatur
112	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren
115	Impressum

# Vorwort

Die Robert Bosch Stiftung hat 2018 die Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ mit der Motivation gestartet, einen Beitrag zur Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung zu leisten. Allen Menschen in Deutschland auch in Zukunft eine gute Gesundheitsversorgung zu bieten, ist keine Selbstverständlichkeit. Denn unser Gesundheitssystem steht vor immensen Herausforderungen, von denen einige durch die Corona-Pandemie besondere Schärfe erfahren, andere durch die aktuell veränderte Prioritätensetzung aus dem Blick geraten, aber dennoch nicht gelöst sind.

Für den Fachkräftemangel, den voraussichtlich sprunghaften Anstieg von chronisch kranken Menschen und die Sicherung der Gesundheitsversorgung in strukturschwachen Räumen haben wir noch keine tragfähigen Lösungen. Unser Umgang mit der Digitalisierung und neuen, das Erbgut analysierenden und potenziell verändernden Technologien und mit den sich daraus ergebenden ethischen Fragestellungen bleibt ausweichend, umständlich und zögerlich. Fragen der langfristigen Finanzierbarkeit und der Qualitätsverbesserung fallen derzeit hinter der aktuellen Krisenbewältigung zurück. Die Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte in der Steuerung unseres Gesundheitswesens zeigen, dass sich Reformbemühungen selten in großen Schritten zukunftsgerichteter Veränderungen niederschlagen, sondern angesichts der Pfadabhängigkeit – und nicht zuletzt der Beharrungskräfte – im Gesundheitswesen üblicherweise in nur kleinen Anpassungen erfolgen, die den Herausforderungen, vor denen wir stehen, nicht gerecht werden.

Ziel der Initiative „Neustart!“ war es, im Dialog mit Bürgerinnen und Bürgern und in der Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten eine Verortung vorzunehmen und Impulse für eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu setzen.

In einer ersten Phase formulierten Bürgerinnen und Bürger aus ganz Deutschland ihre Vorstellungen von einer guten Gesundheitsversorgung. Kernanliegen waren dabei mehr Investitionen in Prävention und Bildung, eine auf Gemeinnützigkeit und Solidarität fußende Finanzierung, die Verbesserung der Versorgungsqualität und des Einsatzes von Digitalisierung sowie insgesamt eine Stärkung der Organisation als Solidargemeinschaft und der Gemeinwohlorientierung.

Auch die Expertinnen und Experten sprachen sich zu Beginn der Initiative dafür aus, das Gesundheitswesen künftig deutlich mehr auf die Erhaltung von Gesundheit auszurichten und dazu eine Neukodifizierung der Sozialgesetzgebung anzustrengen.

Als Teil der „Neustart!-Initiative“ und auf Einladung der Robert Bosch Stiftung befasste sich daher ein Arbeitskreis ausgewiesener Fachleute mit der Fragestellung, wie die Sozialgesetzgebung, wesentlich das SGB V, weiterzuentwickeln ist, um den auch rechtlichen Ansprüchen von Bürgerinnen und Bürgern Rechnung zu tragen:

- Wie können die Sektoren zugunsten einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung überwunden werden?
- Wie erreichen wir eine multiprofessionelle Leistungserbringung und neue verantwortliche Rollen in den Gesundheitsberufen?
- Wie kann der Stellenwert der öffentlichen Gesundheit erhöht werden?
- Wie können Regionen in ihrem Handeln für Gesundheit gestärkt werden?
- Welche Grenzen setzt dabei das Grundgesetz?
- Wie können die Potenziale der Digitalisierung für eine bessere Patientenversorgung genutzt werden?

Die vorliegende Publikation bündelt die Ergebnisse des Arbeitskreises und beleuchtet gleichzeitig wesentliche Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens. Sie soll Ansatzpunkte liefern, um notwendige Veränderungen einzuleiten für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem und damit zu einem „Neustart!“ unseres Gesundheitssystems beitragen.

„Neustart!“ gründet auf der Idee, aus der Mitte der Gesellschaft heraus Orientierung zu finden, zu tiefgreifenderen Veränderungen zu ermutigen und damit neue Perspektiven für eine Politik der langen Linien und für ein wirklich zukunftsfähiges Gesundheitssystem zu entwickeln. „Neustart!“ will im besten Sinne einen Neustart auslösen für einen weiteren großen Entwicklungsschritt des Systems hin zu mehr Gesundheit – für ein Gesundheitssystem, das diesen Namen zu recht trägt.

Wir bedanken uns herzlich bei den Mitgliedern des Arbeitskreises für ihr Engagement: Prof. Dr. Claudia Maria Hofmann, Prof. Dr. Gerhard Igl, Franz Knieps, Hartmut Reiners, Prof. Dr. Felix Welti, Prof. Dr. Ulrich Wenner und Dr. Silvia Woskowski. Ebenfalls danken wir Julian Visarius für die redaktionelle Begleitung des Arbeitskreises.

# Thesen zur patientenorientierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens

- **Der Staat ist verpflichtet – auch unter sich verändernden versorgungspolitischen Rahmenbedingungen – dem Menschenrecht auf Gesundheit Rechnung zu tragen. Vier Dimensionen sind dabei gemäß UN-Sozialpakt zentral: Erschwinglichkeit, Zugänglichkeit, Annehmbarkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung.**
- **Den zentralen Wertentscheidungen für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens liegen ethische Prinzipien zugrunde. Sie sind die notwendigen Voraussetzungen der Systemarchitektur und Konstruktion des Gesundheitsrechts. Das zentrale Prinzip eines sozialen Gesundheits- und Krankenversicherungssystems ist das Solidaritätsprinzip, aus dem Grundsätze und Aufgaben abzuleiten sind.**
- **Die notwendige Weiterentwicklung der Governance-Strukturen und -Prozesse des Gesundheitswesens muss gemäß demokratischer Prinzipien – Transparenz, Diskriminierungsfreiheit und Partizipation – erfolgen. Aufgaben, Funktionen und Verantwortlichkeiten auf den verschiedenen Ebenen Bund, Länder und Gebietskörperschaften sowie im Rahmen der Sozialversicherung müssen klar definiert und ordnungspolitische Zielkonflikte oder regulatorische Widersprüche abgemildert werden. Ein Ineinandergreifen unterschiedlicher Sozial- und Unterstützungssysteme muss gewährleistet werden.**
- **Die künftige Gesundheitsversorgung muss so gestaltet sein, dass die vorhandenen fachlichen Ressourcen aller Gesundheitsberufe optimal zum Nutzen und zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ausgeschöpft werden. Unabdingbare Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Erbringung personaler Gesundheitsleistungen ist eine entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildung und Qualitätsentwicklung der an der Leistungserbringung beteiligten Gesundheitsberufe.**

- Die Logik integrierter Versorgungsformen muss die überholte sektorale Versorgungslogik ersetzen und als Regelversorgung etabliert werden, gegenüber der sich sektorale Ausnahmen rechtfertigen müssen.
- Zur Minderung der auch durch unterschiedliche (sektorale und duale) Logiken ärztlicher Vergütung verursachten Versorgungsdefizite, insbesondere einer Unter- oder Überversorgung, ist es notwendig, eine gemeinsame Kalkulationsgrundlage für den Arztlohn zu fixieren. Ein anhand der allgemeinen Lohnentwicklung fortentwickeltes durchschnittliches Oberarztgehalt ist hierfür die geeignete Grundlage.
- Um einen allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, bedarf es einer grundlegenden und rechtssicheren Systemänderung hin zu mehr Entscheidungsverantwortung in Kommunen und einer stärkeren Einbeziehung der Interessen und Wünsche von Versicherten und Patienten in die Organisation der Gesundheitsversorgung. Hierzu ist eine Änderung des Grundgesetzes notwendig. Als Vorbild für eine maßvolle Weiterentwicklung der grundgesetzlichen Rahmenbedingungen können die Regelungen zur Mischverwaltung in der Grundsicherung und der DigitalPakt Schule dienen. Erforderlich sind kommunale Gestaltungskompetenzen zur Versorgungsstruktur und reale Mitwirkungsmöglichkeiten bei Standortentscheidungen.
- Zur Sicherstellung eines allgemeinen Zugangs zu einer flächendeckenden Grundversorgung kann die Etablierung kommunaler Gesundheitszentren einen wesentlichen Beitrag leisten. In diesen Zentren können hochqualifizierte, akademisch ausgebildete Pflegekräfte unter anderem die Grundversorgung sicherstellen.
- Notwendig zur Optimierung der bevölkerungsbezogenen gesundheitlichen Prävention ist eine Struktur, die auf örtlicher, betrieblicher, regionaler, Landes- und Bundesebene präsent und handlungsfähig sein kann, auf jeder Ebene fachlich aufgabengerecht ausgestattet und über ein gewisses Maß an fachlicher Unabhängigkeit und wissenschaftlicher Einbindung verfügt. Je nach Ausgestaltung der Kompetenzen ist hierzu eine Grundgesetzänderung analog Art. 91e GG ins Auge zu fassen.
- Eine Gesundheitsversorgung der Zukunft muss die nötige Sensibilität für die unterschiedlichen Ausstattungen und Fähigkeiten der Menschen sowie deren besondere Lebensumstände aufweisen. Eine Digitalisierung dieser Versorgung setzt voraus, dass Patientinnen und Patienten über die technischen Ressourcen, die notwendige Infrastruktur und die erforderlichen Kenntnisse verfügen beziehungsweise Möglichkeiten erhalten, diese zu entwickeln.

- **Die Vielzahl der Zugriffs-, Verwendungs- und Verbreitungsmöglichkeiten von Gesundheitsdaten macht Menschen verletzlicher und damit auf eine neue Art schutzbedürftig. Deshalb müssen Maßnahmen zur Förderung digitaler Gesundheitskompetenz und konkrete Aufklärungsinstrumente Patienten in die Lage versetzen, sich über die Folgen einer Freigabe ihrer Daten hinreichend Klarheit zu verschaffen. Gleichzeitig haben die Datenschutzmaßnahmen diese besondere Verletzlichkeit zu berücksichtigen. Die Frage, wie viele Informationen in einer Solidargemeinschaft gleichwohl preisgegeben werden sollten, um medizinischen Fortschritt zu ermöglichen, sollte nur im Rahmen eines demokratischen Willensbildungsprozesses entschieden werden.**
- **Bei einer Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitsdatenschutzrechts ist eine Defragmentierung und Harmonisierung anzustreben, die sich durch eine entsprechende Rahmengesetzgebung umsetzen ließe. Eine solche sollte auch die Anbindung an den Europäischen Gesundheitsdatenraum gewährleisten und die für diesen Raum gültigen Inhalte eines Code of Conduct einbeziehen.**
- **Die Sektorengrenzen im Gesundheitswesen stellen auch eine Hürde für den wissensgenerierenden Datenfluss im Dienste besserer patientenorientierter Versorgung dar. Sie könnten über die elektronische Patientenakte nach und nach zugunsten einer patientenzentrierten Standardversorgung aufgelöst werden. Für den Datenfluss bedeutet dies, dass die Patienten mit ihren Daten während des gesamten Versorgungsprozesses (Prävention und Gesundheitsförderung, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge) wie an einem „roten Faden“ durch die Versorgungspfade des Gesundheitssystems geleitet werden.**
- **Um eine Modernisierung des GKV-Leistungsstandards auf dem Stand des aktuellen medizinischen Wissens zu gewährleisten, muss sich auch die dem Leistungskatalog zugrundeliegende Bewertungsmethodik kontinuierlich fortentwickeln. Dem sollte mit der Normierung einer generellen gesetzlichen Weiterentwicklungs- und Anpassungspflicht für die GKV-Methodik Rechnung getragen werden.**

# Abstract

## Neustart! für das Gesundheitsrecht – was sind die Grundlagen für eine Weiterentwicklung?

Mit Inkrafttreten des UN-Sozialpakts 1967 ist ein Recht auf Gesundheit als universelles Menschenrecht völkerrechtlich anerkannt worden. Vier Dimensionen sind für die Umsetzung dieses Rechts bestimmend: Erschwinglichkeit, Zugänglichkeit, Annehmbarkeit und Qualität. Durch die später ratifizierten UN-Frauen-, Kinder- und Behindertenrechtskonventionen wurde auch ein diskriminierungsfreier Zugang zur Gesundheitsversorgung explizit anerkannt. Die Charta der Grundrechte der EU verpflichtet die Union, einen Zugang zur ärztlichen Gesundheitsvorsorge und ein hohes Gesundheitsschutzniveau zu gewährleisten. Die Kompetenz zur Gestaltung nationaler Gesundheitswesen liegt im Wesentlichen bei den Mitgliedstaaten selbst. Bereits das Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland verpflichtet den deutschen Staat mit seiner Gründung 1949: Art. 1 enthält das Bekenntnis zu den Menschenrechten und bindet die staatlichen Gewalten der Legislative, Exekutive und Judikative. Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948 erkennt ein Recht auf Gesundheit bereits an. Das Grundgesetz beinhaltet zusammen mit dem Recht auf Leben das Recht auf körperliche Unversehrtheit als Grundrecht. Insgesamt wird das Grundgesetz durch das Bundesverfassungsgericht völkerrechtsfreundlich verstanden und ausgelegt, die Menschenrechtskonventionen werden herangezogen, um deutsche Grundrechte zu interpretieren. Das Bundesverfassungsgericht hat das Grundrecht auf Leben und Gesundheit nicht nur als Abwehrrecht, sondern auch im Sinne einer staatlichen Schutzpflicht verstanden. Die soziale Dimension der Grundrechte wird durch das Staatsstrukturprinzip des sozialen Bundes- und Rechtsstaats verdeutlicht.

Der Anspruch der Bürgerinnen und Bürger auf Gesundheitsversorgung ruht auf verschiedenen Säulen. Er ist völkerrechtlich, unions- und verfassungsrechtlich begründet. Der Staat ist damit verpflichtet, einen angemessenen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen und diskriminierungsfreien Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Das Recht auf Gesundheitsschutz wird nationalstaatlich in Deutschland maßgeblich durch das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung, das SGB V, umgesetzt. Der Anwendungs- und Geltungsbereich des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung erstreckt sich mit Einführung des SGB V auf weit mehr als nur die Versorgung im Krankheitsfall. Der Gesetzlichen Krankenversicherung kommt die Aufgabe zu, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken. Die GKV als Sozialleistungssystem gewährt Versicherten im Leistungsfall nicht nur entsprechende Leistungen, sie gewährleistet zudem, dass diese Leistungen zur Verfügung stehen, in entsprechender Qualität erbracht und Erbringer der Leistungen vergütet werden. Den zentralen Institutionen des SGB V – vor allem Krankenkassen, Vertragsärzten, Krankenhäusern und ihren Verbänden – wird die Verantwortung übertragen sicherzustellen, dass Versicherte



› [Das Recht auf Gesundheit im internationalen und verfassungsrechtlichen Rahmen](#)

Felix Welti

S. 20



› Der Einfluss der  
Gesetzlichen Kranken-  
versicherung auf  
die Gestaltung des  
Gesundheitswesens

Gerhard Igl

S. 23

diese Leistungen auch erhalten. Für Regelungen zum ambulanten ärztlichen Bereich bedeutet dies faktisch eine Angebots- und Kapazitätssteuerung, maßgeblich durch die Bedarfsplanung auf Landesebene. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung wird durch Länder und Krankenkassen geregelt. Planung und Investitionskostenfinanzierung liegen bei den Ländern, den Krankenkassen kommt die Finanzierung der Leistungen zu. Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung lässt die Ressourcensteuerung in der GKV bezüglich regionaler Steuerung Inkongruenzen sichtbar werden: Obwohl Kommunen durch das Grundgesetz mit Aufgaben der Daseinsvorsorge beauftragt werden, haben sie keinen maßgeblichen Einfluss auf die Steuerung der ärztlichen Versorgung. Die Gebietskörperschaften haben durch eine fehlende kleinräumige Bedarfsplanung praktisch keine Möglichkeit, ihrer Verantwortlichkeit für die gesundheitliche Versorgung nachzukommen. Als problematisch erweist sich auch das Zusammenwirken der Versorgung auf dem Gebiet von Public Health mit der ambulanten ärztlichen Versorgung. Gemeinsame Planungsinstrumente von Kommunen einerseits und den Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertreter des GKV-Systems andererseits existieren nicht.

**Ist eine Gestaltung des Gesundheitswesens über die Gesetzliche Krankenversicherung und damit maßgeblich über die Bundesebene noch zeitgemäß? Wird sie dem Anspruch eines diskriminierungsfreien und allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsversorgung gerecht?**

In jüngster Vergangenheit ist eine Debatte über kommunale Gestaltungsmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung erneut und zunehmend Gegenstand des gesundheitspolitischen Diskurses, da in einer Vielzahl von Kommunen ein umfassender Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung über tradierte Steuerungsmechanismen kaum noch sicherzustellen ist.

Sollen Kommunen wirksame Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt werden, bedeutet dies eine engere Kooperation zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und Kommunen. Verfassungsrechtliche Limitationen werden unmittelbar deutlich, da der Bundesgesetzgeber Kommunen nicht beliebig Aufgaben und Kompetenzen zuweisen darf und das Gesundheitswesen maßgeblich durch das SGB V, also die Bundesebene gesteuert wird. Aus Verfassungsänderungen der letzten Jahre werden zwei Möglichkeiten zu einer grundgesetzlichen Regelung erkennbar. 2010 ist Art. 91e in das Grundgesetz eingefügt worden, der die derzeit praktizierte Mischverwaltung von Aufgaben der Grundsicherung für Arbeitsuchende durch die Bundesagentur für Arbeit und Kommunen absichert. Dies kann als Vorbild dienen, auch eine institutionelle Kooperation von Krankenkassen, Gemeinden und Gemeindeverbänden in der Gesundheitsversorgung im kommunalen Bereich zu ermöglichen und ausdrücklich auch auf die Erreichung von Präventionszielen auszuweiten. Ein so gestaltetes Grundgesetz ermöglicht es Kommunen stärker als bisher, Versorgungsstrukturen vor Ort mitzugestalten, z. B. in Form kommunaler Gesundheitszentren, in denen neben Ärztinnen und Ärzten auch Angehörige anderer Heilberufe tätig sein können. Neben der Primärversorgung können dort auch Aufgaben des Infektionsschutzes, primärer und sekundärer Prävention und klassische Funktionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes wahrgenommen werden. Zudem könnte der Bund analog zum „DigitalPakt Schule“ Investitionen der Kommunen im Bereich der Gesundheitsvorsorge (auch) durch Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes unterstützen.



› Bundeskompetenz  
für die Kranken- und  
Pflegerversicherung

Ulrich Wenner

S. 28

Es bedarf einer Neujustierung der Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen, um völker-, europa- und verfassungsrechtlichen Vorgaben umfassend gerecht werden zu können.

### **Welche ethischen Prinzipien sollen das Gesundheitswesen leiten und wie sollte darauf bezogen das Gesundheitswesen gesteuert werden?**

Die Zielbestimmung sozialer Leistungen nach den Büchern des Sozialgesetzbuchs verweist auf die Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit. § 1 SGB V beschreibt den Widerstreit zwischen Solidarität und Eigenverantwortung im Recht der Krankenversicherung. Bedeutsam für die ethische Fundierung der GKV ist ihre Definition als „eine“ Solidargemeinschaft (mit Selbstverwaltung). Über die Einführung des Begriffs der Eigenverantwortung wird Versicherten in der GKV eine aktive Rolle in der eigenen Gesundheitsversorgung zugewiesen, die es durch die GKV zu fördern gilt. Das zentrale Prinzip eines sozialen Gesundheits- und Krankenversicherungssystems ist das Solidaritätsprinzip, aus dem Grundsätze und Aufgaben abzuleiten sind – wobei sich das Solidaritätsprinzip nicht nur auf eine gemeinsame Finanzierungsbasis, sondern auch auf die Erbringung von Leistungen zu Lasten der Krankenkassen bezieht. Aus dem Solidarprinzip abzuleiten ist zudem der Grundsatz eines allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsversorgung abhängig vom Bedarf. Der Gesetzgeber muss daher alle zur Verfügung stehenden Maßnahmen ergreifen, um einen flächendeckenden und diskriminierungsfreien Zugang zur Grundversorgung zu gewährleisten. Voraussetzungen für die in § 1 SGB V geforderte Eigenverantwortung sind mindestens die Herstellung umfassender Transparenz über Leistungen und Angebote einschließlich der Transparenz über Nutzen und Qualität dieser Leistungen, sowie die Entwicklung und Förderung der eigenen Gesundheitskompetenz. All dies ist notwendig, um überhaupt eigenverantwortliche gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen zu können.

Die Steuerung des Gesundheitswesens muss diesen grundlegenden ethischen Prinzipien Rechnung tragen. Zuallererst sind Aufgaben und Kompetenzen beteiligter Institutionen und Akteure zu definieren, hierbei muss auch die Frage einer Gesamtverantwortung für die Gesundheitsversorgung geklärt werden. Ordnungspolitische Zielkonflikte müssen beigelegt und regulatorische Widersprüche aufgelöst werden. Die Aufstellung öffentlicher Institutionen muss zeitgemäßen demokratischen Anforderungen entsprechen. Dies gilt insbesondere für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) – das höchste Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen, Vertragsärzten und Krankenhäusern –, dessen Legitimation immer wieder in Frage gestellt wird. Legitimation entsteht durch Verfahren. Auch die Zusammensetzung in Organen und Institutionen muss diskriminierungsfrei sein und gesellschaftlicher Diversität genügen. Entscheidungen müssen unter Beteiligung der Betroffenen und unter Angabe nachvollziehbarer Gründe getroffen werden. Es muss ersichtlich sein, was, wo, von wem, warum und wann entschieden wird. Dabei sind die Beachtung von Compliance-Regeln zu gewährleisten und Interessenkonflikte auszuschließen. Auch das bislang nur unzureichend aufeinander abgestimmte Nebeneinander von Bundes- und Landesaufsicht muss durch eine funktionale Neuausrichtung der Aufsichten ersetzt werden, selbst wenn auch dazu eine Verfassungsänderung notwendig ist.



> Welche ethischen Prinzipien sollen das Gesundheitsrecht und speziell die Gesetzliche Krankenversicherung leiten?

Franz Knieps

S. 32



> Neuordnung von Governance-Strukturen und -Prozessen im deutschen Gesundheitswesen

Franz Knieps

S. 37

**Wie kann eine nach demokratischen Prinzipien partizipativ geformte Weiterentwicklung des Gesundheitswesens gestaltet werden?  
Wie kann die Kompetenz aller Gesundheitsberufe genutzt werden, um eine zeitgemäße und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicherzustellen?**

Durch das SGB V wird in zum Teil erheblichem Umfang Einfluss auf die Ausgestaltung der Gesundheitsberufe genommen – vor allem auf Ärztinnen und Ärzte als Vertragsärzte und auf Heilmittelerbringer. Angesichts der Tatsache, dass das SGB V die Gesundheitsversorgung maßgeblich gestaltet, ist eine Beteiligung an der untergesetzlichen Normsetzung in den Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung, hier im G-BA, Voraussetzung für die entsprechende Interessenwahrnehmung versorgungspolitischer Anliegen. Unter den Gesundheitsberufen wird bislang eine solche Beteiligung nur den Vertragsärzten zuteil. Die Gesundheitsversorgung ist in Deutschland durch die Dominanz der Ärzteschaft geprägt. Dies gilt berufsrechtlich durch den Heilkundevorbehalt wie durch den Arztvorbehalt im SGB V. Generell werden in der deutschen Gesundheitspolitik vor allem Ärzte als Leistungserbringer wahrgenommen, während andere Professionen des Gesundheitswesens eine untergeordnete Rolle spielen. Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung wird aber gerade auch von Personen gewährleistet, die mehrheitlich Angehörige zahlreicher anderer als ärztlicher Gesundheitsberufe sind. Diesen Berufsgruppen kommt Einfluss auf die Gestaltung des Gesundheitswesens lediglich in geringem Maße zu. Die meisten Gesundheitsprofessionen haben keine ihrer Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung entsprechende Stimme im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Obwohl einigen im G-BA nicht stimmberechtigten Leistungserbringern inzwischen Beratungsrechte zugestanden wurden, ist es sinnvoll Leistungserbringern aus dem Bereich der Gesundheitsfachberufe bei Entscheidungen, die ihren jeweiligen Versorgungsbereich betreffen, ebenfalls Mitentscheidungsrechte einzuräumen. Für die zukunftsgerechte Gestaltung des Gesundheitswesens ist die Einbeziehung aller in diesem Bereich tätigen gesundheitsdienstleistenden Berufe notwendig. Der Einbezug des Wissens über die spezifisch mitgestalteten Versorgungsbereiche ist eine notwendige Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung.



**> Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung: Stärkung der Gesundheitsfachberufe in Ausbildung, Beruf und ihrer Stellung im Gesundheitswesen**

Gerhard Igl

S. 41

**Welche Defizite in der Versorgung werden durch traditionelle Versorgungsstrukturen hervorgerufen und vor allem: Wie kann diesen Defiziten begegnet werden?**

Immer wieder werden Zweifel an der Effektivität und Qualität des bestehenden, in Sektoren – die sich auch in der gemeinsamen Selbstverwaltung widerspiegeln – untergliederten Versorgungssystems geäußert. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen benennt immer wieder Versorgungsqualität, soziale Ungleichheiten und Unwirtschaftlichkeit der sektorierten Versorgung als zentrale Kritikpunkte: Über-, Unter- und Fehlversorgung werden kritisiert. Die Sektorierung der Gesundheitsversorgung hat historische Gründe. Das Aufbrechen der Sektoren, obwohl Gegenstand zahlreicher Gesetzgebungen seit den 80er Jahren, stößt an ideologische, standespolitische und ökonomische Grenzen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine sektorenübergreifende Versorgung bleiben zudem instabil. Analysiert man die Grundlagen erfolgreich umgesetzter Kooperations- und Integrationsmodelle, ist ersichtlich, dass die Akteurskonstellationen maßgeblichen

Einfluss auf den Erfolg der Modelle haben. Zumeist ist der Erfolg auf Engagement, Kreativität und Charisma einzelner Akteure zurückzuführen. Zudem sind nur diejenigen Modelle erfolgreich, die die Effizienz der eingesetzten Mittel und eine Steigerung der Versorgungsqualität eindeutig nachweisen können. Die den Rahmen gebende Gesetzgebung ist weder konsequent noch konsistent in der Förderung neuer Versorgungsformen, was zusätzliche Hemmnisse und Unsicherheiten hervorruft. Durch die Fixierung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen auf Zusatzbeiträge ist auch das Interesse auf Seiten der Krankenkassen oft getrübt, langfristige Investitionen aufzubringen, deren Return of Invest ungewiss bleibt. Trotz einer Vielzahl an bereits bestehenden Einzelregelungen wird es einer grundlegenden Umgestaltung bedürfen, deren Ziel es ist, die intersektorale Versorgung als Regelversorgung zu etablieren. Hierzu wird auch eine Umgestaltung der Regelungen des 4. Kapitels des SGB V – Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern – notwendig. Eine intersektorale Bedarfsplanung wird ebenfalls unumgänglich sein. Es sollten weniger die Kapazitäten der Leistungserbringer geplant als vielmehr regionale Bedarfslagen analysiert und zum Gegenstand von Versorgungsaufträgen gemacht werden. Die Bedarfsplanung muss sich hierzu darauf beschränken, einen Rahmen zu setzen, der die Berücksichtigung regionaler und örtlicher Besonderheiten ermöglicht.

Ein bedeutender Teil der zu konstatierenden versorgungspolitischen Unwuchten der sogenannten Unter-, Über- und Fehlversorgung geht maßgeblich auch auf unterschiedliche sektorale und duale Vergütungslogiken ärztlicher Leistungen zurück. Die sektoralen und dualen Vergütungssysteme haben jeweils eigene Kalkulations- und Bewertungsgrundlagen. Die gezahlten Entgelte in der ärztlichen Vergütung in Deutschland haben keine einheitliche Grundlage. Es bestehen drei grundsätzliche Logiken: Entgelte für ambulante ärztliche Leistungen in der GKV richten sich nach den zwischen Ärzten und Krankenkassen ausgehandelten Kollektivverträgen. Private Abrechnungen ärztlicher Behandlungen erfolgen auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ärzte, die in Krankenhäusern tätig sind, werden – Chefärztinnen und Chefärzte ausgenommen – nach Tarifverträgen bezahlt, die von den Krankenhausträgern mit ärztlichen Interessenvertretungen verhandelt werden. Diese unterschiedlichen Vergütungssysteme führen zu enormen Differenzen der ärztlichen Einkommen, die sich weder durch die Leistungen selbst noch durch die erbrachte Qualität begründen lassen. Im ambulanten Bereich wird seit langem eine Abwertung der sogenannten sprechenden Medizin beklagt, die einen Grund für die geringer werdende Anzahl an Hausärzten darstellt und in der Folge einen allgemeinen Zugang zu einer hausärztlichen Grundversorgung gefährdet. Auch diese Situation ist zu einem großen Teil in der konkreten Ausgestaltung der Vergütungssystematik begründet. Die unterschiedliche Vergütungslogik Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung führt dazu, dass Arztpraxen pro Behandlungsfall durch private Abrechnungen im Durchschnitt mehr als das Doppelte von dem einnehmen, was ihnen die GKV zahlt.

Die im stationären Bereich vorherrschende Vergütung über DRG führt in der derzeitigen Ausgestaltung zu einer Spezialisierung von Krankenhäusern bei gleichzeitiger Mengenausweitung. Kleine Krankenhäuser, die geringere Möglichkeiten zur Spezialisierung und zum Fallkostenmix haben, werden benachteiligt, während Krankenhäuser mit einer ausgeprägten Spezialisierung profitieren. Um diesen Unwuchten des deutschen Gesundheitssystems entgegenzutreten ist eine gemeinsame Grundlage für die Kalkulation des Arztlohns notwendig, geeignet hierfür ist ein an der allgemeinen Lohnentwicklung ausgerichtetes Oberarztgehalt.



### › Kooperation und Integration

Franz Knieps

S. 49



### › Gestaltung ärztlicher Vergütung

Hartmut Reiners

S. 60

Um dem maßgeblichen Prinzip, dem Zugang zur Gesundheitsversorgung, Rechnung zu tragen, muss auch kommunal Verantwortlichen die Möglichkeit eingeräumt werden, dieser Verantwortung entsprechen zu können.

### **Wie können Kommunen ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung gerecht werden?**

Damit Kommunen das Angebot an ärztlichen Praxen und den damit vertretenen ärztlichen Fachgebieten beeinflussen können, müssen sie an konkreten Standortentscheidungen beteiligt werden. Hierfür muss im SGB V normiert werden, dass die Zustimmung von Städten und Kreisen Voraussetzung für eine Verlegung von Arztpraxen oder -sitzen innerhalb eines Planungsbereichs ist. Über ein solches Zustimmungsrecht der Kommune könnte auch der immer stärkeren Konzentration von Facharztsitzen einer Fachrichtung an einem einzigen Standort und der damit verbundenen Reduzierung des Versorgungsangebots in wichtigen urbanen Bereichen wirkungsvoll begegnet werden. Wenn Städte und Kreise durch das SGB V zu Akteuren einer vertragsärztlichen Bedarfsplanung und Zulassungssteuerung werden, bewirkt das die Zuweisung einer „neuen“ Aufgabe an die Kommunen. Da dies aktuell auf Grund von Art. 84 Abs. 1 Satz 7 GG bundesgesetzlich nicht möglich ist, bedarf es hierzu einer Änderung des Grundgesetzes. Vor hochgradig problembehafteten Entscheidungen stehen Gemeinden mit Versorgungsdefiziten im hausärztlichen oder kinderärztlichen Bereich, wenn kommunale Versorgungszentren etwa wegen einer geringen Anzahl von Versicherten oder von Privatpatienten dauerhaft auf eine finanzielle Unterstützung der Trägerkommune angewiesen sind, weil diese Zentren unter den gegebenen Bedingungen nicht effizient betrieben werden können. Die Mittel der Gemeinden würden so ambulante Versorgungsstrukturen finanzieren, die eigentlich durch Beiträge der Versicherten in der Krankenversicherung finanziert werden sollen. Da aber höchstwahrscheinlich diejenigen Gemeinden Probleme haben werden, ausreichend Ärzte für die Niederlassung zu gewinnen, die auch eine schlechtere Einnahmestruktur aufweisen, verschärft sich die Situation: Gerade die Gemeinden, denen ausreichende finanzielle Mittel zur Einrichtung kommunaler Zentren zur Verfügung stehen, werden diese nicht benötigen, da ausreichend niedergelassene Ärzte vor Ort zur Verfügung stehen. Im Gegensatz dazu fehlt voraussichtlich denjenigen Gemeinden die finanzielle Basis zum Betrieb der Einrichtungen, die diese am dringendsten benötigen. So müssten genau diese Kommunen eine zusätzliche finanzielle Belastung stemmen. Daher muss kommunalrechtlich geregelt werden, dass die mit dem Betrieb notwendiger Einrichtungen zur Sicherstellung eines allgemeinen Zugangs zur Grundversorgung verbundenen Kosten als kommunale Pflichtausgaben definiert werden.



› **Aufgaben und  
Kompetenzen der  
Kommunen**

Ulrich Wenner

S. 70

### **Welche neuen Versorgungsformen können einen Beitrag zu einer kommunalen Sicherstellung der Versorgung leisten?**

Internationale Erfahrungen vor allem aus Kanada und den skandinavischen Ländern machen versorgungspolitische Erfolge durch die Etablierung von Community Health Nursing deutlich. Auch in Deutschland werden die Vorteile einer teambasierten Versorgung durch hochqualifizierte Pflegekräfte auf dem Niveau einer Advanced Practice Nurse (APN) akademisch wie politisch vermehrt diskutiert. Zentrales Ziel ist die Zurverfügungstellung wohnortnaher Versorgungsangebote. Damit kann auch angemessener auf ein sich veränderndes Krankheitspanorama reagiert werden, was besonders für die Versorgung

chronisch und multimorbid erkrankter Patienten gilt. Dies beinhaltet nicht nur die Grundversorgung oder die ganzheitliche Beratung der Patienten im Versorgungsgeschehen, sondern auch die Steuerung ganzer intersektoraler Versorgungsprozesse. Solche Funktionen können von akademisch auf Masterniveau qualifizierten Pflegekräften wahrgenommen werden. Will man diesem vielversprechenden, international erprobten Weg folgen, muss den so qualifizierten Gesundheitsberufen die Möglichkeit der selbstständigen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten gegeben werden. Bislang ist eine Übertragung definierter heilkundlicher Tätigkeiten auf andere als ärztliche Heilberufe nur in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V möglich. Im Rahmen dieser Modellprojekte können Pflegekräfte bereits heute ihnen übertragene Aufgaben der Patientenversorgung übernehmen. Die Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten muss jenseits bestehender Modellprojekte verstetigt werden. Aus- und Weiterbildung müssen hierfür auf der Bundesebene entsprechend angepasst werden. Zur Stärkung kommunaler Versorgungsstrukturen bietet sich deshalb eine Weiterentwicklung der Medizinischen Versorgungszentren hin zu kommunalen Gesundheitszentren an. In diesen Zentren können auch Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne von Public Health wahrgenommen werden.



› **Rechtliche Verankerung  
von Community Health  
Nursing (CHN)**

Gerhard Igl

S. 74

### **Wie kann eine Stärkung der Kommunen auch der bevölkerungsbezogenen Prävention Vorschub leisten?**

Die Corona-Epidemie hat weniger das Gesundheitswesen verändert als vielmehr dessen Schwächen, die in der Fachöffentlichkeit intensiv diskutiert wurden, ins öffentliche Bewusstsein gehoben und damit transparent gemacht. Vieles, was viele Jahre in Fachkreisen diskutiert wurde, findet nun in der öffentlichen Debatte einen angemesseneren Raum.

Trotz zahlreicher Normen, die ein Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure auch auf regionaler und kommunaler Ebene bewirken sollen, bleiben viele der Möglichkeiten zur Kooperation ungenutzt – die Ziele der entsprechenden Normen unerreicht. Mit dem Präventionsgesetz hat der Gesetzgeber eine Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und in der Prävention maßgeblichen Akteuren vorgeschrieben und die allgemeine Verpflichtung des § 1 SGB V, auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken, explizit gemacht. Das Präventionsgesetz enthält in diesem Sinne Vorschriften zur Prävention in Lebenswelten. Verfassungsrechtlich wurde dies als Etablierung einer etwaigen Mischverwaltung kritisiert, da Aufgaben der bevölkerungsbezogenen Prävention eigentlich den Ländern zukommen. Zudem stellt die Beauftragung der Krankenkassen zu Leistungen für Personen, die nicht bei ihnen versichert sind, Krankenkassen vor Probleme, angesichts bestehender Organisationslogiken, wie einer wettbewerblichen Ausrichtung der GKV. Verschärft wird diese Problematik zusätzlich dadurch, dass die zuständigen Öffentlichen Gesundheitsdienste der Länder, Kreise und Städte zumeist mit Personal- und allgemeinem Finanzmangel zu kämpfen haben. Das Präventionsgesetz hat diesen Effekt noch verstärkt, da Aufgaben der Prävention zunehmend als Leistungen der Krankenkassen betrachtet werden. Für den Aufbau einer bedarfsgerechten, bevölkerungsbezogenen Prävention ist die Etablierung einer gemeinsamen Struktur, die die unterschiedlichen Handlungs- und Verantwortungsebenen miteinander verknüpft, notwendig. Eine solche Struktur müsste sich aus Bestehendem fortentwickeln: Es wäre vorstellbar die Nationale Präventionskonferenz als zentrales und gemeinsames Gremium weiterzuentwickeln. Auch hierzu wäre eine Verfassungsänderung

**> Bessere Prävention  
durch Kooperation**

Felix Welti

S. 79

analog Art. 91e GG ins Auge zu fassen. Auf Ebene der Länder und Kommunen könnten so verbindliche Arbeitsgemeinschaften von Kommunen und Krankenkassen unter Beteiligung anderer Sozialversicherungsträger implementiert werden, die eine wirksame bevölkerungs- und verhältnisbezogene gesundheitliche Prävention planen und steuern und gemeinsam mit qualifizierten Leistungserbringern umsetzen. Die Corona-Epidemie hat die Bedeutung und Notwendigkeit einer kommunalen und handlungsfähigen Gesundheitspolitik ins Zentrum des öffentlichen Interesses gerückt.

Während (alt-)bekannte Problemstellungen der Organisation und Steuerung der Gesundheitsversorgung immer noch ungelöst sind, bringt die Digitalisierung des Gesundheitswesens neue Herausforderungen – vor allem aber große Potentiale für eine maßgeschneiderte, patientenorientierte und intersektorale Versorgung – mit sich.

**Wie soll eine digitale Gesundheitsversorgung der Zukunft ausgestaltet sein?**

Die Digitalisierung hält seit Jahrzehnten Einzug in die unterschiedlichsten Bereiche unseres Lebens. Ein systematischer Schwerpunkt der Gesundheitspolitik auf Fragen der Digitalisierung ist erst in dieser Legislaturperiode erkennbar, obwohl die Weichenstellung für eine mögliche Digitalisierung bereits vor mehr als 15 Jahren erfolgt ist. Dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens viele Jahre eher von sekundärem Interesse war, ist auch in den Beharrungskräften des GKV-Systems begründet.

Die endlich fortschreitende Digitalisierung der Gesundheitsversorgung setzt auf Patientenseite voraus, dass Patientinnen und Patienten über technische Fähigkeiten und die notwendige Infrastruktur verfügen, um digitale Angebote überhaupt wahrnehmen zu können. Ohne entsprechende technische Fähigkeiten werden bestimmte Gruppen zunehmend abgehängt. Zur Gewährleistung einer annehmbaren Gesundheitsversorgung müssen unterschiedliche Ausstattungen und Fähigkeiten der Menschen sowie deren besondere Lebensumstände Berücksichtigung finden. In Härtefallkonstellationen ist an eine Erweiterung des GKV-Leistungsspektrums zu denken, um einen diskriminierungsfreien Zugang zu ermöglichen. Jüngst hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen herausgestellt, dass in einer verantwortlichen Nutzung von Gesundheitsdaten große Potentiale liegen, die Gesundheitsversorgung zu optimieren. Diese Potentiale gilt es zu heben, ohne dabei aus dem Blick zu verlieren, dass die Verarbeitung von Gesundheitsdaten Menschen in einer neuen Weise verletzlich und damit auch auf eine neue Art schutzbedürftig macht. Notwendige Schritte zur Förderung digitaler Gesundheitskompetenz und konkrete Aufklärung darüber, wie sich Gesundheitsdaten für die Forschung nutzen lassen, können die Betroffenen z. B. in die Lage versetzen, die Folgen einer Freigabe ihrer Daten besser als bisher zu verstehen. Zugleich haben Datenschutzmaßnahmen dieser neuen Verletzlichkeit Rechnung zu tragen. Ob die eigene Schutzbedürftigkeit oder das altruistische Interesse einer Verbesserung der allgemeinen Gesundheitsversorgung hierbei im Vordergrund stehen und wie viele Informationen in einer Solidargemeinschaft genutzt werden sollten, um medizinischen Fortschritt zu ermöglichen, sollte bestenfalls im Rahmen eines demokratischen Meinungsbildungsprozesses entschieden werden.

Hierbei ist eine Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitsdatenschutzrechts anzustreben, mit dem Ziel, bestehende Regelungen zu defragmentieren und zu harmonisieren. Eine spezifische Rahmengesetzgebung kann dies leisten. Hierbei sind auch ein Anschluss an den Europäischen Gesundheitsdatenraum sowie ein ethisch fundierter Code of Conduct für den Gesundheitsdatenraum zu berücksichtigen.

Die Nutzung von Gesundheitsdaten ist unerlässlich, um dem in § 2 SGB V formulierten Anspruch auf eine Zurverfügungstellung von Leistungen auf dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Um einen Zugang zu neuen Leistungen zu gewähren, müssen auch die den zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen zugrundeliegenden Bewertungsmethoden stetig weiterentwickelt werden. Hierzu ist eine generelle gesetzliche Weiterentwicklungs- und Anpassungspflicht für die GKV-Bewertungsmethodik angeraten.

Die Sektorengrenzen stellen auch eine Barriere für einen ungehinderten Datenfluss dar. Mittels der elektronischen Patientenakte können die Sektorengrenzen in der Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten zugunsten einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung überwunden werden.



> **Gesundheit digital:**  
**Querschnittsthemen**  
**einer Gesundheits-**  
**versorgung von morgen**

Claudia Maria Hofmann  
und Silvia Woskowski S.83

# Das Recht auf Gesundheit im internationalen und verfassungsrechtlichen Rahmen

Felix Welti

Das Recht auf eine bestmögliche Gesundheit ist, ausgehend von der Gründungserklärung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946 und von Art. 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948, als Menschenrecht anerkannt. Es hat abwehr-, schutz-, leistungs- und teilhaberechtliche Komponenten. In den völkerrechtlich verbindlichen Menschenrechtskonventionen, die die Bundesrepublik Deutschland ratifiziert hat, findet sich das bürgerliche Menschenrecht auf Leben in Art. 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) von 1950 und in Art. 6 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte (Zivilpakt, ICCPR) von 1966. Nach den Artt. 7 – 18 des Übereinkommens Nr. 102 der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) über die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit von 1955 umfassen diese Zugang zur Gesundheitsversorgung und einen Anspruch auf Krankengeld.

Das Recht auf Schutz der Gesundheit enthalten Art. 11 der Europäischen Sozialcharta (ESC) von 1961 und Art. 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Sozialpakt, ICESCR) von 1966. Nach letzterem erkennen die Vertragsstaaten das Recht einer jeden Person auf das für sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an und verpflichten sich unter anderem zur Senkung der Kindersterblichkeit, zur gesunden Entwicklung der Kinder, zur Verbesserung der Umwelt- und Arbeitshygiene, Vorbeugung und Bekämpfung von Krankheiten und zur Schaffung der Voraussetzungen, die im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen. Der General Comment Nr. 14 des Sozialpaktausschusses (GC 14, E./C.12/2000/4) hält vier Dimensionen des Rechts auf bestmögliche Gesundheit fest:

- Erschwinglichkeit (Availability),
- Zugänglichkeit (Accessibility),
- Annehmbarkeit (Acceptability) und
- Qualität (Quality).

Weitere Menschenrechtskonventionen betonen den Diskriminierungsschutz und das Recht auf gleichen und effektiven Zugang zur Gesundheitsversorgung, so Art. 12 der UN-Frauenrechtskonvention (CEDAW) von 1979, Art. 24 der UN-Kinderrechtskonvention (CRC) von 1989 und Art. 25 der UN-Behindertenrechtskonvention (CRPD) von 2006. „Good Health and Well-Being“ sind 2016 als Nachhaltiges Entwicklungsziel (Sustainable Development Goal – SDG) Nr. 3 der Vereinten Nationen definiert worden.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wirkt – anders als die ILO – beinahe nur durch Deklarationen und Klassifikationen, die jedoch dazu beitragen können, fachliche Standards und mit ihnen rechtliche Standards zu beschreiben, z. B. die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 oder die Internationale Klassifikation der Gesundheit und Behinderung (ICF) von 2001. Völkerrechtlich bindend sind die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) von 1969 in der Fassung von 2005, die insbesondere der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten dienen. In der Situation einer Pandemie ist die (potenzielle) Bedeutung einer internationalen Koordination und Kooperation sehr deutlich geworden.

Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland ist schon 1949 zusammen mit dem Recht auf Leben das Recht auf körperliche Unversehrtheit als Grundrecht in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG aufgenommen worden. Die soziale Dimension der Grundrechte wird durch das Staatsstrukturprinzip des sozialen Bundesstaats und Rechtsstaats in Art. 20 Abs. 1 GG und Art. 28 Abs. 1 Satz 1 GG verdeutlicht. Mit ihnen und der Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung in Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG knüpft das Grundgesetz an Art. 161 der Weimarer Reichsverfassung von 1919 an, wonach ein umfassendes Versicherungswesen unter Mitwirkung der Versicherten insbesondere der Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit und dem Schutz der Mutterschaft dienen sollte. Art. 1 Abs. 2 GG enthält das Bekenntnis zu den Menschenrechten. Insgesamt wird das Grundgesetz vom Bundesverfassungsgericht völkerrechtsfreundlich verstanden und ausgelegt, so dass die Menschenrechtskonventionen die deutschen Grundrechte interpretieren helfen (BVerfG 14.10.2004 2 BvR 1481/04, Görgülü; BVerfG 26.7.2016 1 BvL 8/15, UN-Behindertenrechtskonvention). Das Bundesverfassungsgericht hat das Grundrecht auf Leben und Gesundheit nicht nur als Abwehrrecht, sondern auch als staatliche Schutzpflicht angesehen, so dass der Gesundheitsschutz in vielen Rechtsbereichen bei staatlichem Handeln zu beachten ist (z. B. BVerfG 20.12.1979, 1 BvR 385/77, AKW Mülheim-Kärlich; 14.1.1981, 1 BvR 612/72, Fluglärm) und staatliches Handeln legitimieren kann (z. B. BVerfG 26.1.1982, 1 BvR 1295/80, Schutzhelmpflicht; 30.7.2008, 1 BvR 3262/07 Rauchverbot in Gaststätten; 11.5.2020, 1 BvR 469/20, Masern-Impfpflicht). Auch bei Entscheidungen zum Kranken- und Pflegeversicherungsrecht hat das Bundesverfassungsgericht Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsgebot als wertentscheidende Grundsatznorm angesehen und behandelt. Es hat darum auch bei ungesicherter Wirksamkeit dem

Leistungsanspruch bei lebensbedrohlichen Krankheiten Grundrechtsschutz gegeben (BVerfG, 6.12.2005, 1 BvR 347/98), den allgemeinen Zugang zur Pflegeversicherung sowohl als Recht (BVerfG, 3.4.2001, 1 BvR 81/98) wie als Pflicht (BVerfG, 3.4.2001, 1 BvR 2014/95) legitimiert und die gesetzgeberischen Schritte zur allgemeinen Versicherungspflicht in der Krankenversicherung als vereinbar mit den Grundrechten der privaten Unternehmen angesehen (BVerfG, 10.6.2009, 1 BvR 706/08).

Die bundesweite Umverteilung innerhalb der Krankenversicherung hat das BVerfG gebilligt (BVerfG, 18.7.2005, 2 BvF 2/01, Risikostrukturausgleich). Der Verfassungsgesetzgeber ist dem in der Föderalismus-Reform 2006 gefolgt und hat in Art. 72 Abs. 2 GG Bundesgesetzgebung in der Sozialversicherung als grundsätzlich erforderlich angesehen. Das BVerfG hat die Berufsfreiheit der Leistungserbringer im Gesundheitswesen stets betont (BVerfG, 23.3.1960, 1 BvR 216/51, Kassenarztsitze), ihr gegenüber jedoch die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung als Gemeinwohlbelang von hohem Gewicht anerkannt (BVerfG, 20.3.2001, 1 BvR 491/96, Altersgrenze für Vertragsärzte) und nicht jede wirtschaftliche Betroffenheit schon als Grundrechtsverletzung angesehen (BVerfG, 17.12.2002, 1 BvL 28/95, Arzneimittelfestbeträge).

Die Bundesrepublik Deutschland ist politisch und rechtlich (Art. 23 GG) in die Europäische Union eingebunden. Für diese ist das Gesundheitswesen Teil eines die Leistungserbringer und Beschäftigten wie die Patientinnen und Patienten umfassenden Binnenmarktes. Die Freizügigkeit des Warenverkehrs gilt für Arzneimittel und Medizinprodukte, die Dienstleistungsfreiheit für Gesundheitsdienstleistungen, die Niederlassungsfreiheit für die Gesundheitsberufe. Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, die von der Freizügigkeit im Binnenmarkt, vor allem als Arbeitskräfte und ihre Angehörigen, Gebrauch machen, müssen Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens und konkret zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung erhalten.

Die EU-Marktregulierung, auch durch Wettbewerbsrecht, beeinflusst das deutsche Gesundheitswesen und die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, muss aber deren nicht-kommerziellen Charakter nicht in Frage stellen. Das EU-Recht erkennt Planung und Regulierungen der Daseinsvorsorge an (vgl. EuGH, 16.3.2004, C-264/01, AOK-Bundesverband, Festbeträge; EUGH 13.5.2003, C-385/99, Müller-Fauré, stationäre Behandlung im Ausland). Um einen effektiven Binnenmarkt zu erreichen,

in dem auch die Rechte der Verbraucherinnen und Verbraucher und der Beschäftigten diskriminierungsfrei geschützt sind, reguliert die EU viele für das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik relevante Bereiche z. B. durch die gemeinsamen Zulassungsverfahren für Arzneimittel (RL 2001/83; VO 736/2004) und Medizinprodukte (VO 2017/745), die Patientenrichtlinie für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Dienstleistungen (RL 2011/24), den Datenschutz (VO 2016/679), den Arbeitsschutz (RL 89/391) und die Barrierefreiheit (RL 2019/882).

Die Charta der Grundrechte der EU, die 2009 mit dem Vertrag von Lissabon Bestandteil des Primärrechts geworden ist, schützt das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit (Art. 3 ChGREU) und schreibt fest, dass die Union das Recht auf Zugang zu den Leistungen der sozialen Sicherheit und den sozialen Diensten bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit anerkennt und achtet (Art. 34 Abs. 1 ChGREU). Die Charta verpflichtet die Union auf das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und ärztlichen Versorgung und auf das Ziel eines hohen Gesundheitsschutzniveaus (Art. 35 ChGREU). Entsprechend sind sozialer Schutz und Gesundheitsschutz als Querschnittsaufgaben der Union definiert (Art. 9 AEUV). Die Kompetenz zur Gestaltung des Gesundheitswesens liegt im Wesentlichen bei den Mitgliedstaaten. Die Union soll diese ergänzen und die Kooperation fördern sowie zur Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren beitragen (Art. 168 AEUV). In der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, dass ein Raum ohne Binnengrenzen eine gemeinsame Infektionsschutzpolitik benötigen würde. Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) in Stockholm kann hier nur ein Anfang sein.

# **Der Einfluss der Gesetzlichen Kranken- versicherung auf die Gestaltung des Gesundheitswesens**

Gerhard Igl

# 1 Verhältnis der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) zum Gesundheitswesen

## 1.1 Einfluss des SGB V auf die Gestaltung des Gesundheitswesens

In Deutschland herrscht ein fast selbstverständlich gewordenes Einverständnis darüber, dass die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), geregelt im SGB V, das Gesundheitswesen<sup>1</sup> maßgeblich bestimmt. Obwohl der Einfluss des SGB V auf das Gesundheitswesen für den größten Teil der Bevölkerung dominierend ist, erstreckt sich der Schutzbereich des SGB V als Versicherungssystem lediglich auf etwa 90 Prozent der Bevölkerung.

## 1.2 SGB V: Schutz bei Krankheit und Gesundheitsschutz

Die GKV ist primär eine Versicherung zum Schutz bei Krankheit und nur sekundär zur Sicherung der Gesundheit. Auch wenn die Zielsetzungsnorm in § 1 SGB V an erster Stelle von der Erhaltung der Gesundheit Versicherter und erst dann von der Wiederherstellung der Gesundheit spricht. Vorkehrungen in der GKV, die dem Schutz der Gesundheit dienen, so etwa Prophylaxe- oder Präventionsmaßnahmen, haben erst verhältnismäßig spät Eingang in das SGB V gefunden. Die ursprüngliche Zwecksetzung der GKV – Schutz bei Krankheit – ist in Teilen erweitert worden hin zum Schutz bei Gesundheit. Nach wie vor stehen Leistungen zur Behandlung einer Krankheit im Zentrum der GKV. Während die GKV auf dem Gebiet des Schutzes bei Krankheit für das gesamte Leistungsspektrum mit wenigen Ausnahmen ausschließlicher Leistungsträger ist, ist das bei Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung nicht der Fall. Hier treten insbesondere Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung mit präventiven Maßnahmen hervor. Hinzuweisen ist allerdings beispielhaft auch auf präventive Maßnahmen auf kommunaler Ebene.

## 1.3 Steuerung der Gesundheitsversorgung durch das SGB V

Ein herausragendes Merkmal der GKV ist, dass sie sich nicht nur als Sozialleistungssystem versteht, das Versicherten im Leistungsfall entsprechende Leistungen gewährt. Vielmehr wird im SGB V für wichtige Bereiche der medizinischen Versorgung, vor allem für ambulante ärztliche Leistungen, dafür Sorge getragen, dass diese Leistungen zur Verfügung stehen, in entsprechender Qualität erbracht

und Leistungserbringer vergütet werden. Damit wird den Institutionen des SGB V, vor allem Krankenkassen und ihren Verbänden sowie bei Vertragsärzten Verbänden der Leistungserbringer, Verantwortung dafür übertragen, dass Versicherte ihre Leistungen auch tatsächlich erhalten. Für Kassenärztliche Vereinigungen ist dies explizit im Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung geregelt. Regelungen zur Leistungserbringung, die den ambulanten ärztlichen Sektor betreffen, bewirken faktisch eine Angebots- und Kapazitätssteuerung für Leistungsanbieter. Dies kommt besonders im Instrument der Bedarfsplanung zur Geltung.

Die Sicherstellung für andere Bereiche der medizinischen Versorgung, wie der Krankenhausversorgung, ist in geteilter Verantwortlichkeit geregelt. Während die Länder für Planung und Finanzierung der Investitionskosten zuständig sind, übernehmen Krankenkassen die Finanzierung der Leistungen. Bei anderen Leistungserbringern, so etwa bei Heilmittelerbringern, werden zwar Leistungserbringung, Qualitätssicherung und Vergütung im SGB V geregelt. Die Sicherstellung der Versorgung wird hier allerdings Marktkräften überlassen. Betrachtet man die Ressourcensteuerung in der GKV, insbesondere die ambulante ärztliche Versorgung bezogen auf regionale Steuerungsbereiche, werden Inkongruenzen sichtbar: Kommunen, besonders Kreise und Landkreise oder kreisfreie Städte, haben im Rahmen ihrer allgemeinen Aufgabe der Daseinsvorsorge keinen maßgeblichen Einfluss auf die Steuerung der ärztlichen Versorgung. Die Flächen, auf die sich die Bedarfsplanung bezieht, sind die Länder, in den Stadtstaaten die Städte. Eine kleinteiligere Bedarfsplanung findet nicht statt. Damit haben die genannten Gebietskörperschaften praktisch keine Möglichkeit, ihre Verantwortlichkeit für die gesundheitliche Versorgung ihrer Bürgerinnen und Bürger wahrzunehmen. Besonders spürbar wird dieses Defizit bei der Gesundheitsversorgung durch kommunale Gesundheitszentren. Möglichkeiten der Einrichtung solcher kommunalen Gesundheitszentren werden zurzeit diskutiert. Diese kommunalen Gesundheitszentren sollen auch definierte Aufgaben in der medizinischen Primärversorgung übernehmen.

<sup>1</sup> Unter Gesundheitswesen sollen hier folgende Gesundheitsversorgungsbereiche verstanden werden: Kuration, medizinische Rehabilitation, Palliation, Langzeitpflege, Gesundheitsförderung / Prävention.

Medizinische Rehabilitation findet vor allem im Rahmen des SGB V, der Gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) und der Unfallversicherung (SGB VII) statt (für weitere Träger s. § 6 SGB IX). Eine zentrale Steuerung medizinischer Rehabilitation durch einen Sozialleistungszweig ist nicht vorgesehen.

#### **1.4 Grenzen des dominierenden Einflusses des SGB V**

Der dominierende Einfluss des SGB V auf das Gesundheitswesen hat auch problematische Folgen. Durch eine Konzentration der Gesundheitspolitik auf das SGB V geraten von diesem nicht erfasste Personenkreise aus dem Blick der Gesundheitspolitik. Wenn im SGB V Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention als Leistungen für Versicherte normiert werden, bleiben diese Personenkreise außen vor, auch wenn sie sonst, vor allem als privatversicherte Personen, eine Kostenübernahme für medizinische Behandlungsleistungen bei Krankheit in Anspruch nehmen können.

#### **1.5 Gesundheitsversorgung und Public Health**

In Deutschland ist der Public-Health-Bereich vom Gesundheitsversorgungsbereich getrennt. Public Health wird maßgeblich von Gesetzen über den öffentlichen Gesundheitsdienst geregelt. Dieser Bereich hält keine Gesundheitsleistungen im Sinne von Sozialleistungen individueller Leistungsansprüche vor. Die Zuständigkeit liegt bei Ländern und Kommunen. Public-Health-Aufgaben werden auch in anderen Bereichen wahrgenommen, so etwa in der schulgesundheitlichen Versorgung. Schwierig gestaltet sich das Zusammenwirken der Versorgung auf dem Gebiet von Public Health mit der ambulanten ärztlichen Versorgung. Gemeinsame Planungsinstrumente von Kommunen und Ländern einerseits und den Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits existieren nicht. Defizite der Gestaltungsmöglichkeit kommunaler Gesundheitsversorgungsplanung sind einerseits fehlende Möglichkeiten des Rückgriffs auf entsprechendes ärztliches Personal, andererseits mangelnde Planungszuständigkeiten beziehungsweise fehlende Abstimmungsmöglichkeiten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, die zur Bedarfsplanung befugt sind. Ob und inwieweit die Institution der Medizinischen Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft hier Abhilfe schaffen können, kann gegenwärtig noch nicht beurteilt werden.

#### **1.6 Verantwortlichkeit für die Sicherstellung medizinischer und pflegerischer Versorgung**

Die Verantwortlichkeit für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung ist im SGB-V-Bereich vor allem zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen (ambulante ärztliche Versorgung) und Ländern (Krankenhäuser) aufgeteilt. Teile des Leistungserbringungsrechts des SGB V stellen damit für die ambulante Versorgung das Versorgungsbereitstellungsrecht dar, eine Funktion, die das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und die Landeskrankenhausgesetze für den stationären Bereich übernehmen. Im SGB-XI-Bereich liegt die Sicherstellungsverantwortung bei Pflegekassen und Ländern. Hier bildet sich das Versorgungsbereitstellungsrecht für den ambulanten und stationären Bereich im Leistungserbringungsrecht des SGB XI und in Landespflegegesetzen ab. Für andere Gesundheitsversorgungsbereiche ist eine vergleichbare Sicherstellungsverantwortung nicht gegeben.

## 2 Ein Staat kann sich nur *ein* Gesundheitswesen leisten

### 2.1 Zentrale Bereiche

Angesichts des Anteils der durch die Sozialversicherungen vermittelten Leistungen am Bruttosozialprodukt wird deutlich, dass sich ein Staat ein umfassendes Gesundheitswesen nur in einer Gestaltungsform leisten kann. Zwei oder mehrere solcher Systeme nebeneinander zu betreiben, scheint aus diesen Gründen nicht möglich zu sein. In der Bereitstellung des Gesundheitsschutzes durch die GKV für knapp 90 Prozent der Bevölkerung zeigt sich, dass das durch das SGB V vor allem im Leistungserbringungsrecht organisierte Gesundheitswesen für die Bereiche der Kuration und Palliation das alleinige Gesundheitsschutzsystem darstellt. Darauf setzen in großem Umfang auch andere Sozialleistungsbereiche auf, die Gesundheitsleistungen vorsehen. Gleiches gilt für Versicherte der Privaten Krankenversicherung (PKV) und dort sowohl für Voll- wie Teilversicherte, wobei Teilversicherte bei Krankheit häufig Schutz in öffentlich-rechtlichen Beihilfesystemen erhalten. Kuration macht in einem Gesundheitswesen finanziell, institutionell und personell (Gesundheitsberufe) den größten Anteil aus, daher ist die Bedeutung des SGB V im Bereich der Kuration ganz klar definiert. Auch im Versorgungsbereich der Palliation ist dieses Verhältnis eindeutig. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Rollenverteilung gespreizter. Krankenkassen und ihren Verbänden sind jedoch führende Rollen zugeteilt. Für den Bereich der Langzeitpflege nimmt das SGB XI als Volksversicherung eine vergleichbare Rolle ein. Diffuser ist die Zuordnung in der medizinischen Rehabilitation, die sich auf mehrere Sozialleistungszweige verteilt. Diese Aufteilung hat auch zur Folge, dass es zu Verschiebung von Versorgungsverantwortlichkeiten kommen kann. Die Wahrnehmung der Gesetzlichen Krankenversicherung als zentrale Instanz der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung spiegelt sich nicht in einer umfassenden Verantwortung für die medizinische Rehabilitation.

### 2.2 Duales System

Es wird häufig von einem dualen System der Krankenversicherung in Deutschland gesprochen: GKV und PKV. Diese Begrifflichkeit ist ziemlich missverständlich, denn sie suggeriert, dass zwei gleichwertige Versicherungssysteme nebeneinanderstehen. Das ist aber aus mehreren Gründen nicht der Fall:

- Bei der Versichertenanzahl ergibt sich ein erhebliches Ungleichgewicht.
- Das GKV-System ist nicht nur Leistungssystem, sondern gestaltet mit dem Leistungserbringungsrecht das Gesundheitswesen. PKV und Beihilfen im öffentlichen Dienst erstatten nur Kosten, wobei sich Leistungen, für die Kosten erstattet werden, in der Regel am Leistungskatalog der GKV orientieren. Auch wenn unterschiedliche versicherungstarifliche Gestaltungen gegeben sein können.
- Diese Feststellungen gelten auch für die Langzeitpflege nach dem SGB XI, wobei eine Entsprechung der Leistungen von öffentlicher und privater Pflegeversicherung im Leistungsrecht gegeben ist.
- In der Benennung „duales System“ bleibt das Beihilfesystem des öffentlichen Dienstes außer Betracht. Dieses Beihilfesystem orientiert sich teilweise an SGB-V-Leistungen, ist jedoch nicht vollständig damit identisch.

### 3 Gestaltung der Gesundheitsberufe, insbesondere der Heilberufe im Rahmen des SGB V

Im Rahmen des SGB V wird in zum Teil erheblichem Umfang auf die Gestaltung der Gesundheitsberufe, insbesondere der Heilberufe, Einfluss genommen. Das gilt an erster Stelle für Ärzte als Vertragsärzte und die Heilmittelerbringer. Hier finden sich im SGB V direkt regulierende Vorschriften. Weitere regulierende Vorschriften finden sich an vielen Stellen in Form von Rahmenempfehlungen, Vereinbarungen, Richtlinien etc. Damit werden neben den Ausbildungsgesetzen für Heilberufe weitere Ausbildungsanforderungen in Form von Weiterbildungen, Studium oder sonstiger Qualifikation erforderlich.

### 4 Zusammenfassung

In Deutschland wird das Gesundheitswesen in den Versorgungsbereichen Kuration und Palliation, teilweise auch in der Gesundheitsförderung und Prävention, entscheidend durch das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) geprägt. Ähnliches gilt für die Langzeitpflege im Recht der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Der Bereich der medizinischen Rehabilitation ist hingegen auf mehrere Sozialleistungsträger verteilt.

Diese Prägung beruht maßgeblich darauf, dass das SGB V neben leistungsrechtlichen Vorschriften sehr umfassende Maßgaben zur Leistungserbringung enthält, aufgrund derer die Versorgungsstruktur ausgestaltet wird. Auf dieser Versorgungsstruktur setzen andere Sozialleistungsträger und auch private Krankenversicherungsunternehmen sowie die Beihilfe des Öffentlichen Dienstes auf. Es ist missverständlich, von einem „dualen System“ der Krankenversicherung zu sprechen. Die private Krankenversicherung beschränkt sich ebenso wie die Beihilfe des Öffentlichen Dienstes auf Kostenerstattung für bestimmte Leistungen. Für die entsprechenden Dienstleistungen im Krankheitsfall werden in der Regel Leistungserbringer des SGB V in Anspruch genommen.

# Bundeskompetenz für die Kranken- und Pflegeversicherung

Ulrich Wenner

Jede Neuausrichtung gesundheitlicher Versorgung muss sich in einem gesicherten rechtlichen Rahmen bewegen. Das ist nicht nur eine rechtsstaatliche Selbstverständlichkeit, sondern auch aus praktischen Gründen zwingend. Kein Reformprozess kann gelingen, bei dem jeder Schritt mit rechtlichen, insbesondere verfassungsrechtlichen Risiken verbunden ist und immer wieder damit gerechnet werden muss, dass strukturelle Änderungen durch gerichtliche Entscheidungen aufgehoben oder zumindest zeitweilig ausgesetzt werden. Eine sorgfältige Prüfung ist daher notwendig, ob gewünschte grundlegende Systemänderungen hin zu mehr Entscheidungsverantwortung vor Ort in Kommunen und hin zu einer stärkeren Einbeziehung der Interessen und Wünsche von Versicherten und Patienten in die Organisation der Gesundheitsversorgung im Rahmen des geltenden Verfassungsrechts möglich ist. Diese Prüfung muss nüchtern und mit Augenmaß erfolgen. Es reicht nicht aus, so lange nach Positionen in der Rechtswissenschaft zu suchen, bis eine Autorin oder ein Autor gefunden ist, der zu den gewünschten Ergebnissen kommt. Maßstab muss vielmehr sein, ob politisch präferierte Änderungen auf Grundlage bisheriger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts realistischere als mit dem Grundgesetz vereinbar beurteilt werden können. Kann eine solche Überzeugung nicht gewonnen werden, ist es ehrlich und zur Vermeidung von Frustration geboten, den Weg der Verfassungsänderung zu gehen. Schon mit Blick auf die unterschiedlichen parteipolitischen Konstellationen in Bund und Ländern sowie in Bundestag und Bundesrat werden sich zentrale Verschiebungen bei der Ausrichtung der Gesundheitsversorgung ohnehin nicht mit knappen Mehrheiten allein im Bundestag umsetzen lassen. Im Übrigen: Das Grundgesetz ist schon oft und oft aus weniger gewichtigen Gründen als der Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung geändert worden.

In der Verfassungsordnung der Bundesrepublik gibt es nicht „den Staat“, der die Gesundheitsversorgung normativ regeln und administrativ umsetzen könnte. Die Gesetzgebungskompetenz ist zwischen Bund und Ländern verteilt. Der Bund kann den Kommunen zur Umsetzung von Gesetzen kaum Vorgaben machen. Zudem sind zentrale Akteure der Gesundheitsversorgung nicht staatliche Behörden, sondern Sozialversicherungsträger und privatwirtschaftlich agierende Versicherungsunternehmen. Der Bund hat derzeit für die Steuerung der Gesundheitsversorgung nutzbare Gesetzgebungskompetenzen nur für das Versicherungswesen (private Krankenversicherung), die Sozialversicherung, den Infektionsschutz, die Zulassung zu ärztlichen

und anderen Heilberufen, für Apotheken, Arzneimittel und Medizinprodukte sowie für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser. Ansprüche und Versorgungsbedarfe der Menschen kommen im Kompetenzkatalog des Art. 74 GG nur mittelbar vor, nämlich soweit diese bei einem privaten Unternehmen oder einem Sozialversicherungsträger krankenversichert sind. Gesetzliche Regelungen des Bundes zur Gesundheitsversorgung im Normalfall – also nicht bei Pandemien wie aktuell im Verlauf der Verbreitung des Coronavirus – müssen sich der „Sozialversicherung“ im Sinne des Grundgesetzes zuordnen lassen. Dieser Kompetenztitel ist weit, aber nicht uferlos, wie das Bundesverfassungsgericht zuletzt 2018 entschieden hat. Zu den typusprägenden Merkmalen einer Sozialversicherung gehört die Erhebung von Beiträgen, die sich nicht in erster Linie an versicherten Risiken, sondern an wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit der Versicherten orientieren. Beiträge der Sozialversicherung sind „streng zweckgebunden“ und dürfen nicht zur Finanzierung des allgemeinen Staatshaushalts eingesetzt werden. Diese verfassungsrechtliche Grenze wirkt vor allem, wenn Beitragsmittel der Krankenversicherung für Angebote der Prävention in Lebenswelten und der Gesundheitsförderung sowie für die Schaffung gesundheitsfördernder Lebensverhältnisse eingesetzt werden sollen. Das ist nicht schlechthin ausgeschlossen, weil diese Leistungen nicht auf den individuellen Bedarf eines einzelnen Versicherten ausgerichtet wären, aber nur sehr begrenzt zulässig. Insbesondere der Beitrag der Arbeitgeber zur Sozialversicherung ist nach Auffassung des BVerfG von vornherein fremdnützig, weil er allein dem Schutz des Arbeitnehmers dient. Die von Arbeitgebern aufgewandten Beitragsanteile dürfen nur im Binnensystem der Sozialversicherung eingesetzt werden, nicht zur Finanzierung von allgemeinen Staatsaufgaben, die allen Bürgern zugutekommen. Das setzt einer Mitfinanzierung etwa von Angeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch Krankenkassen enge Grenzen.

Je weiter sich eine moderne und zeitgemäße Organisation der gesundheitlichen Versorgung von der Ausrichtung auf die Behandlung einer einzelnen Person auf die Schaffung gesundmachender oder gesunderhaltender Strukturen und Lebensverhältnisse orientiert, desto schwerer lässt sie sich mit der traditionellen Kategorie der Sozialversicherung erfassen.

Auch die – nicht verfassungsrechtlich vorgegebene – Konzeption eines beschränkten Wettbewerbs der Krankenkassen untereinander limitiert Möglichkeiten einzelner Krankenkassen, gemeinsam flächendeckende

Versorgungsangebote im Bereich Prävention und Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens zu organisieren. Kassen, die ihren Zusatzbeitrag erhöhen müssen, drohen Mitgliederverluste bis hin zum Ausscheiden aus dem Markt. Dieser Wettbewerbslogik folgend werden Krankenkassen von sich aus nur solche Angebote machen, von denen sie sich eher kurz- als langfristig eine Stabilisierung der Mitgliederbindung erwarten, weil sie nicht sicher sein können, dass Personen, die heute in den Genuss von Präventionsangeboten kommen, morgen noch bei ihnen versichert sind. Insoweit ist die Ausgangsposition für wettbewerbsneutrale Versorgungsangebote der Kassen im Bereich der Pflegeversicherung sehr viel günstiger, weil die Ausgaben der Pflegeversicherung auf alle Kassen nach einem einheitlichen Schlüssel umgelegt werden. Einsparungen bei sinnvollen Versorgungsangeboten der einzelnen Kasse im Wettbewerb nutzen nichts und Mehrausgaben gegenüber dem Durchschnitt schaden nicht.

Die Heranziehung von Beitragsmitteln der Sozialversicherung zum Aufbau ortsnaher Versorgungsnetze muss nach geltendem Recht auch deshalb die Ausnahme bleiben, weil damit eine Sonderbelastung für gesetzlich versicherte Personen und ihre Arbeitgeber verbunden ist, die die Privatversicherten nicht trifft. Das ist keine theoretische Überlegung, wie sich in der Corona-Pandemie gezeigt hat: In großem Umfang sind Beitragsmittel der Krankenversicherung zur wirtschaftlichen Stabilisierung von Leistungserbringern (Krankenhäuser, Vertragsärzte, Vertragszahnärzte) aufgewandt worden, obwohl auch die nicht gesetzlich versicherten Personen auf eine funktionsfähige Infrastruktur der Versorgung angewiesen sind. Ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung kann nach der Systematik einer auf Übernahme von Behandlungskosten ausgerichteten risikoadjustierten Versicherung mit entsprechend kalkulierten Beiträgen keine Kosten für „Schutzschirme“ für Dritte finanzieren. Soweit also der duale Krankenversicherungsmarkt in Deutschland nicht angetastet wird – und das ist außerhalb von Randbereichen (Angebote für Beamte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben) ohne Grundgesetzänderung kaum möglich – können auch private Krankenversicherungen nur ganz begrenzt zur Mitfinanzierung von gesellschaftlich relevanten gesundheitsbezogenen Aufgaben herangezogen werden, die nicht oder nur ganz am Rande dem individuellen Versicherungsverhältnis zugeordnet werden können.

Auch für organisatorische Innovationen lässt das Grundgesetz dem Gesetzgeber im Bereich der Sozialversicherung

wenig Spielraum. Die Krankenkassen sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert und erfüllen ihre Aufgaben im Rahmen dieser Rechtsform. Sowohl Möglichkeiten, private Dritte in die Aufgabenerfüllung einzubeziehen, als auch die Mitwirkung an genuin staatlichen Aufgaben – wie etwa der gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten durch Ko-Finanzierung der Aktivitäten von Behörden – sind von Gerichten beanstandet worden oder stehen noch auf dem Prüfstand der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die bisherige Rechtsprechung des BVerfG zu Fragen der Gesetzgebungszuständigkeit und der Verwaltungsorganisation lässt es zumindest als wahrscheinlich erscheinen, dass dem Gesetzgeber insoweit keine weite Gestaltungsfreiheit eingeräumt wird. Das legen zumindest die Entscheidungen zur Organisation der Jobcenter aus dem Jahr 2007 und zum Betreuungsgeld aus dem Jahr 2015 nahe.

Aus Verfassungsänderungen der letzten Jahre, die dazu gedient haben, notwendige strukturelle Modernisierungen verfassungsrechtlich abzusichern, lassen sich zwei Ansätze zu einer eher behutsamen Weiterentwicklung der grundgesetzlichen Rahmenbedingungen ableiten. In Reaktion auf das Urteil des BVerfG aus dem Jahr 2007 zur Verfassungswidrigkeit der gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben der Grundsicherung durch die Bundesagentur für Arbeit und die Kommunen ist im Jahr 2010 Art. 91e in das GG eingefügt worden, der die derzeit praktizierte „Mischverwaltung“ absichert. Vergleichbar könnte auch eine institutionelle Kooperation der Krankenkassen mit den Gemeinden und Gemeindeverbänden in der Gesundheitsversorgung im kommunalen Bereich ermöglicht und ausdrücklich auf die Erreichung auch von Präventionszielen ausgeweitet werden. Die Entwicklung nach Inkrafttreten des Art. 91e hat gezeigt, dass bei einer klar formulierten Regelungsintention des verfassungsändernden Gesetzgebers an die Ausformulierung von Regelungsdetails keine besonders hohen Anforderungen gestellt werden. Das BVerfG verlangt erkennbar nur eine explizite Entscheidung von Bundestag und Bundesrat, das überkommene System der Verwaltungsorganisation durch eine Kooperation von bundesrechtlich verorteten Versicherungsträgern und den dem Bereich der Länder zugeordneten Kommunen zu ersetzen. Wie das im Einzelnen und konkret umgesetzt wird, kann der Bundesgesetzgeber relativ frei entscheiden. Wenn das Grundgesetz so geändert ist, dass Kommunen stärker als bisher Versorgungsstrukturen vor Ort mitgestalten können, werden auch Optionen realistisch, Medizinische Versorgungszentren im Sinne des § 95 Abs. 1a SGB V, die schon nach geltender Rechtslage von den Kommunen gegründet

und getragen werden können, zu gemeindlichen Gesundheitszentren aufzuwerten, in denen neben Ärztinnen auch Angehörige anderer Heilberufe tätig sind. In solchen Einrichtungen könnten dann Aufgaben des Infektionsschutzes, der primären und sekundären Prävention und der klassischen Untersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Schuleingangsuntersuchung) verbunden werden.

Unabhängig von der Verbesserung der Kooperation von Krankenkassen und Kommunen ist die Stärkung des kommunalen Gesundheitsdienstes in personeller und technischer Hinsicht unumgänglich. Das ist eine der kaum umstrittenen Lehren, die sich aus der Corona-Pandemie ziehen lassen. Viele Kommunen werden diese Aufgabe finanziell nicht meistern können, schon gar nicht, nachdem die kommunalen Haushalte im Zug der Corona-Pandemie teilweise in Schieflage geraten sind. Deshalb ist es sinnvoll, in Analogie zum DigitalPakt Schule in Art. 104c GG, der 2019 geschaffen worden ist, dem Bund das Recht zu geben, Investitionen der Kommunen im Bereich der Gesundheitsvorsorge (auch) durch Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu unterstützen. Auch insoweit muss das Grundgesetz nicht mit Detailregelungen überfrachtet werden; es reicht aus, den Text des Art. 104c GG um Aufgaben der Gesundheitsversorgung und Prävention zu ergänzen.

### **Aufsicht über die Krankenkassen**

Als bundes- oder landesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechts mit dem Recht der Selbstverwaltung unterliegen Krankenkassen staatlicher Aufsicht. Diese übt gegenüber bundesweit geöffneten Ersatz-, Innungs- und Betriebskrankenkassen das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) – früher Bundesversicherungsamt – und gegenüber AOKs die für Gesundheit zuständigen Landesministerien aus. Schon dieser Dualismus schafft erhebliche Probleme, weil zumindest der Eindruck entstanden ist, die Landesbehörden ließen „ihrer“ AOK deutlich mehr Spielraum als das BAS den überregional tätigen Krankenkassen. An der prinzipiellen Notwendigkeit staatlicher Aufsicht gegenüber Krankenkassen kann kein Zweifel bestehen. Krankenkassen müssen die gesundheitliche Versorgung für 90 Prozent der Bevölkerung sicherstellen und sind dafür verantwortlich, dass Beitragssätze zu Lasten von Arbeitnehmern und Arbeitgebern nicht weiter steigen als zwingend geboten. Das BVerfG hat die Sicherung (auch) der finanziellen Stabilität der Krankenversicherung als einen Gemeinwohlbelang von höchster Bedeutung bezeichnet, den zu sichern der Gesetzgeber nicht nur

berechtigt, sondern sogar verpflichtet ist. Wenn einzelne Krankenkassen dem nicht gerecht werden, müssen die Aufsichtsbehörden schon deshalb eingreifen, weil Kommunen und Länder unmittelbar in der Verantwortung für die gesundheitliche Sicherung der Bürger stehen, wenn und soweit Krankenkassen ihre Aufgaben nicht oder nicht korrekt erfüllen.

Von einer solchen Lage ist Deutschland allerdings derzeit weit entfernt. Auch gravierende Missstände bei den Gehältern der Kassenchefs und der Klasse ihrer Dienstwagen sind schon lange nicht mehr aufgetreten. Gleichwohl entfalten die Aufsichtsbehörden eine umfassende Tätigkeit, wobei nicht immer klar ist, ob tatsächlich Missstände behoben werden sollen oder ob Aufsichtsbehörden glauben, besser als Krankenkassen zu wissen, wie eine gute Versorgung auch im Detail organisiert werden sollte. Im Rahmen der Organisation gesundheitlicher Versorgung besteht auch deshalb nur ein sehr begrenzter Bedarf für staatliche Aufsichtseingriffe, weil die wichtigen Regelungen auf Basis gesetzlicher Vorgaben durch Verträge zwischen ärztlichen und zahnärztlichen Körperschaften, Verbänden der Krankenhausträger und Krankenkassen und ihren Verbänden getroffen werden. In Konfliktfällen und bei fehlender Einigung der Vertragspartner entscheiden nicht staatliche Behörden, sondern Schiedsgremien und Schiedspersonen. Im Übrigen ist für zentrale Vorgaben der von Vertretern der beteiligten Institutionen gebildete Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zuständig. Die Beteiligten können schließlich die auf diesem Weg getroffenen Entscheidungen zur gerichtlichen Überprüfung stellen. Dieses Vertrags- und Konfliktlösungsmodell wird durch intensive und detailbezogene Eingriffe der Aufsichtsbehörden eher gestört als gestützt. Deshalb sollten künftig Aufsichtsbehörden gegen Verträge, Entscheidungen von Schiedsämtern und Richtlinien des G-BA nur noch bei eindeutigen Gesetzesverstößen von erheblicher Relevanz für das Versorgungssystem vorgehen können.

# Welche ethischen Prinzipien sollen das Gesundheitsrecht und speziell die gesetz- liche Kranken- versicherung leiten?

Franz Knieps

**Welche ethischen Prinzipien sollen das Gesundheitsrecht und speziell die gesetzliche Krankenversicherung leiten?**

Das deutsche Gesundheitsrecht ist ein komplexes und kompliziertes Normengeflecht. Es besteht aus Vorschriften des Bundes- und Landesrechts. Internationale und unionale Rechtsinstrumente wirken direkt auf diese Vorschriften ein oder diese Vorschriften haben sich an ihnen zu orientieren. Für das Gesundheitsrecht gibt es keine einheitlichen Gesetzgebungs- und Verwaltungszuständigkeiten. Insbesondere existiert nach den Kompetenznormen des Grundgesetzes keine Kompetenz des Bundes für ein allgemeines Gesundheitsrecht. Vielmehr beschränkt die Verfassung die Gesetzgebungsbefugnis des Bundes auf die Sozialversicherung, auf die Krankenhausfinanzierung und auf Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten.

Es steht nicht in Frage, dass das gesamte Gesundheitsrecht an die Wertentscheidungen des Grundgesetzes gebunden ist. Die Würde des Menschen, die freie Entfaltung der Persönlichkeit, das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, der Gleichbehandlungsgrundsatz und die Berufsfreiheit, aber auch die Sozialbindung des Eigentums sind von besonderer Bedeutung für die ethische Fundierung des Gesundheitsrechts von Bund und Ländern. Anders als die Weimarer Reichsverfassung kennt das Grundgesetz keine sozialen Grundrechte. Aber es ist mittlerweile anerkannt, dass sich aus dem Sozialstaatsprinzip in Verbindung mit einzelnen Grundrechten subjektive Rechte (beispielsweise auf ein menschenwürdiges Existenzminimum) oder staatliche Verpflichtungen (Gewährleistung eines funktionsfähigen Gesundheitswesens) ableiten.

Als Ausfluss der Kompetenzzuweisung für die Sozialversicherung, wie im Übrigen auch für die Privatversicherung, spielen die verschiedenen Sozialgesetzbücher, insbesondere das Erste, Vierte, Fünfte, Neunte und Elfte Buch eine dominierende Rolle für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens. Daher bietet es sich an, in diesen Büchern verankerte Zielbestimmungen und Grundsatznormen zur Bestimmung des ethischen Fundaments des Gesundheitsrechts heranzuziehen. Exemplarisch genannt seien der Grundrechtsbezug in der Beschreibung der Aufgaben des Sozialgesetzbuchs (§ 1 SGB I) sowie die Allgemeinen Vorschriften in den §§ 1 ff. SGB V, IX und XI, die wesentliche Leitvorstellungen für die Ausgestaltung des Sozialversicherungs- und des Sozialleistungsrechts enthalten.

Ziel der sozialen Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch ist die Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer

Sicherheit (§ 1 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll nach § 1 Abs. 1 Satz 2 SGB I dazu beitragen:

- ein menschenwürdiges Dasein zu sichern,
- gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere für junge Menschen, zu schaffen,
- die Familie zu schützen und zu fördern,
- den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine freigewählte Tätigkeit zu ermöglichen und
- besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden und auszugleichen.

Die Ausformulierung konkreter sozialer Rechte in den §§ 2 ff. SGB I hat dagegen eher deklaratorische Bedeutung, da aus ihnen konkrete Ansprüche nur im Rahmen der einzelnen Sozialgesetzbücher geltend gemacht werden können. Allerdings sind die sozialen Rechte zu beachten, wenn Ermessen ausgeübt wird, und sollen zur Verwirklichung der Gesetzesziele beitragen (§ 2 Abs. 2 SGB I).

Die Einleitungsvorschrift des § 1 SGB V beschreibt den Antagonismus von Solidarität und Eigenverantwortung im Recht der Krankenversicherung. Bedeutsam für die ethische Fundierung ist die Beschreibung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als „eine“ Solidargemeinschaft, selbst wenn es unterschiedliche Krankenkassen und Kassenarten als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 4 Abs. 1 SGB V) und im Rahmen der Kassenvorfreiheit (§§ 173 ff. SGB V) Wettbewerb gibt. Ausführlich beschreibt § 1 SGB V die Eigenverantwortung der Versicherten, die für ihre Gesundheit mitverantwortlich sind und von denen – mit Unterstützung der Krankenkassen – eine aktive Rolle erwartet wird. Hervorzuheben ist die Förderung der Eigenkompetenz, neudeutsch Health Literacy, und die Verpflichtung der Kassen, auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken. § 3 SGB V umschreibt die solidarische Finanzierung über in der Regel einkommensabhängige Beiträge unter Beteiligung der Arbeitgeber. Nicht erwerbstätige Familienmitglieder sind beitragsfrei mitversichert. Beides markiert einen wesentlichen Unterschied zur Privaten Krankenversicherung (PKV).

Das Solidaritätsprinzip gilt aber nicht nur für die Mittelaufbringung, sondern auch für die Mittelverwendung in Form von Leistungserbringung nach Maßgabe des § 2 SGB V. Dessen Absatz 1 schreibt zum einen den Anspruch auf Leistungen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und auf Teilhabe am

medizinischen Fortschritt fest. Absatz 1a weitet diesen Anspruch im Gefolge der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden oder vergleichbaren Erkrankungen auf Leistungen aus, die eine gewisse Aussicht auf Heilung oder Linderung versprechen. Absatz 2 schreibt grundsätzlich die Leistungserbringung durch Sachleistung fest, sodass die Versicherten nicht in Vorleistung treten müssen. Eine ethische und soziale Errungenschaft, die speziell für Menschen mit Handicaps von unschätzbarem Wert ist. Absatz 3 sichert die Vielfalt und die Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse bei der Auswahl der Leistungserbringer. Dabei sind besondere Therapierichtungen nicht ausgeschlossen (§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Den besonderen Belangen von Behinderten und chronisch Kranken (§ 2a SGB V) ist ebenso Rechnung zu tragen wie geschlechtsspezifischen Besonderheiten (§ 2b SGB V).

Von herausragender politischer wie praktischer Bedeutung für das Verständnis von Solidarität ist die Prüfung des Bedarfs von Leistungen im Rahmen des § 2 Abs. 1 und Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 12 SGB V, also die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Alle Leistungen müssen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Leistungen, die diesem solidarischen Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechen, dürfen nicht beansprucht, erbracht und bewilligt werden. Erst im Zusammenspiel dieser Einleitungsvorschriften mit dem Normenkomplex des SGB V einschließlich der untergesetzlichen Regulierungen lässt sich eine konkrete Betrachtung von Reichweite und Grenzen der ethischen Grundprinzipien im Krankenversicherungs- und Krankenversorgungsrecht entwickeln und für den konkreten Einzelfall nutzbar machen. Solidarität und Gerechtigkeit in diversen Erscheinungsformen lassen sich an vielen Punkten des geltenden Rechts hinterfragen. Beispielhaft seien nur die Existenz unterschiedlicher Versicherungssysteme mit der Opt-Out-Möglichkeit von Besserverdienenden, das Teilkaskosystem in der Pflegeversicherung, Existenz und Höhe der Beitragsbemessungsgrenze, Leistungsausgrenzungen notwendiger Leistungen oder die (zeitlich begrenzte) freie Preisbildung bei neuen Arzneimitteln genannt. § 1 SGB IX stellt Selbstbestimmung und Teilhabe in den Mittelpunkt von Regelungen für Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohten Menschen. Die Besonderheiten von Frauen, Kindern und Menschen mit seelischen Behinderungen sind zu berücksichtigen.

§ 8 SGB IX normiert ein umfassendes Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten, Ziel ist die Förderung und Ausweitung von eigenverantwortlicher Gestaltung der Lebensumstände und der Selbstbestimmung. Auch das SGB XI stellt in § 2 Autonomie und Selbstbestimmung in den Mittelpunkt und bezieht sich ausdrücklich auf ein Leben, das der Würde des Menschen entspricht (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Ebenfalls ist eine (allerdings limitierte) Wahlfreiheit von Einrichtungen und Diensten (§ 2 Abs. 2 SGB XI) vorgesehen. Auch die religiösen Bedürfnisse sind zu berücksichtigen (§ 2 Abs. 3 SGB XI). Die Eigenverantwortung der Versicherten zielt auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder zur Vermeidung einer Verschlimmerung (§ 6 SGB XI). Im Vergleich zur GKV erbringt die Pflegeversicherung keine Vollversorgung, sondern ist „nur“ Teil einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, die in Koordination und Kooperation aller Akteure von Staat, Selbstverwaltung und Gesellschaft zu leisten ist (§ 8 Abs. 1 und 2 SGB XI). Ob diese Akteure ihrer Verpflichtung nachkommen, ist Gegenstand einer heftigen politischen Kontroverse, in der das letzte Wort trotz des Scheiterns einer Untätigkeitsklage in Karlsruhe noch lange nicht gesprochen ist.

Aus diesen Grundnormen lässt sich ein erstes juristisches Fundament für ethische Prinzipien im Gesundheitswesen bilden, auf das allerdings sozial- und ordnungspolitische Überlegungen, kultur- und gesellschaftswissenschaftliche Elemente, Erkenntnisse aus Public Health sowie allgemeine ethischen Grundsätze und spezielle ethische Standards der Gesundheitsberufe aufbauen müssen. Das gilt ganz aktuell für die Bewältigung von Pandemien, die Ausweitung der medizinischen Möglichkeiten – etwa in der personalisierten Medizin – oder die Ausgestaltung der digitalen Transformation.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit und Hierarchisierung seien einige der ethischen Prinzipien aufgeführt:

Das zentrale Prinzip eines sozialen Gesundheits- und Krankenversicherungssystems ist das Solidaritätsprinzip (Volkman; Bayertz). Es gilt insbesondere in den klassischen Dimensionen bei der Aufbringung und bei der Verteilung der Mittel (Allokation).

Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet also allgemein eine gerechte einkommensabhängige Finanzierung und eine wirtschaftliche Mittelverwendung allein nach dem Bedarf. Beides ist in der konkreten

**Welche ethischen Prinzipien sollen das Gesundheitsrecht und speziell die gesetzliche Krankenversicherung leiten?**

Umsetzung im deutschen System nicht unumstritten. Das Solidarprinzip wirft aber angesichts neuerer Entwicklungen auch spezifische Fragen auf (Prainsack/ Buyx). Exemplarisch sei auf die Priorisierung knapper Impfstoffe oder die Nutzung persönlicher Daten zur individuellen und / oder kollektiven Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung hingewiesen.

Aus dem Solidarprinzip abzuleiten ist der Grundsatz des allgemeinen und gleichen Zugangs zur Versorgung allein in Abhängigkeit vom Bedarf. Dazu zählt die diskriminierungs- und barrierefreie Ausgestaltung dieses Zugangs. Der allgemeine und gleiche Zugang verlangt zudem einen Ausgleich von ungleichen Gesundheitschancen, insbesondere bei vulnerablen Gruppen (Kinder, Ältere, Migranten, psychisch Kranke ...). Inwieweit daraus eine Verpflichtung des Staates zur Vermeidung von unnötigen Wartezeiten hergeleitet werden kann, ist noch ungeklärt. Zumindest muss der Gesetzgeber alles tun, um einen flächendeckenden Zugang zur Grundversorgung zu gewährleisten. Dabei darf ihm ein weiter Gestaltungsspielraum zukommen.

Das gilt auch für die konkrete Ausgestaltung des Prinzips der Gerechtigkeit (hierzu grundlegend Rawls; Sen; speziell zur sozialen Gerechtigkeit Ebert) in den Dimensionen:

- Zugangsgerechtigkeit,
- Belastungsgerechtigkeit,
- Verteilungsgerechtigkeit,
- Systemgerechtigkeit und
- Gendergerechtigkeit.

Inwieweit weitere Dimensionen wie die allgemeine Gleichbehandlung oder die Verpflichtung aller Akteure auf die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsprinzips ebenso auf das Solidar- oder das Gerechtigkeitsprinzip zurückgeführt werden können, bedarf hier keiner Entscheidung.

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Autonomie zu einem eigenständigen Prinzip des Sozial- und Gesundheitsrechts entwickelt. Abgeleitet aus der grundrechtlich geschützten allgemeinen Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) verwirklicht sich Autonomie vor allem in Selbstbestimmung und Teilhabe, korrespondiert aber mit einer Eigenverantwortung, deren Reichweite speziell in Abgrenzung zum Solidarprinzip rechtlich und politisch umstritten ist. Aus der Autonomie abgeleitet wird nicht nur das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung, sondern auch der Schutz der Privatsphäre und vor allem das Letztentscheidungsrecht des Patienten.

Auch die Schaffung individueller Wahlfreiheiten, die Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse und religiöser / spiritueller Überzeugungen sind der steigenden Bedeutung der Autonomie zuzuschreiben. Ganz allgemein fördert Autonomie die Nutzer- und Patientenorientierung des Gesundheitswesens. Hierzu zählen individuelle und kollektive Möglichkeiten zu Mitwirkung und Mitentscheidung in allen Fragen privater und öffentlicher Gesundheit in einem fairen demokratischen Diskurs. Voraussetzung hierfür sind unter anderem die Herstellung einer umfassenden Transparenz über Leistungen und Angebote einschließlich von Nutzen und Qualität sowie die Entwicklung und Förderung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy). Zu den zentralen Prinzipien eines Solidarsystems zählen die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsprinzips mit einer Verpflichtung aller Akteure zu Wirksamkeit, Nutzenmehrung und Qualität sowie zu einem effizienten und schonenden Ressourceneinsatz. Auch die Vermeidung von Schäden und die Risikovorsorge zählen im weitesten Sinn dazu.

In einem freiheitlichen und pluralen Gesundheitswesen gehört die ebenfalls grundrechtlich geschützte Berufsfreiheit (Artikel 12 GG) zu den zentralen Grundprinzipien. Das gilt sowohl für die Berufswahlfreiheit, die allerdings durch begrenzte Ausbildungskapazitäten geprägt ist, als auch für die Berufsausübungsfreiheit, die durch die professionelle Ethik und berufs- wie sozialrechtliche Regulierungen begrenzt wird. In jüngster Zeit steht weniger die rechtliche Begrenzung professioneller Freiheiten bei den Gesundheitsberufen in der Kritik – hier wird vor allem die „überbordende Bürokratie“ beklagt – als die faktische Aushebelung beruflicher Entscheidungskompetenzen durch Rationierung und Kommerzialisierung (Maio; differenzierend Reiners). In Frage steht auch die in Deutschland stark ausgeprägte Arztzentrierung und Hierarchisierung der Versorgung. Angemessen wäre dagegen eine multiprofessionelle Kooperation auf Augenhöhe zwischen allen Akteuren einer Versorgungskette.

Gerade die Kritik an Kommerzialisierung und „Ökonomisierung“ wirft die Frage nach Inhalt und Reichweite der Eigentumsfreiheit des Artikel 14 GG im Gesundheitswesen auf. Nicht nur die Spezifika der sozialstaatlich grundierten Daseinsvorsorge und der durch das Bundesverfassungsgericht immer wieder betonten Pflicht des Gesetzgebers, für ein funktionsfähiges Gesundheitswesens Sorge zu tragen, sondern auch die spezifische Sozialbindung des Eigentums (Art. 14 Abs. 2 GG) setzen übermäßigem

Gewinnstreben privater Akteure Grenzen. Ob daraus allerdings ein Verbot privatwirtschaftlicher Aktivitäten im Gesundheitswesen abgeleitet werden kann, ist rechtlich und politisch zweifelhaft. Vielmehr dürfte es sinnvoll sein, die Zielkonflikte zwischen gesundheitspolitischen und betriebswirtschaftlichen Interessen durch eine bessere Regulierung zu lösen.

Ethische Prinzipien bilden Leitplanken für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens (Piwernetz/Neugebauer). Sie können sich, insbesondere im Kontext des Kernbereichs von Grundrechten und Staatszielbestimmungen, zu Grenzen und Geboten verdichten. Sie sind notwendige Voraussetzung der Systemarchitektur und der Konstruktion des Gesundheitsrechts.

**Literatur:**

Bayertz (Hrsg.), Solidarität – Begriff und Problem, Frankfurt/Main 2002.

Belliger/Krieger (Hrsg.), Gesundheit 2.0, Bielefeld 2014.

Ebert, Soziale Gerechtigkeit – Ideen, Geschichte, Kontroversen, Bonn 2010.

Luhmann, Legitimation durch Verfahren, Frankfurt/Main 1983.

Maio, Geschäftsmodell Gesundheit, Berlin 2014.

Prainsack/Buyx, Das Solidaritätsprinzip, Frankfurt/Main 2016.

Piwernetz/Neugebauer, Strategiewechsel jetzt, Berlin 2021.

Rawls, Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt/Main 1971.

Reiners, Mythen der Gesundheitspolitik, 3. Auflage, Bern 2018.

Sen, Die Idee der Gerechtigkeit, München 2010.

Volkman, Solidarität – Programm und Prinzip der Verfassung, Tübingen 1998.

# **Neuordnung von Governance-Strukturen und -Prozessen im deutschen Gesundheitswesen**

Franz Knieps

Die historisch gewachsenen Governance-Strukturen und -Prozesse im Gesundheitswesen sind in weiten Teilen noch durch das Zunftwesen und durch Verhältnisse der klassischen Industriegesellschaft geprägt. Sie bedürfen einer grundlegenden Überarbeitung. Dabei sollte eine Kongruenz zwischen gesundheitspolitischen Zielsetzungen sowie der Förderung von volkswirtschaftlicher und betriebswirtschaftlicher Effizienz angestrebt werden.

Dies gilt zum einen für die Klärung der Aufgaben, Funktionen und Verantwortlichkeiten auf den verschiedenen Ebenen Bund, Länder und Gebietskörperschaften. Insbesondere die Vernetzung in der Region und ein Zusammenwirken auf örtlicher Ebene sollten in neuen Kommunikations-, Koordinations- und Kooperationsformen und mit neuen Steuerungsinstrumenten und Anreizsystemen möglich werden. Dabei bietet schon das geltende Recht viele Möglichkeiten (ausführlich dazu das Gutachten für die Robert-Bosch-Stiftung von Burgi 2013). Eine Verfassungsänderung sollte allerdings kein Tabu sein, wenn die Kompetenzverteilung des Grundgesetzes einer effektiven und effizienten Organisation der gesundheitlichen Versorgung entgegensteht.

Zum anderen muss eine klare und sachgerechte Zuweisung von Aufgaben und Funktionen an Behörden und staatliche Einrichtungen, selbstverwaltete Institutionen, freigemeinnützige Einrichtungen und privatwirtschaftlich Tätige erfolgen. Dabei gilt es, eine Kongruenz zwischen Verantwortlichkeit und Haftung herzustellen. Vor allem muss eine Gesamtverantwortung etabliert werden. Diese kann außerhalb des SGB V nur bei den Bundesländern liegen.

Ordnungspolitische Zielkonflikte oder regulatorische Widersprüche, wie zum Beispiel zwischen Solidarität und Wettbewerb in der GKV oder zwischen Kapazitätsplanung und Wettbewerbs- und Kartellrecht, müssen vermieden beziehungsweise abgemildert werden (Knieps 2013). Bürgerinnen und Bürger als Nutzer des Gesundheitswesens (Welti 2011b) müssen erkennen können, was, wo, von wem, warum und wann entschieden wird. Monopole und Privilegien einzelner Akteure sind ebenso auf den Prüfstand zu stellen wie starre Organisationsformen und ineffektive oder ineffiziente Arbeitsstrukturen. Das Gesundheitswesen darf kein „Closed Shop“ etablierter Akteure bleiben, der Neueinsteiger abwehrt und Innovationen blockiert.

Das Nebeneinander unterschiedlicher ordnungspolitischer Ansätze zur Steuerung über Staat und Administration,

Selbstverwaltung und Kooperation, Markt und Wettbewerb muss nicht grundsätzlich in Frage gestellt werden (Schmehl/Wallrabenstein 2005 – 2007). In keinem westlichen Industrieland existiert ein Gesundheitswesen, das sich ausschließlich auf einen dieser Steuerungsansätze stützt. Vielmehr existiert überall ein Mix aus unterschiedlichen ordnungspolitischen Ansätzen und daraus abgeleiteten Steuerungsinstrumenten. Allerdings darf keiner der Ansätze zu einem „Feigenblatt“ verkommen (Demmler/Unterhuber) oder ohne Sachgrund einem anderen System untergeordnet werden. Der politische Zweck des jeweiligen Ansatzes ist jedoch schärfer zu konturieren (Welti 2011a), um den „Mehrwert“ der Selbstverwaltung gegenüber einer Steuerung durch staatliche Bürokratie oder durch die ungezügelten Kräfte des Marktes systematisch zu erhöhen (ausführlich dazu die Beiträge bei Hofmann et al. 2020).

Die Verfassung von öffentlichen Institutionen gleich welcher Trägerschaft muss zeitgemäßen demokratischen Anforderungen nach innen und außen genügen sowie evidenzbasierten Verfahrensordnungen gerecht werden. Dies gilt sowohl für die soziale Selbstverwaltung als auch für die Selbstverwaltung auf Leistungserbringerseite sowie für die Gemeinsame Selbstverwaltung aus Vertretern beider Seiten. Auffällig ist, dass Krankenhäuser nur unzureichend in das Institutionengefüge eingebunden sind. Große Emotionen löst allein die Frage aus, inwieweit sogenannte Friedenswahlen bei Sozialversicherungsträgern eine hinreichende demokratische Legitimation bieten oder zumindest einer besonderen Rechtfertigung bedürfen (Braun et al. 2008) – wie zum Beispiel bei geschlossenen Betriebskrankenkassen. Auch bedarf es der Prüfung, inwieweit Institutionen und Gremien allein aus abgeleiteter Legitimation rechtskonform tätig werden können. Dies gilt insbesondere für den Gemeinsamen Bundesausschuss, dessen Legitimation in Teilen der Wissenschaft und von manchen Akteuren im Gesundheitswesen in Frage gestellt wird.

Der Kern von Legitimation speist sich vor allem aus Verfahren (Luhmann 1983). Verfahrensfragen – wie etwa das Antragsrecht, die Beteiligung unmittelbar oder mittelbar Betroffener, die Ausgestaltung des Stimmrechts, die Vermeidung einer überlangen Verfahrensdauer, die Schaffung von Transparenz, die Ausübung der Verfahrenssteuerung, Wege zur Konfliktlösung einschließlich der Gewährleistung eines effektiven Rechtsschutzes und vieles mehr – spielen in komplexen und komplizierten Entscheidungsprozessen eine zentrale Rolle. Die Zusammensetzung von Organen in

Institutionen muss diskriminierungsfrei sein und der gesellschaftlichen Diversität Rechnung tragen. Entscheidungen müssen unter Beteiligung der Betroffenen, speziell der Nutzer und Patienten, und unter Angabe nachvollziehbarer Gründe getroffen werden. Dabei sind Interessenkonflikte auszuschließen und die Beachtung von Compliance-Regeln zu gewährleisten.

Das Spannungsverhältnis zwischen Sicherheit und Innovationsgeschwindigkeit kann in spezielle Konflikte führen. Hier gilt es je nach Gefahrenlage und im Verhältnis zum zu erwartenden Nutzen abzuwägen. Gegebenenfalls sind auch neue Instrumente wie Fast-Track-Verfahren oder vorläufige Bewertungen zu entwickeln sowie bewährte Möglichkeiten des Verwaltungsrechts wie Bedingung, Auflage oder Befristung zu nutzen.

Im Gesundheitswesen haben verfassungsrechtliche Leitvorstellungen, insbesondere das Sozialstaatsprinzip oder der Vorbehalt des Gesetzes sowie Grundrechte fundamentale Bedeutung. Das gilt insbesondere für die Achtung der Menschenwürde, den Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit, die Beachtung des Gleichheitsgrundsatzes, die Sicherung der informationellen Selbstbestimmung, die Berufsfreiheit, den Eigentumschutz. Gerade bei der Ausgestaltung der Berufsfreiheit und beim Eigentumsschutz ist auf die im Grundgesetz verankerte Sozialbindung hinzuweisen, die gegebenenfalls privatwirtschaftlichen Aktivitäten und Renditerwartungen Grenzen setzt.

Zu einer sozial verantwortlichen Governance zählen auch angemessene Bezahlung und Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Von herausragender Bedeutung sind dabei Respekt und Anerkennung durch Politik und Gesellschaft sowie innerhalb und zwischen unterschiedlichen Gesundheitsberufen sowie die Schaffung von Freiräumen zur Erlangung größtmöglicher Autonomie und Handeln auf Augenhöhe.

Die (ungeschriebenen) Regeln der „Good Governance“ stellen ganz offensichtlich Regulierungsbreite und Regulierungstiefe des existierenden Sozial- und Gesundheitsrechts in Frage, auch wenn am Vorbehalt des Gesetzes nicht gerüttelt werden soll. Die Detaillierungswut des Gesetzgebers, die in den §§ 85 ff. SGB V zur vertragsärztlichen Vergütung ihre schlimmste Ausprägung findet, sollte deutlich zurückgefahren werden zugunsten der

ursprünglichen Aufteilung zwischen der Rahmensetzung im Gesetz und der Detailregelung durch untergesetzliche Normen sowie Kollektiv- und Selektivverträge. Das Sozial- und Gesundheitsrecht braucht klar strukturierte Gesetze, die in sich konsistent sind und sich aufeinander beziehen. Die verschiedenen Gesetze müssen ein Ineinandergreifen der unterschiedlichen Sozial- und Unterstützungssysteme bewirken.

Beim Thema Governance ist auch ein kritischer Blick auf die Rolle der Aufsichtsbehörden zu werfen. Dies gilt sowohl hinsichtlich der schleichenden Ausdehnung der Rechtsaufsicht in Richtung Fachaufsicht als auch für in Bund und Ländern unterschiedliche Aufsichtspraktiken. Generell stellt sich die Frage, ob der in § 30 SGB IV verankerte Erlaubnisvorbehalt nicht in einen (erweiterten) Verbotsvorbehalt umgestaltet werden sollte. In jedem Fall sollte das bisherige, nur unzureichend koordinierte Nebeneinander von Bundes- und Landesaufsicht einer funktionalen Aufsichtsteilung weichen, selbst wenn auch dazu eine Verfassungsänderung notwendig wäre.

**Literatur:**

Braun / Klenk / Kluth / Nullmeier / Welti, Modernisierung der Sozialversicherungswahlen, Baden-Baden 2008.

Burgi, Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 2013.

Demmler / Unterhuber, Feigenblatt Selbstverwaltung, Welt der Krankenversicherung 2013: 302 – 304.

Hofmann / Spiecker / Wallrabenstein (Hrsg.), Mehrwert der Selbstverwaltung, Berlin 2020.

Knieps, Zur Rolle von Staat und Selbstverwaltung – Staatliche Institutionen zwischen Daseinsvorsorge, Systemsteuerung und Aufsicht, in: Jacobs / Schulze (Hrsg.), Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System, Berlin 2013: 225 – 240.

Luhmann, Legitimation durch Verfahren, Frankfurt / Main 1983.

Schmehl / Wallrabenstein (Hrsg.), Steuerungsinstrumente im Recht des Gesundheitswesens,

Bd. 1 Wettbewerb (2005), Bd. 2 Kooperation (2006),  
Bd. 3 Kontrolle (2007), Tübingen.

Welti (2011a), Selbstverwaltung im sozialen Gesundheits-  
wesen, Die Sozialgerichtsbarkeit 2011, 485 – 491.

Welti (2011b), Der Sozialbürger als Verbraucher.  
Rechtliche Dimensionen der Nutzerstellung im  
Sozialrecht, Verbraucher und Recht 2011, 363 – 370.

# **Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung: Stärkung der Gesund- heitsfachberufe in Ausbildung, Beruf und ihrer Stellung im Gesundheitswesen**

Gerhard Igl

# 1 Staatliche Verantwortung für das Gesundheitswesen

## 1.1 Verfassungsauftrag: Recht auf Schutz der Gesundheit

Das Gesundheitswesen hat dem körperlichen, geistigen und seelischen Wohlbefinden der Menschen, dem Schutz ihres Lebens und der Verhinderung und Linderung von Krankheiten zu dienen. In Deutschland ist das Gesundheitswesen in der Hauptsache durch staatliche Regulierung verfasst. Der Staat – Bund und Länder – hat eine verfassungsrechtliche Verpflichtung und damit einen Schutzauftrag, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu gestalten. Dieser Schutzauftrag wird Art. 2 Abs. 1 Satz 1 Grundgesetz (GG) (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) und dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) entnommen. Das heißt aber nicht, dass Deutschland ein staatliches Gesundheitswesen hat, wie es in Großbritannien mit dem National Health Service der Fall ist. Vielmehr kommt der Staat auf Ebene des Bundes seiner Verpflichtung durch Bereitstellung eines Kranken- und Pflegeversicherungssystems und auf Ebene der Länder durch Förderung der Versorgungsstruktur etwa bei Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen nach.

## 1.2 Gesundheitsschutz durch Gesundheitsberufe

Zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes gehört auch, dass der Staat in der Verantwortung für die Ausbildung der Gesundheitsberufe steht. Entsprechende Ausbildungsgesetze für Heilberufe ergehen auf Bundesebene (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Die Länder sind für die Durchführung der Aus-, Fort- und Weiterbildung zuständig. Für die Art und Weise der Leistungserbringung im Rahmen des SGB V sind hingegen Krankenkassen und ihre Verbände sowie an der untergesetzlichen Normsetzung der Gemeinsamen Selbstverwaltung beteiligte Institutionen zuständig. Dabei werden häufig zusätzliche Qualitätsanforderungen gestellt, die über heilberufegesetzlich geregelte Ausbildungsstandards hinausgehen. Augenfälligstes Beispiel hierfür sind Anforderungen an Vertragsärzte, die weiter gehen als Anforderungen gemäß Bundesärzte- (BÄO) und Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO). Auch für andere Gesundheitsberufe werden zusätzliche Anforderungen erhoben, so z. B. in § 125 Abs. 2 SGB V für Heilmittelerbringer. Mit seinen Anforderungen an Leistungserbringer stellt das SGB V einen die Berufsausübung bestimmenden Regelungskomplex dar, der zu den heilberufegesetzlichen Anforderungen hinzutritt. Die staatliche Verantwortung für die Gewährleistung des Gesundheitsschutzes durch Gesundheitsberufe verteilt

sich demnach auf mehrere regelgebende Körperschaften und sonstig Beteiligte: auf den Bund im Rahmen konkurrierender Gesetzgebungskompetenz für die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG), auf die Länder für Berufsausübung und für Fort- und Weiterbildung, und schließlich auf die Sozialleistungsträger und dort im SGB V auf an der gemeinsamen Selbstverwaltung Beteiligte.

## 1.3 Einbindung der Gesundheitsberufe bei der Schaffung der Anforderungen für qualitativ hochwertige Leistungserbringung

Unabdingbare Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Erbringung personaler Gesundheitsleistungen ist eine entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildung und eine entsprechende Qualitätsentwicklung der an der Leistungserbringung beteiligten Gesundheitsberufe. Im Leistungserbringungssystem des SGB V werden diese Anforderungen in der Regel durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und durch untergesetzliche Normierungen im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung gestaltet. Anders als Ärzte werden Gesundheitsfachberufe, insbesondere Heilberufe, in unterschiedlicher Weise an Kurationsakten für diese Anforderungen beteiligt. Geschieht dies in Vertragsform, so bei den Heilmittelerbringern gemäß § 125 SGB V, ist eine mitbestimmende Beteiligung gegeben. Anders ist dies bei der Richtlinienherzeugung im Rahmen des G-BA. Hier bestehen nur Anhörungsrechte.

## 1.4 Dimensionen der Stärkung der Gesundheitsfachberufe im Gesundheitswesen

Das Anliegen der Stärkung gerade anderer als ärztlicher Heilberufe und der Gesundheitsfachberufe im Gesundheitswesen betrifft das Anliegen der Gestaltung einer qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung. Es betrifft nicht nur die durch das SGB V verfasste Leistungserbringung durch Angehörige der Gesundheitsfachberufe, sondern insgesamt die Verantwortung der Gesundheitsfachberufe in einem Gesundheitswesen, das wesentlich durch das SGB V bestimmt ist. Das Anliegen der Stärkung der Gesundheitsfachberufe im Gesundheitswesen greift deshalb über den Regelungsrahmen des SGB V hinaus. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Stärkung der Gesundheitsfachberufe außerhalb dieses Regelungsrahmens keinen Einfluss auf die durch das SGB V gestaltete Gesundheitsversorgung hätte. Dieses Phänomen lässt sich sehr klar an der starken

## 2 Stärkung der Gesundheitsfachberufe in der Ausbildung

Stellung der Ärzte im Gesundheitswesen ablesen, die sich im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht sowie im Normsetzungsrecht des SGB V widerspiegelt. Gleiches oder auch nur Ähnliches ist bei Gesundheitsfachberufen nicht der Fall.

Aus diesem Grund werden im Folgenden drei Dimensionen aufgezeigt, in denen eine Stärkung der Gesundheitsberufe stattzufinden hat:

- bei der Regulierung der Ausbildung
- in der beruflichen Tätigkeit
- als gesundheitspolitische Akteure im Gesundheitswesen

Diese drei Dimensionen sind miteinander verflochten und können nicht isoliert betrachtet werden.

### **2.1 Allgemeine Entwicklungen bei der Regulierung der Ausbildung in den Gesundheitsberufen**

Im Gesundheitswesen werden vor allem persönliche Dienstleistungen erbracht. Diese Dienstleistungen unterliegen ständigen Veränderungen, sei es durch neue wissenschaftlich oder berufsimmanent begründete Erkenntnisse, sei es durch geänderte Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung. Für die Erbringung solcher Gesundheitsdienstleistungen bedarf es hochqualifizierten Personals.

Die Ausbildung dieses Personals ist in der Regel öffentlich-rechtlich reguliert, so bei den Heilberufen in verschiedenen Heilberufegesetzen, bei Ausbildungsberufen nach dem Berufsbildungsgesetz und bei Gesundheitshandwerksberufen nach der Handwerksordnung. Die Regulierung der Ausbildung dieser Berufe bleibt oft hinter tatsächlichen Qualifikationserfordernissen zurück. Das lässt sich an der Gesetzgebung zu Pflegeberufen in zweifacher Hinsicht ablesen. Bei Pflegeberufen wird seit langem die generalistische Primärqualifikation diskutiert. Mit dem Gesetz über die Pflegeberufe (PflBG) aus dem Jahr 2017, in Kraft getreten am 1. Januar 2020, wurde im parlamentarischen Verfahren, anders als von der Bundesregierung vorgesehen, ein Kompromiss geschlossen und eine generalistische primärqualifizierende Ausbildung eingerichtet (§§ 5 ff. PflBG). Beibehalten wurden aber gesonderte Ausbildungen für Altenpflege und für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (§§ 60, 61 PflBG). Diese Kompromisslösung wurde von vielen Pflegeberufsverbänden als halbherzige Lösung gewertet. Ein weiteres Anliegen war die hochschulische Ausbildung (§§ 37 ff. PflBG). Obwohl bereits 1992 in der Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ der Robert Bosch Stiftung (Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) 1992) und dann weiter im Jahr 2000 (Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) 2000) die hochschulische Qualifikation Leitender und Lehrender in der Pflege und die Etablierung akademischer Strukturen für eine Pflegeforschung als Voraussetzung für eine hochschulische Ausbildung der Pflegeberufe gefordert wurden, hat erst 2012, nach einer mehr als zehn Jahre dauernden Diskussion, der Wissenschaftsrat (Wissenschaftsrat 2012) eine Empfehlung für die hochschulische Qualifikation (oft ungenau als „Akademisierung“ bezeichnet) von einigen anderen als ärztlichen Berufen im Gesundheitswesen abgegeben. Diese Empfehlung ist auf viel Widerstand bei ärztlichen Standesvertretern gestoßen.

Die Umsetzung hochschulischer Ausbildungen in der Pflege, Hebammenkunde, Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie wurde zunächst in Modellvorhaben erprobt (Deutscher Bundestag 2016). Eine entsprechende gesetzliche Regulierung wurde dann im Gesetz über die Pflegeberufe mit einer Option für eine hochschulische Ausbildung (§§ 37 ff. PflBG) und im novellierten Hebammengesetz (HebG) von 2019, in Kraft ab 1. Januar 2020, mit einem verpflichtenden Hebammenstudium vorgenommen (Igl 2020). Aber auch diese Lösungen sind halbherzig. Bei den Pflegeberufen wird die Einrichtung hochschulischer Studiengänge aus Gründen der Finanzierung erschwert. Bei den Hebammen ist das Studium als duales Studium (§ 11 Abs. 2 HebG) angelegt.

Mittlerweile haben sich auch Berufsverbände der Therapieberufe auf eine hochschulische Ausbildung verständigt. Dabei war für einige Zeit nicht klar, ob eine hochschulische Ausbildung neben der berufsfachschulischen Ausbildung angeboten werden, oder ob es künftig nur noch eine hochschulische Ausbildung geben sollte. Mittlerweile gehen die Überlegungen dahin, dass künftig – mit Übergangszeiträumen – nur noch eine hochschulische Ausbildung möglich sein soll. Bei den Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten (gesetzlich zusammengefasst im Logopädengesetz) bestand sehr schnell Einigkeit über die möglichst baldige Einrichtung einer hochschulischen Ausbildung, ein Gesetzesvorschlag wurde der Öffentlichkeit unterbreitet. Eine von Bund und Ländern eingerichtete Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ 2020) nimmt diese Bestrebungen auf, will jedoch Möglichkeiten einer Akademisierung für jeden Beruf gesondert prüfen. In einer Stellungnahme zum Eckpunktepapier der Arbeitsgruppe wird eindringlich darauf hingewiesen, dass die Vollakademisierung der Ausbildung bei den Therapieberufen ausbildungs-, berufs- und versorgungspolitisch die einzig zukunftsweisende Lösung sei.

Immerhin kann bei staatlich regulierten Heilberufen mittlerweile eine Dynamik der Novellierung festgestellt werden. Im Jahr 2019 wurden mit dem Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz (ATA-OTA-G) zwei neue bundesrechtlich regulierte Heilberufe geschaffen. Die Ausbildung war bislang von

Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft geprägt. Novelliert wurde auch das Ausbildungsrecht der psychologischen Psychotherapeuten im Psychotherapeutengesetz und der pharmazeutisch-technischen Assistenten im PTA-Berufsgesetz. Im Gesetz zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze (MTA-Reform-Gesetz) von 2021, dessen Art. 1 das Gesetz über die Berufe in der medizinischen Technologie (MT-Berufe-Gesetz – MTBG) enthält, wird das Anliegen der Einrichtung einer hochschulischen Qualifikation nicht berücksichtigt.

Jenseits staatlich regulierter Berufe sind gegenwärtig zwei Strömungen zu verzeichnen: Auf der einen Seite ist eine zunehmende und verwirrende Vielfalt von Bachelor- und Masterabschlüssen für gesundheitsbezogene Beschäftigungen neben den Heilberufen zu beobachten. Auf der anderen Seite schaffen sich Leistungserbringer ihre eigenen Berufe („Privatberufe“) auf der Grundlage von Verbandsempfehlungen.

## **2.2 Unkoordinierte und zögerliche Novellierungen der gesundheitsberuflichen Ausbildung**

Die Entwicklungen in den Ausbildungsregelungen für verschiedene Gesundheitsberufe verlaufen insgesamt zum Teil verzögert, widersprüchlich und sogar kontraproduktiv. Den Anliegen der jeweiligen Berufsverbände wird sehr unterschiedlich Rechnung getragen. Das gilt insbesondere für die im Vergleich zum europäischen Ausland lange Zeit vernachlässigte Einführung von hochschulischen Qualifikationen. Erst langsam orientiert sich die Gesetzgebung daran, Fachpersonen fachlich und in ihren persönlichen Kompetenzen adäquat auf die Anforderungen der vom demographischen, epidemiologischen und strukturellen Wandel betroffenen künftigen Gesundheitsversorgung vorzubereiten. Gleiches gilt für die rechtlichen Voraussetzungen einer selbstständigen und kooperativen Leistungserbringung.

## **2.3 Gestaltung der Gesundheitsberufe, insbesondere der Heilberufe im Rahmen des SGB V**

Im Rahmen des SGB V wird in zum Teil erheblichem Umfang auf die Gestaltung der Gesundheitsberufe, insbesondere der Heilberufe, Einfluss genommen. Das gilt an erster Stelle für Ärzte als Vertragsärzte und Heilmittelerbringer.

## 3 Stärkung der Gesundheitsfachberufe in Beruf und Berufspolitik

Hier finden sich im SGB V direkt regulierende Vorschriften. Weitere regulierende Vorschriften finden sich an vielen Stellen in Form von Rahmenempfehlungen, Vereinbarungen, Richtlinien etc. Damit werden neben den Ausbildungsgesetzen für Heilberufe weitere Ausbildungsanforderungen in Form von Weiterbildung, Studium oder sonstiger Qualifikation erforderlich.

### **3.1 Selbstständige Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten und Arztvorbehalt**

Die Krankenversorgung ist in Deutschland von einer Dominanz des Arztes gekennzeichnet. Das gilt berufsrechtlich durch den Vorbehalt in § 1 Abs. 1 HeilprG und sozialversicherungsrechtlich durch den Arztvorbehalt in § 15 Abs. 1 SGB V. Der Zugang anderer als ärztlicher Heilberufe und sonstiger Gesundheitsberufe zur Leistungserbringung wird zurzeit über zwei Wege eröffnet: über Delegation ärztlicher Leistungen, die in der ärztlichen Praxis in weit überwiegender Weise an medizinische Fachangestellte erfolgt, sowie über Modellvorhaben zum selbstständigen Leistungszugang nach § 63 Abs. 3c SGB V. Darüber hinaus existiert noch der Weg über die Erteilung einer beschränkten Heilpraktikererlaubnis, womit der Zugang zu einer selbstständigen Durchführung von bestimmten heilkundlichen Maßnahmen auf den Gebieten der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie verschafft wird. Diese Möglichkeit kann aber nur als Verlegenheitslösung angesehen werden. Sie wird auch in der juristischen Literatur zunehmend als problematisch angesehen. Es ist deshalb an der Zeit, den selbstständigen Leistungszugang und die selbstständige Ausübung von Heilkunde jenseits des Arztvorbehalts zu ermöglichen, wobei stets auf entsprechende Anforderungen an berufliche Qualifikation und Kenntnisse zu achten ist.

### **3.2 Gestaltung der Vergütungen**

In Deutschland herrscht der Grundsatz, dass Arbeitsentgelte Beschäftigter frei vereinbart werden. Hoheitliche Vergütungsfestsetzungen existieren nur für Mindestlöhne. Für Beschäftigte außerhalb des statusgebundenen öffentlichen Dienstes (Beamte, Richter, Soldaten) sind die Tarifparteien für Vergütungsvereinbarungen (Tarifvereinbarungen) zuständig. Da die Durchsetzungsmacht der Tarifparteien auch von der Zahl der Mitglieder abhängt, und da die Mitgliederzahlen bei den die Gesundheitsfachberufe vertretenden Gewerkschaften weit entfernt von denen im industriellen Bereich und den dort vertretenen Gewerkschaften sind, ergeben sich hier durchaus Schwächen bei der Durchsetzungsmacht, die sich auf die Tarifgestaltung auswirken. Daneben werden noch andere Gründe genannt, wie mangelnde Bereitschaft zu Arbeitskämpfen. Eine Verbesserung der Vergütungsstruktur kann deshalb nur durch eine Stärkung der jeweiligen Tarifparteien erreicht werden.

## 4 Stärkung der Gesundheitsfachberufe als gesundheitspolitische Akteure im Gesundheitswesen

### 4.1 Ausgangssituation

Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung wird tagtäglich von Personen gewährleistet, die in großer Mehrheit Angehörige zahlreicher Gesundheitsberufe sind. Erst in jüngster Zeit sind sich gesellschaftlich und politisch Verantwortliche bei den zahlenmäßig größten Gesundheitsberufen, den Pflegeberufen, bewusst geworden, welche Probleme ein Fachkräftemangel dort hervorruft. Derzeit versucht man diesen Problemen im Pflegebereich mit den im Rahmen der Konzierten Aktion Pflege geplanten Projekten entgegenzutreten. Ob dies Aussicht auf Erfolg hat, ist fraglich. Dabei sind die anstehenden Probleme seit langem bekannt und entsprechend artikuliert worden. Resonanz im politischen Raum haben diese Stimmen über lange Zeit hinweg nicht erhalten.

Diese Situation ist auch der Tatsache geschuldet, dass in der deutschen Gesundheitspolitik vor allem Ärzte wahrgenommen werden, während andere im Gesundheitswesen tätige Professionen eine nachrangige Rolle spielen. Diese anderen Gesundheitsprofessionen haben keine ihrer Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung entsprechende Stimme im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Nur der Pflege ist es zuletzt und letztlich viel zu spät gelungen, die nötige Aufmerksamkeit zu gewinnen, um eine längst fällige Modernisierung der Berufsausbildung zu bewirken. Auch die Finanzierung der Pflege bis hin zu Vergütungen der Pflegenden soll nun verbessert werden. Welche Rolle Pflege künftig in der gesundheitlichen Versorgung spielen soll, wird trotz vorhandener Beispiele aus dem Ausland kaum debattiert.

Bei anderen Berufen im Gesundheitswesen fehlt diese Aufmerksamkeit, die man der Pflege jetzt angedeihen lässt, völlig. Sie sind zahlenmäßig wesentlich geringer und ihr Versorgungssegment ist kleiner. Dabei werden auch diese Berufe in Zukunft mehr als bisher in fachlich hochstehender Qualität benötigt, beispielsweise Logopäden bei der Versorgung nach einem Schlaganfall, Physiotherapeuten in der Rehabilitation oder Diätassistenten in der Ernährungstherapie etwa bei Diabetes oder Tumorerkrankungen. Nur bei den Hebammen ist angesichts markanter Versorgungslücken die Notwendigkeit der Förderung dieses Gesundheitsberufes – wiederum zu spät – erkannt worden. Völlig vernachlässigt wird die Frage nach neuen Zuschnitten und Profilen von

Gesundheitsberufen angesichts sich wandelnder Versorgungsanforderungen.

Fachkräftemangel im Gesundheitswesen kann nicht auf ein demografisches Problem reduziert werden. Er steht auch dafür, dass gesellschaftlich und politisch Verantwortliche im Gesundheitswesen diesen sich abzeichnenden Mangel trotz vieler warnender Stimmen nicht wahrhaben wollten und kaum etwas zur Abhilfe getan haben. Die Gesundheitsberufe selbst hatten in dieser Situation kaum Ressourcen und Personen, ihre Stimme zur Geltung zu bringen.

### 4.2 Stärkung der Beteiligung bei der sozialversicherungsrechtlichen Normsetzung

Angesichts der Tatsache, dass das SGB V die Gesundheitsversorgung dominierend gestaltet, ist eine Beteiligung in den Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung, hier im G-BA, Voraussetzung für die entsprechende Interessenwahrnehmung versorgungspolitischer Anliegen. Mit Stimmrecht ausgestattet sind im G-BA jedoch nur die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des G-BA. Die Diskussion über eine stimmberechtigte Teilnahme von anderen Beteiligten aus den Reihen der Gesundheitsberufe kann an dieser Stelle nicht geführt werden. Sie berührt zentrale Fragen der demokratischen Legitimation des G-BA und der entsprechenden Ausgestaltung der Verfahrensweisen. Davon abgesehen kann jedoch festgehalten werden, dass sich auch in Teilen der Rechtswissenschaft ein Unbehagen angesichts des geschlossenen Kreises stimmberechtigter Mitglieder des G-BA wahrnehmen lässt. Obwohl einigen im G-BA nicht stimmberechtigten Leistungserbringern mittlerweile Beratungsrechte eingeräumt worden sind, wäre für die Zukunft zu überlegen, ob Leistungserbringern aus dem Bereich der Gesundheitsfachberufe bei Entscheidungen, die ihren jeweiligen Versorgungsbereich betreffen, ebenfalls Mitentscheidungsrechte eingeräumt werden sollen.

### 4.3 Stärkung als versorgungspolitisch Beteiligte im Gesundheitssystem

Es drängt sich der Eindruck auf, dass verantwortliche Akteure des Gesundheitswesens nicht oder nicht hinreichend über Gesundheitsberufe sprechen und dass der

Zusammenhang zwischen der Qualifikation der Gesundheitsberufe und der Qualität der Leistungserbringung nicht immer so gesehen wird, wie es angemessen wäre. Der aktuelle Diskurs in der gesundheitlichen Versorgung konzentriert sich seit einiger Zeit auf andere Punkte. So wird vielfach über neue und regional unterschiedliche Versorgungsstrukturen, über die Einführung IT-gestützter Behandlungsmöglichkeiten, die Integration von Versorgung sowie über Qualitätssicherung debattiert. In diesem Diskurs wird nicht immer hinreichend berücksichtigt, dass hierfür entsprechendes gesundheitsdienstleistendes Personal mit adäquater Qualifikation und differenzierten Bildungs- und Berufsabschlüssen benötigt wird.

Auf Ebene der Hochschulen haben sich mittlerweile verschiedene Gremien und Verbände herausgebildet, die den Anliegen der hochschulischen Qualifikation von Gesundheitsberufen Rechnung tragen wollen. Die Agenda dieser Gremien und Verbände ist aber primär an den hochschulischen Belangen ausgerichtet. Die Frage, wie sich angesichts der Vielzahl der angebotenen Bachelor- und Masterabschlüsse die Einsetzbarkeit der Absolventinnen und Absolventen auf dem Arbeitsmarkt darstellt, bleibt eher nachrangig.

Die künftige Gesundheitsversorgung muss so gestaltet sein, dass die vorhandenen fachlichen Ressourcen der Gesundheitsberufe optimal zum Nutzen und zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ausgeschöpft werden. Eine solche Debatte hat bisher nur bezogen auf einzelne Berufe stattgefunden. Notwendig wäre es aber, eine solche Debatte über alle Gesundheitsberufe hinweg zu führen, um erforderliche Verschränkungen in der interdisziplinären und interprofessionellen Kooperation bewältigen zu können.

Wenn schon erste Lehren aus der Bewältigung der jüngsten Pandemie gezogen werden können, dann ist festzustellen, dass daran beteiligte Angehörige der Gesundheitsberufe zwar ganz wesentliche Beiträge zu ihrer Bewältigung geleistet haben. Es war aber weder öffentlich noch in Fachkreisen wahrnehmbar, ob oder wie sie in die gesetzgeberische Regulierung der Pandemiebewältigung einbezogen worden sind. Genauso wenig ist feststellbar, wie diese Beteiligten in die Bewältigung der Zukunftsfragen der gesundheitlichen

Versorgung einbezogen werden. Breitere und öffentlichkeitswirksame Plattformen z. B. für eine Umgestaltung der Primärversorgung existieren nicht. Dabei geht es nicht nur um eine in einer Demokratie unerlässliche Mitbeteiligung an den jeweiligen politischen Diskursen, sondern auch um die aus Erfahrungen der Gesundheitsberufe gespeiste qualitative Bereicherung dieser Diskurse. Deshalb ist es für die Gesundheitsberufe dringend geboten, eine für Gesellschaft und Politik sichtbare Plattform zur Artikulation ihrer Stimmen zu schaffen. Allerdings nicht primär als eine berufliche Interessenvertretung, sondern um das Wissen und die Erfahrungen der Gesundheitsberufe für die Gestaltung der heutigen und künftigen gesundheitlichen Versorgung nutzbar zu machen (Igl et al. 2015). Ein Gesundheitsberuferat auf nationaler Ebene könnte eine solche Plattform darstellen. Dies ist auch jüngst von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Deutscher Bundestag 2020: 3, 8), gefordert worden:

„Zusätzlich wird vorgeschlagen, mit dem Ziel, Ausbildung und Tätigkeit der Gesundheitsberufe zukunftsgerecht zu gestalten, vergleichbar mit dem Wissenschaftsrat einen Gesundheitsberuferat einzurichten. Dieser soll einen strukturierten und institutionalisierten Dialog der Akteure der Gesundheitswirtschaft und des Bildungswesens ermöglichen. Zu seinen Aufgaben gehört die Findung neuer Berufe sowie Empfehlungen zu den Rahmenbedingungen der Ausbildung sowie zum Berufsrecht. Der Rat hat beratende Funktion. Mögliche Beteiligte wären etwa Verbände der Leistungserbringer und Gesundheitsberufe, Sozialleistungsträger, Vertreter der Patientinnen und Patienten, Verbraucherverbände, Wissenschaft, Gesundheitsarbeitgeberverbände und Gewerkschaften, Bildungsinstitutionen, politische Akteure sowie unabhängige Sachverständige.“ Obwohl die Einrichtung eines solchen Gesundheitsberuferrates keine genuine Aufgabe eines Sozialversicherungszweiges wie der Gesetzlichen Krankenversicherung ist, könnte durch eine dauerhafte finanzielle Mitbeteiligung an einem solchen Rat die Mitverantwortung der Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung durch Angehörige der Gesundheitsfachberufe zum Ausdruck kommen.

## 5 Ausblick

In keinem gesellschaftlichen oder wirtschaftlichen Bereich haben die den Bereich prägenden Berufsangehörigen so wenig Einfluss auf dessen Gestaltung wie es im Gesundheitswesen der Fall ist. Zwar gilt diese Feststellung nur für einen Teil der gesundheitsdienstleistenden Berufsangehörigen. So sind Ärzte im Gesundheitswesen mit Stimme und Gestaltungsmacht ausgestattet. Für den zahlenmäßig überwiegenden Teil der Gesundheitsberufe gilt dies aber nicht. Dabei geht es nicht primär um die Wahrnehmung der Interessen der jeweiligen Berufsgruppen. Vielmehr ist eine zukunftsgerechte Gestaltung des Gesundheitswesens unter Einbezug aller hier tätigen gesundheitsdienstleistenden Berufe notwendig.

### Literatur:

Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“, Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“. 04.03.2020.

Deutscher Bundestag, Drucksache 18/9400. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. 19.08.2016.

–, Drucksache 19/21881. Gesundheitsregionen – Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung. 26.08.2020.

Igl, Das Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung: Ein weiterer Schritt in Richtung auf die Modernisierung der Heilberufeausbildung. *Medizinrecht (MedR)*. 2020: 342 – 348.

Igl/Satrapa-Schill, Die Gesundheitsberufe gestalten und fortentwickeln. *Pro Alter*. März / April 2015: 54 – 57.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), *Pflege braucht Eliten*. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Führungskräfte in der Pflege. Gerlingen: Bleicher, 1992. Erstauflage 1992; mittlerweile 6. Aufl. 2000.

–, *Pflege neu denken*. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart – New York 2000.

Wissenschaftsrat, Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin: Wissenschaftsrat, 13.07.2012. Drucksache 2411 – 12.

# **Kooperation und Integration**

Franz Knieps

# 1 Entwicklung des sektoralen Versorgungssystems

Seit Jahrzehnten ungelöst ist die zentrale Frage der Versorgungspolitik, wie im deutschen Gesundheitswesen Kommunikation, Koordination und Kooperation verbessert werden können, um die Segmentierung der Versorgungsstrukturen zu überwinden, die Steuerung von Versorgungsprozessen an Bedarf und Bedürfnissen der Patienten auszurichten und Qualität der Versorgung wie Effizienz der eingesetzten Mittel zu erhöhen. In zahlreichen Reformgesetzen wurden (oft halbherzige und widersprüchliche) Versuche unternommen, dem Ziel der Integration von Strukturen und Leistungen näher zu kommen. Ein Blick auf die zergliederte Versorgungslandschaft macht deutlich, wie kontraproduktiv Rahmenbedingungen sowohl für wettbewerbliche Kreativität wie für gezielte Investitionen in patientenorientierte Innovationen sind. Deshalb müssen Handlungsperspektiven für eine integrative Gesundheitspolitik entwickelt werden.

Ohne Zweifel ist in den letzten beiden Dekaden viel Bewegung in die Versorgungslandschaft des deutschen Gesundheitswesens gekommen (ausführlich Knieps / Reiners 2015). Die Verbesserung von Kommunikation, Koordination und Kooperation zwischen den Akteuren mit dem Ziel der Integration von Prozessen und Leistungen prägt die Reformagenden unterschiedlicher Bundesregierungen seit Ende der achtziger Jahre. Dabei wird jedoch wenig beachtet, dass schon vor der Implementierung von Modellklauseln, integrierter Versorgung oder besonderen Versorgungsformen in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung unterschiedliche Wege zur Organisation einer integrierten Versorgung gegangen worden sind, deren letzte Reste noch heute vorhanden sind. Das gilt beispielsweise für Einrichtungen der Krankenkassen wie zum Beispiel das Ambulatorium der AOK Nordost in Berlin Wedding oder für das Sprengelarzt-System der knappschaftlichen Krankenversicherung, das im Zusammenwirken mit Knappschaftskrankenhäusern im heutigen PROSPER-Netz der Bundesknappschaft ein beachtenswertes Modell integrierter Versorgung bildet (Amelung 2012).

Der Blick ist vielfach verengt auf die Entwicklung der vertragsärztlichen Versorgung, deren Entstehung als gesellschaftliche Reaktion der Ärzteschaft auf selektives Kontrahieren der Krankenkassen seit Ende des 19. Jahrhunderts zu verstehen ist. Auf ihre Geschichte bis 1989 soll hier nicht näher eingegangen werden (dazu Schnapp 2016).

Moderne stationäre Versorgung hat demgegenüber ihre Wurzeln in karitativer Mildtätigkeit von Kirchengemeinden und Orden sowie im militärischen Lazarettssystem und in der kommunalen Armenfürsorge. Ihr Aufstieg ist eng mit der Entwicklung von Großstädten und Metropolen verbunden (exemplarisch für Berlin: Winau 1987; Hesse 2010; Holzgreve / von Cossel 2018).

Ein Blick auf die Historie zeigt, dass neue Versorgungsformen Wurzeln in der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens haben und dass ihr Weg durch die Gesundheitsreformen der letzten Jahre und Jahrzehnte keineswegs gradlinig verlaufen ist. Vielmehr gleicht die Entwicklung der Echternacher Springprozession, die aus ideologischen, standespolitischen oder ökonomischen Gründen immer wieder Schritte zurück oder zur Seite vollführt. Gleichwohl bleibt das Projekt von Kooperation und Integration im Gesundheitswesen ebenso unvollendet wie aktuell (siehe die Beiträge bei Brandhorst / Hildebrandt / Luthé 2017; Spitzer / Ulrich 2021).

## 2 Schwächen des sektoralen Versorgungssystems

Hinter der Debatte um integrierte Versorgungsformen stehen begründete, häufig auch wissenschaftlich fundierte Zweifel an der Effektivität und Qualität der Regelversorgung (Schmacke 2005), der Effizienz der Ressourcenallokation und daran, dass Nutzerorientierung ausreichend ist. Exemplarisch dafür stehen die Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Seit seinem ersten Gutachten 1987 hat er immer wieder Varianzen in der Versorgungsqualität, soziale Ungleichheiten und Mittelverschwendung, speziell an den Schnittstellen der Versorgungssektoren, beklagt. Seine Gutachten zur Über-, Unter- und Fehlversorgung (Sachverständigenrat 2002) geben ein präzises Bild von Fehlentwicklungen, wie sie von den Akteuren des Systems selbst gesehen werden und wohl trotz aller Verbesserungen im Grunde noch heute bestehen (aktuell Piwernetz / Neugebauer 2021). Internationale Vergleiche bescheinigen dem deutschen Gesundheitssystem einen umfassenden Leistungskatalog und einen hohen Input, beklagen aber eine schlechte Produktivität und einen vergleichsweise geringen Output (beispielhaft Schölkopf / Grimmeisen 2021).

Speziell sozioökonomische Veränderungen verlangen deshalb eine permanente Anpassung des deutschen Gesundheitswesens an neue Herausforderungen. Hier ist in erster Linie die demografische Entwicklung zu nennen, die sich nicht nur in einer allgemeinen Alterung der Bevölkerung niederschlägt, sondern auch die Frage aufwirft, wie künftig ausreichend qualifiziertes Personal für das Gesundheitswesen gewonnen werden kann. In der Epidemiologie lässt sich seit langem der Wandel hin zu chronischen Erkrankungen mit Multimorbidität beobachten (RKI 2015). Damit einher ging ein deutlicher Rückgang der Infektionskrankheiten. Dem setzt die Corona-Pandemie – zumindest vorläufig – ein Ende. Neben der Bewältigung der (Folge-) Kosten der aktuellen Pandemie und der Vorhaltung ausreichender Kapazitäten für künftige unvorhergesehene Ereignisse dürfte der medizinische, technische und pharmakologische Fortschritt die größte finanzielle Herausforderung bilden. Dies wirft zugleich die Frage auf, nach welchen ethischen, sozialen und ökonomischen Kriterien Innovationen Eingang in die Gesundheitsversorgung finden sollten.

Die digitale Transformation bietet Chancen und Gefahren für die künftige Steuerung des Gesundheitswesens. Nahezu alle innovativen Versorgungskonzepte stützen sich auf eine datengetriebene patientenorientierte Prozesssteuerung

(exemplarisch die Beiträge bei Böttinger / zu Putlitz 2019). Die rechtlichen Rahmenbedingungen sollten neben der grundsätzlichen Neuausrichtung des Systems in der digitalen Transformation (siehe dazu den Beitrag von Hofmann / Woskowski) auch zum Ziel haben, managementfähige Einheiten als dezentrale Steuerungsschwerpunkte zu schaffen (Busse / Schreyögg / Stargardt 2017). Neue Versorgungsformen entstehen auch als Muster für das Management von Strukturen und Prozessen sowie für die Messung, den Vergleich und die Bewertung von Ergebnissen. Sie müssen zwingend einen Beitrag leisten zur Emanzipation sowohl der Patientinnen und Patienten als Nutzer der Gesundheitsversorgung wie auch der Gesundheitsberufe als wesentlicher Erbringer dieser Leistungen. Sie sind ein neues Aufgabenfeld für traditionelle Akteure, insbesondere Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser oder Industrie. Sie bieten allerdings auch Entwicklungsperspektiven für neue Anbieter wie beispielsweise Managementgesellschaften oder „Kümmerer“, vorzugsweise an Schnittstellen. Um das System nachhaltig zu verändern, müssen sie flächendeckende, populationsbezogene Wirkung entfalten (Sachverständigenrat 2010). Das heißt jedoch nicht, dass es eine einheitliche Blaupause für alle Regionen des Landes geben kann. Innerhalb von Bundesländern und Regionen kann es sehr unterschiedliche Verhältnisse geben, selbst in Städten existieren große Varianzen (erneut kann hier Berlin als Beispiel dienen). Die Entwicklung und Implementierung bisheriger integrierter Versorgungsformen sollte nicht in eine grundsätzliche Umsteuerung des deutschen Gesundheitswesens umgedeutet werden. Sektorale Planungs- und Honorierungssysteme setzen nämlich weiterhin kaum Anreize zur Überwindung der Sektorengrenzen. Rechtliche Rahmenbedingungen für neue Versorgungsformen sind fragmentiert und instabil. Das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivverträgen bleibt weitgehend ungeklärt. Dies gilt auch für die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen, die mit der gleichzeitigen Wahrnehmung der Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzteschaft wie Ordnungs- und der Übernahme von Regulierungsfunktionen überfordert zu sein scheinen (Sachverständigenrat 2008). Schließlich fehlt es, wie die Praxis geförderter Projekte zeigt, an einheitlichen Standards für eine neutrale Evaluation und an einem systematischen Übergang positiver Ergebnisse in die flächendeckende Regelversorgung. Unter den Bedingungen des Wettbewerbs über Zusatzbeiträge ist eine Fokussierung der Krankenkassen auf den kurzfristigen Return of Invest-

ment zu beobachten, der längerfristige Veränderungsprozesse eher behindert als fördert. Trotzdem bieten viele Projekte Anschauungsmaterial für eine pluralistische, patientenorientierte Versorgung. Das geltende Krankenversicherungsrecht (Näheres bei Knieps / Müller 2016) bietet aber nach der Aufhebung zahlreicher Vorschriften über besondere Versorgungsformen und der Ausweitung des § 140a SGB V eine Reihe von Möglichkeiten, neue Versorgungsformen zu entwickeln, zu erproben und einzusetzen. Sie reichen von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung über die hausärztliche Versorgung und Programme zur Versorgung chronisch Kranker, den sogenannten Disease-Management-Programmen, bis zu vielen Möglichkeiten an den Schnittstellen der Versorgungsbereiche (Einzelheiten bei Knieps 2015).

### 3 Neue Versorgungsmodelle zur Überwindung der Sektorengrenzen

In der kleinteiligen Versorgungswelt des bundesdeutschen Gesundheitswesens findet sich heute eine kaum noch überschaubare Vielfalt von vertraglich vereinbarten Versorgungsformen. Systematisch lassen sich diese (nach Amelung 2012) differenzieren nach:

- produktbezogener Integration (Beispiele: Chronikerprogramme, Steuerung über Komplexpauschalen),
- organisationsbezogene Integration,
- horizontale Integration (Beispiele: Arztnetze, hausarztzentrierte Versorgung),
- vertikale Integration (Beispiele: Ambulanzen oder Medizinische Versorgungszentren am Krankenhaus),
- indikationsbezogene Integration (Beispiel: Versorgungsprojekte für chronisch Kranke oder spezifische Erkrankungen mit großem Behandlungsaufwand),
- populationsbezogene Integration (Beispiele: Praxisverbünde, Regionalprojekte).

Bundesweite Beachtung haben – ohne Anspruch auf repräsentative Auswahl oder Vollständigkeit – vor allem folgende Modelle gefunden:

- Modulare Vernetzung der hausarztzentrierten Versorgung und der besonderen ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg (Kooperation zwischen Krankenkassen, Hausärzteverband und MEDI-Verbund mit neuen Honorierungsformen und besonderen Leistungen)
- Risk-Sharing-Modelle (Kooperation zwischen Krankenkassen, Kliniken, Pharmafirmen oder Medizinproduktehersteller und Fachärzten zur Optimierung von Vorsorge, Behandlung und Nachsorge bei spezifischen Erkrankungen)
- Populationsbezogene Versorgung einer kleinräumigen Region oder eines Stadtteils (durch Kooperation von niedergelassenen Vertragsärzten mit Krankenhäusern und Steuerung durch eine Managementgesellschaft, Finanzierung der erhöhten Verwaltungsaufwendungen und der Anreizsysteme über Verminderung der Krankenhausaufgaben und gezielte Arzneimittelsteuerung)

- Verbundsysteme von Ärzten und Krankenhäusern (beispielhaft und rechtlich privilegiert die Gesundheitsnetze der Bundesknappschaft zur populationsbezogenen integrierten Versorgung mit rund 2000 Sprengelärzten und 13 knappschaftseigenen Krankenhäusern in sieben ehemaligen oder aktiven Bergbauregionen)
- Netzwerke zur psychischen Gesundheit (Kooperation von Krankenkassen mit niedergelassenen Vertragsärzten, Psychotherapeuten und Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie)
- Aktivitäten zur Förderung der Community Medicine (Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten sowie sonstigen Gesundheitsberufen zur Gewährleistung einer wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung)

Darüber hinaus existiert eine Vielzahl bemerkenswerter Aktivitäten und Projekte zur Optimierung von Prozesssteuerung und Ergebnisqualität für bestimmte Indikationen. Beispielhaft sei hier nur auf Vorhaben in der Augenheilkunde, in der Kardiologie, in der Onkologie, der Endokrinologie, bei Schädigung des zentralen Nervensystems oder in der Heimversorgung und der Palliativversorgung hingewiesen. Hier hat der Innovationsfonds zahlreiche neue Impulse gegeben, aus denen sich aber noch kein Gesamtbild ableiten lässt.

Dreißig Jahre nach der Wiedervereinigung ist es noch immer verpönt, auf bestimmte Errungenschaften des DDR-Gesundheitswesens hinzuweisen (Knieps 2010). Dies gilt exemplarisch für Polikliniken und Ambulatorien, die heute in den Medizinischen Versorgungszentren eine moderne Organisationsform gefunden haben (Knieps / Amelung 2010). Auch die Versorgung in Krankenhausambulanzen hat sich erst langsam und nur in eingeschränkten Formen durchgesetzt. Aus den Dispensaire-Programmen für Diabetiker haben sich wesentlich die Chronikerprogramme (DMP) gespeist. Schließlich finden Gesundheitsfachberufe über Modellprojekte wie Schwester AGnES den Weg in die Versorgungsrealität ländlicher Regionen zurück (van den Berg u. a. 2010). Not kennt dort kein Gebot, was dazu führte, dass in den neuen Bundesländern Grenzen überschritten wurden, die im alten Bundesgebiet noch immer zubetoniert sind oder scheinen.

Bei innovativen Versorgungsformen bleiben viele praktische Probleme nach wie vor ungelöst. Häufig mangelt es an ausreichendem Kapital, da die Gewinnerwartungen unsicher sind und auf die Beständigkeit der Gesundheitspolitik kein Verlass ist. Defizite zeigen sich bei der Entwicklung der Managementkompetenz (Busse / Schreyögg / Stargardt 2017), speziell bei der Erstellung eines Businessplans, dem Datenmanagement, der Personalentwicklung und dem Controlling. Nicht immer werden die Präferenzen der Versicherten ausreichend untersucht (Böcken et al. 2007). Erneut sei darauf hingewiesen, dass sektorale Anreize alle Bemühungen zur Integrierung von Angeboten und Leistungen überlagern. Solange die sektorale Bedarfsplanung nicht zu einer integrierten Rahmenplanung weiterentwickelt ist, solange die Vergütungssysteme einschließlich der Investitionsanteile nicht harmonisiert werden und ökonomische Anreize zu Qualität und Innovation setzen und solange die gesetzlich überwundene sektorale Qualitätssicherung nicht tatsächlich in sektorenübergreifende Instrumente mündet, solange bleiben innovative Versorgungsformen Exoten. Wesentliches Hindernis ist die kulturelle Erstarrung, speziell in den Strukturen der (Gemeinsamen) Selbstverwaltung. Fast alle Gesundheitsberufe haben Schwierigkeiten, unter den neuen Rahmenbedingungen und Herausforderungen ihre professionelle Identität neu zu bestimmen. Die Innovationsbereitschaft ist begrenzt, solange das alte System ein mehr als ausreichendes Auskommen ermöglicht (Albrecht et al. 2010; Cassel et al. 2008). Im Verhältnis von Kollektiv- zu Selektivverträgen bleiben viele Dinge auch nach der Neufassung des § 140 a SGB V ungeklärt. Das betrifft etwa die Frage der Bereinigung der Gesamtvergütung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung oder die Einbeziehung nicht zugelassener Leistungserbringer. Und das gilt ebenso für die Wirkungen des Europa-, Wettbewerbs- und Kartellrechts (Ebsen 2015). Eine konsistente Wettbewerbsordnung wäre dringend geboten (Cassel et al. 2014). Schließlich fehlt es an ausreichender Transparenz über Erfolg und Misserfolg innovativer Versorgungsformen und einer systematischen Zusammenfassung der Evaluationen in der Versorgungsforschung (Pfaff et al. 2017).

Sucht man nach den Erfolgsfaktoren neuer Kooperations- und Integrationsmodelle, so wird man schnell fündig. Fast immer spielen die Akteurskonstellationen eine herausragende Rolle. Das gilt exemplarisch für die Verträge zur

hausärztlichen Versorgung mit angedockten Facharztmodulen oder das Modell *Gesundes Kinzigtal* in Baden-Württemberg, aber, verteilt über die Republik, auch für viele andere Projekte. Ohne überzeugende und kreative Vordenker, die zugleich Organisationstalent, Durchsetzungskraft und überzeugendes Charisma mitbringen müssen, passiert wenig. Nur wenn das fast schon manische Misstrauen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern abgebaut und eine Vertrauensbasis installiert wird, wachsen Chancen auf Veränderungen und können Projekte Krisen überstehen, die nahezu zwangsläufig nach einem häufig euphorischen Beginn auftreten.

Erfolgreiche Perspektiven haben auf Dauer nur solche Projekte, die auf einem soliden Businessplan aufbauen und entweder einen effizienteren Mitteleinsatz versprechen und/oder eine für Patienten spürbare Qualitätssteigerung sowie einen Imagegewinn für die Akteure bewirken. Das darf nicht nur auf dem Papier stehen, sondern muss in einer begleitenden Evaluation gemessen und belegt werden. Gute Absichten sind ebenso unzureichend wie bloße Plausibilitäten. Die mittel- und langfristige Überlebensfähigkeit neuer Versorgungsformen hängt davon ab, inwieweit sie sich an neue Herausforderungen anpassen lassen. Dies gilt sowohl für Entwicklungen in den Binnenstrukturen als auch für die Berücksichtigung exogener Faktoren. Dazu zählt vor allem der finanzielle und organisatorische Rahmen für selektivvertragliches und damit wettbewerbliches Handeln der Akteure. Hier fehlt es nach wie vor an einer konsistenten Ordnung (Cassel u. a. 2014) und ausreichender Transparenz für Versicherte, was auch der wachsenden politischen Skepsis gegenüber wettbewerblichen Steuerungselementen im Gesundheitswesen geschuldet zu sein scheint. So schafft der Gesetzgeber Anreize und Hindernisse für neue Versorgungsformen in einem Akt. Exemplarisch sei nur auf die konkrete Ausgestaltung des Innovationsfonds in den §§ 92a und 92b SGB V verwiesen, die einerseits beträchtliche Finanzmittel für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung reservieren, andererseits die Entscheidung über deren Verwendung Ministerialbeamten und den Hütern der Kollektivverträge zuweisen.

Vor allem bleibt die Finanzverfassung der Gesetzlichen Krankenversicherung widersprüchlich. Die Krankenkassen konkurrieren vor allem über die Höhe des Zusatzbeitragsatzes. In diesem Wettbewerb dominiert die Kurzfristperspektive. Mittel- und langfristige Investitionen treten hinter kurzfristigen Bemühungen zur Erhöhung der Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds zurück. Statt des erwünschten Qualitätswettbewerbs dominiert derzeit wieder der Preiswettbewerb, der zudem vom Wettbewerb um die optimale Kodierung der Diagnosen und einer verfeinerten Risiko-selektion begleitet wird. Nur wenn neue Formen von Kommunikation, Koordination und Kooperation diese Wirkungen beachten statt sie zu verstärken, dürften sie in der Versorgungspolitik der Krankenkassen Bestand haben. Auch wenn der Innovationsfonds Anreize für das Engagement in innovativen Projekten bietet, die allerdings eher auf kassen(arten) übergreifende Kooperationen zugeschnitten sind, ist die Gefahr groß, dass die gegenwärtigen Rahmenbedingungen den Wandlungsprozess der Kassen vom Payer zum Player einschränken: Kassen werden dann eher zum Bremser von Kooperation und Integration und tragen damit zum Stillstand im Gesundheitswesen bei (Binder 2015).

## 4 Kooperation und Integration als Regelversorgung

Zentrales Ziel und Handlungsmaxime eines zukunftssicheren Gesundheitssystems muss es sein, den allgemeinen Zugang zu einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung ohne Rücksicht auf Einkommen, Alter, Bildung oder Status einschließlich des Zugangs zu Innovationen zu gewährleisten. Ein Blick in die Statistiken zeigt, dass Deutschland erschreckende Ungleichheiten in der Morbidität und Mortalität in Abhängigkeit von den genannten Parametern aufweist (Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009), die in der Zeitreihe, speziell in der Pandemie, und im internationalen Vergleich wachsen, statt abgebaut zu werden. Universeller Zugang, Chancengleichheit und Verteilungs- und Belastungsgerechtigkeit sind wesentliche Faktoren eines zivilisatorischen Standards, der auch angesichts der Herausforderungen an Gesundheits- und Sozialsysteme nicht aufgegeben werden darf. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass das Gesundheitswesen ein bedeutsamer Wirtschaftszweig ist, der allerdings weniger über den Markt als über Recht und Politik gesteuert wird und deshalb ordnungspolitische Besonderheiten aufweist (Knieps/Reiners 2015). Der ordnungspolitische Rahmen muss in den kommenden Jahren und Jahrzehnten umgestaltet werden. Dies betrifft insbesondere das duale Versicherungssystem von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Es gilt aber auch für Regulierung und Wettbewerb als wesentliche Steuerungsinstrumente. Der einheitliche Leistungskatalog, die Bedingungen für Qualität und Effizienz der Leistungserbringung und der Eingang von Innovationen unter Beachtung einer (Kosten-)Nutzenbewertung müssen ebenso gewährleistet sein wie Transparenz und Übersichtlichkeit über Outcomes der Gesundheitsversorgung. Wenn die Gemeinsame Selbstverwaltung diesen Regulierungsauftrag nicht erfüllt, wird der Staat hier in die Bresche springen. Als Auslöser für einen Such- und Innovationsprozess kann Wettbewerb eine Rolle im Gesundheitswesen spielen (Cassel u. a. 2014; Albrecht u. a. 2010), wenn er in eine soziale Rahmenordnung eingebettet und Qualität zum zentralen Wettbewerbsparameter wird (Bandelow/Eckert/Rüsenberg 2009). Wenn man grundlegende Systemwechsel – wie zum Beispiel die vollständige Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung, die Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Einbeziehung der Krankenhäuser in das körperschaftliche Vertragsgeflecht zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten – vermeiden will oder für politisch unrealistisch

hält, wird man sich auf folgende politische Veränderungen (grundlegend die Beiträge bei Klein/Weller 2012; Brandhorst/Hildebrandt/Luthe 2017) fokussieren müssen:

- Trotz einer Vielzahl von Einzelregelungen im SGB V wird die Neuordnung von Versorgungsstrukturen und –prozessen grundlegendere Reformen erfordern. Denn solange die betriebswirtschaftliche Logik sektoralen und einzelwirtschaftlichen Handelns gesundheitspolitische Zielsetzungen konterkarieren und die volkswirtschaftliche Rationalität in Frage stellen kann, werden alle Brückenschläge nur Stückwerk bleiben. Deshalb wäre es sinnvoll, das Regel-Ausnahme-Verhältnis umzukehren und die intersektorale Versorgung als Regelversorgung zu etablieren, gegenüber der sich sektorale Ausnahmen rechtfertigen müssen. In jedem Fall muss es eine Klärung des Verhältnisses von Kollektivverträgen zu Selektivverträgen geben (exemplarisch Paquet 2011). All dies setzt eine umfassende Neugestaltung des 4. Kapitels des SGB V über die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern voraus.
- Trotz einer weitgehenden Flexibilisierung der Organisations- und Betriebsformen der Versorgung ist das geltende Recht weiterhin an den Leitvorstellungen der ärztlichen Einzelpraxis und der stationären Versorgung im Bett orientiert. Dem Arzt wird eine dominierende Position eingeräumt, selbst da, wo er keine oder nur eine begrenzte Fachkompetenz besitzt. Hier sind weitere Änderungen im Berufs- und Sozialrecht angebracht. Exemplarisch sei auf das PORT-Konzept der Robert-Bosch-Stiftung verwiesen, das die gleichberechtigte Einbeziehung aller Berufsgruppen zur Verbesserung der gesundheitlichen – und nicht nur der medizinischen – Grundversorgung vorsieht.
- Weiterhin muss die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung gewährleistet bleiben. Allerdings kann dies nicht bedeuten, dass eine Prolongierung des Status quo unter allen Umständen erreicht werden muss. Vielmehr kann dieses Ziel nur durch eine bessere Patientensteuerung in einer gezielter strukturierten Versorgung in Kombination mit neuen Mobilitätskonzepten sowie dem Ausbau von Telemedizin und anderen digitalen Versorgungsangeboten erreicht werden (so schon Jacobs/Schulze 2011).

- Auf eine am tatsächlichen Bedarf und nicht am tatsächlich Vorhandenen orientierte prospektive intersektorale Planung der Kapazitäten kann wohl nicht verzichtet werden. Auch hier hat der Gesetzgeber erste Schritte zu einer Verzahnung der sektoral ausgerichteten Bedarfsplanungsansätze in der ambulanten und der stationären Versorgung durch die Gemeinsame Selbstverwaltung beziehungsweise die Bundesländer unternommen. Insbesondere hat er mit § 90a SGB V ein gemeinsames Landesgremium geschaffen, das Landesregierungen mit Krankenkassen, Vertragsärzten und Krankenhäusern zusammenbringt. Allerdings ist die Einrichtung dieses Gremiums freiwillig, und seine Entscheidungen sind lediglich Empfehlungen. Gegen verbindliche Vorgaben werden gravierende verfassungsrechtliche Bedenken erhoben (siehe den Beitrag von Wenner). Außerdem wurde in § 99 SGB V für die vertragsärztliche Bedarfsplanung die Beachtung von Raumordnung, Landesplanung und Krankenhausplanung vorgeschrieben. Manche Landeskrankengesetze sehen solche Verzahnungsansätze ebenfalls vor. Von einer verbindlichen integrativen Bedarfsplanung (so schon Uhlmann / Klose 2007 und die Beiträge aus Sicht unterschiedlicher Akteure in Heft 1/2011 von Gesundheits- und Sozialpolitik) ist das geltende System weit entfernt. Hier besteht dringender Veränderungsbedarf.
- Die Ausgestaltung der Kapazitätsplanung ist ebenfalls dringend reformbedürftig. Nicht länger sollten Vertragsarztsitze und Betten geplant werden, sondern die intersektoralen Versorgungsbedarfe ermittelt und in Versorgungsaufträgen beschrieben werden. Die länderbezogene Bedarfsplanung sollte sich auf eine Rahmenplanung beschränken, regionale und im besonderen Fall örtliche Abweichungen zulassen und im Regelfall sektorenübergreifende Versorgungsaufträge, vor allem in der fach- und spezialärztlichen Versorgung, in kooperativen Organisations- und Betriebsformen ermöglichen (so schon Greß / Stegmüller 2011; Jacobs / Schulze 2011). Heute verfolgt vor allem der Spitzenverband der Fachärzte ein ähnliches Konzept, das weitgehend ohne Rechtsänderungen zu realisieren wäre. Diese neue Form der Bedarfsplanung sollte durch bundeseinheitliche Standards, Qualitätsnormen und Mindestmengen unterfüttert werden.
- Längst hat sich das Gesundheitsrecht im Allgemeinen und das Krankenversicherungsrecht im Besonderen zu einem Teil des Wirtschaftsverwaltungsrechts entwickelt, denn das Gesundheitswesen ist mit hoher Wertschöpfung und hohem Anteil an Beschäftigten und Selbständigen einer der größten Wirtschaftszweige (Knieps / Reiners 2015). Dies gilt sowohl auf der Systemebene als auch in den Regionen und vor Ort. Die rechtspolitische Konsequenz ist deshalb die Einbeziehung von Elementen des Wettbewerbs-, Kartell-, Vergabe- und Verbraucherrechts in das SGB V beziehungsweise die Beachtung von Wechselwirkungen (Ebsen 2015).
- Dem vorhandenen und sich weiter verschärfenden Fachkräftemangel kann nur durch eine Neuordnung der Arbeitsteilung und die Verbesserung der Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen begegnet werden (siehe den Beitrag von Igl). Bei einer Umgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen im Berufs- und Sozialrecht wird auch zu prüfen sein, ob und inwieweit die Leistungsbereiche jenseits der kurativen Versorgung in eine integrierte Bedarfsplanung einbezogen werden können und sollen.
- Unabhängig von strukturellen Veränderungen mit dem Ziel der Förderung einer patientenorientierten Prozesssteuerung muss bei allen Akteuren die Managementkompetenz verbessert werden (Busse / Schreyögg / Stargardt 2017), ohne die gesundheitspolitischen Zielsetzungen und die Patientenorientierung aufzugeben. Dabei müssen im Gesundheitswesen neue Player mit Managementkompetenz und Kommunikations- und Kooperationsfähigkeiten zum Zuge kommen, insbesondere wenn die etablierten Akteure ihrer Verpflichtung zu Kommunikation, Koordination und Kooperation nicht nachkommen.
- Eine besondere Herausforderung wird die Schaffung eines transparenten und gerechten Honorierungssystems für ärztliche Leistungen sein, das nicht nur die Grenzen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, sondern auch die zwischen den Versorgungssektoren überwindet (siehe dazu den Beitrag von Reiners). Gleichzeitig sind faire Grundlagen für die Honorierung von Leistungen anderer Gesundheitsfachberufe zu schaffen. Zumindest diskussionswürdig ist die Frage, ob nicht Koordinationsleistungen gesondert vergütet werden sollten.

- Angesichts enger Wechselwirkungen zwischen dem Leistungserbringerrecht und dem Leistungsrecht ist auch das 3. Kapitel des SGB V über die Leistungen der Krankenversicherung grundlegend zu überarbeiten. Dabei sind Lücken im Leistungsgefüge zu schließen und die Anschlussfähigkeit an andere Sozialgesetzbücher zu gewährleisten. Die Frage, ob Kranken- und Pflegeversicherung zu einem einheitlichen Versicherungszweig zusammengefasst werden sollten, bedarf einer grundlegenden Debatte.
- Schließlich bedarf es einer Neubestimmung des Verhältnisses zwischen dem Staat und den Akteuren im System (Kopp 2011). Im föderalen Gefüge der Bundesrepublik Deutschland tragen insbesondere die Bundesländer Verantwortung für die Daseinsvorsorge (siehe den Beitrag von Wenner). Ihnen müssen wirksame Instrumente an die Hand gegeben werden, damit sie eine flächendeckende Sicherstellung der Versorgung erreichen und die gesundheitspolitischen Zielsetzungen durchsetzen können. Dazu müssen Akteure zur gegenseitigen Information und zur Zusammenarbeit, etwa in Arbeitsgemeinschaften, auch über die Grenzen der Reichweite eines Sozialgesetzbuchs hinweg verpflichtet werden (siehe den Beitrag von Welti). Zu Konflikten kann es kommen, wenn Gebietskörperschaften selbst zu Leistungserbringern werden, etwa als Träger von Krankenhäusern. Eine besondere Rolle spielt der Staat als Aufsicht über die mittelbare Staatsverwaltung. Das nur unzureichend koordinierte Nebeneinander von Bundes- und Landesbehörden trägt ebenso zur uneinheitlichen Aufsichtsführung bei wie die fließenden Grenzen zwischen Rechts- und Fachaufsicht. Hier wären gesetzgeberische Klarstellungen und gegebenenfalls auch eine Verfassungsänderung angebracht.

Gesundheit ist in den Augen der Bevölkerung ein hohes individuelles wie kollektives Gut. Veränderungen berühren tiefe kulturelle Wurzeln. Das Leitbild des SGB V muss sich von der Akutversorgung hin zur Versorgung chronisch Kranker verändern (Schlette / Knieps / Amelung 2005) und einer umfassenden Qualitätsorientierung zuwenden (Schrappe 2015). Voraussetzung ist (jenseits des Geltungsbereichs des SGB V) eine Nutzung aller Präventionspotenziale sowie eine Aufwertung von Rehabilitation und Pflege. Dazu zählt auch der Ausbau von (sozialen) Betreuungselementen, nicht nur bei demenziellen Erkrankungen. Speziell in der

Kommune müssen alle Hilfen koordiniert werden, um ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Angebot zu bieten (siehe Beiträge von Igl und Wenner). Schließlich müssen individuelle und kollektive Beteiligungsrechte von Patienten, Versicherten und Bürgern zu einem umfassenden Shared Decision Making ausgebaut werden (Härter / Loh / Spies 2005; Scheibler 2004). Hinzutreten müssen neue Instrumente der Patientenberatung und des Gesundheitscoachings (Schaeffer / Schmidt-Kaehler 2006; Schmid et al. 2008). Politische Veränderungen, speziell in Form von Rechtsänderungen, werden nur gelingen, wenn Betroffene zu Beteiligten gemacht werden. Die Partizipation der Bürgerinnen und Bürger und die Steigerung der Gesundheitskompetenz (Schaeffer / Pelikan 2016) sind zentrale Elemente einer zukunftsfähigen Gesundheitspolitik. Gesundheitspolitik ist und bleibt eine Querschnittsaufgabe (Rosenbrock / Gerlinger 2014), die von Bildung über Arbeit, Wohnen und Verkehr bis zur gesundheitlichen Versorgung reicht.

#### Literatur:

Albrecht / Bleß / Höer / Loos / Schiffhorst / Scholz, Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung, Düsseldorf 2010.

Amelung, Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 5. Auflage, Wiesbaden 2012.

Bandelow / Eckert / Rüsenberg (Hrsg.), Gesundheit 2030 – Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft, Wiesbaden 2009.

Binder, Die Wirkung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf innovative Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen, Wiesbaden 2015.

Bleker / Hesse (Hrsg.), Die Charité – Geschichte(n) eines Krankenhauses, Berlin 2010.

Böcken / Janus / Schwenk / Zweifel (Hrsg.), Neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen – Gestaltungsoptionen und Versichertenpräferenzen im internationalen Vergleich, Gütersloh 2007.

Böttinger / zu Putlitz (Hrsg.), Die Zukunft der Medizin – Disruptive Innovationen revolutionieren Medizin und Gesundheit, Berlin 2019.

- Brandhorst/Hildebrandt/Luthe (Hrsg.), Kooperation und Integration – Das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden 2017.
- Braun/Güssow/Schumann/Heßbrügge (Hrsg.), Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen – Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung, Köln 2009.
- Busse/Schreyögg/Stargardt (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen, 4. Auflage, Berlin Heidelberg 2017.
- Cassel/Jacobs/Vauth/Zerth (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg 2014.
- Cassel/Ebsen/Greß/Jacobs/Schulze/Wasem, Vertragswettbewerb in der GKV – Möglichkeit und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition, Bonn 2008.
- Ebsen (Hrsg.), Handbuch Gesundheitsrecht, Bern 2015.
- Härter/Loh/Spies (Hrsg.), Gemeinsam entscheiden – Erfolgreich behandeln: Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen, Köln 2005.
- Holzgreve/von Cossel (Hrsg.), Geschichte der Berliner Krankenhäuser, Berlin 2018.
- Jacobs/Schulze (Hrsg.), Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – Neue Konzepte für Stadt und Land, Berlin 2011.
- Klein/Weller (Hrsg.), Masterplan Gesundheit 2020, Baden-Baden 2012.
- Klose/Uhlmann, Fehlallokationen in der vertragsärztlichen Versorgung – Abbau und Vermeidung von Überversorgung, in: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 3/2006, 7 – 17.
- Knieps, Neue Versorgungsformen: Sachstand nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 6/2015, 7 – 15.
- Knieps/Reiners, Gesundheitsreformen in Deutschland – Geschichte, Intentionen, Kontroversen, Bern 2015.
- Knieps, Innovationsmotor Ost, Gesundheit und Gesellschaft, 9/2010, 20 – 26.
- Knieps/Amelung, Medizinische Versorgungszentren – Eine innovative und attraktive Antwort auf die Herausforderungen an die ambulante Versorgung, in: Gesundheit und Sozialpolitik, 5/2010, 17 – 21.
- Knieps/Müller, Neue Versorgungsformen, in: Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts – Das gesamte Kassenarztrecht, 3. Auflage, München 2016.
- Kopp, Zwischen Patientenwohl und Gewinnstreben – Die Interessen der Akteure des Gesundheitswesens und ihre Auswirkungen auf die Einführung integrierter Versorgungsprogramme, Bonn 2011.
- Mielck, Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Einführung in die aktuelle Diskussion, 5. Auflage, Bern 2005.
- Paquet, Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge – Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive, Bonn 2011.
- Pfaff/Neugebauer/Schrapp/Glaeske (Hrsg.), Lehrbuch Versorgungsforschung – Systematik, Methodik, Anwendung, 2. Auflage, Stuttgart 2017.
- Piwernetz/Neugebauer, Strategiewechsel jetzt! – Corona-Pandemie als Chance für die Neuausrichtung unseres Gesundheitswesens, Berlin 2021.
- Pundt (Hrsg.), Professionalisierung im Gesundheitswesen – Positionen, Potenziale, Perspektiven, Bern 2006.
- Richter/Hurrelmann, Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2. Auflage, Wiesbaden 2009.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheit in Deutschland (Gesundheitsberichterstattung des Bundes), Berlin 2015.
- Rosenbrock/Gerlinger, Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung, 3. Auflage, Bern 2014 (4. Auflage erscheint 2021).

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Sondergutachten 2009, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, 2 Bde, Baden-Baden 2010.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007, 2 Bde, Baden-Baden 2008.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 6 Bde, Baden-Baden 2002.
- Schaeffer/Pelikan (Hrsg.), Health Literacy – Forschungsstand und Perspektiven, Bern 2017.
- Schaeffer/Schmidt-Kaehler (Hrsg.), Lehrbuch Patientenberatung, Bern 2006.
- Scheibler, Shared Decision-Making – Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung, Bern 2004.
- Schlette/Knieps/Amelung (Hrsg.), Versorgungsmanagement für chronisch Kranke – Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland, Bonn Bad Homburg 2005.
- Schmacke, Wie viel Medizin verträgt der Mensch?, Bonn Bad Homburg 2005.
- Schmid, Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Case Management – Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen, Berlin 2008.
- Schnapp, Geschichtliche Entwicklung des Vertragsarztrechts, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts – Das gesamte Kassenarztrecht, 3. Auflage, München 2016.
- Schölkopf/Grimmeisen, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystem und die europäische Gesundheitspolitik, 4. Auflage, Berlin 2014.
- Schrappe, Qualität 2030 – Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen, Berlin 2015.
- Spitzer/Ulrich (Hrsg.), Intersektorale Versorgung im deutschen Gesundheitswesen – Gegenwart und Zukunft – Analysen und Perspektiven, Stuttgart 2021.
- Uhlmann/ Klose, Bedarfsplanung vor dem Umbruch: Fehlallokationen in der Verteilung niedergelassener Ärzte, in: Janßen, C./Borgetto, B./Heller, G. (Hrsg.), Medizinsoziologische Versorgungsforschung – Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde, Weinheim München 2007.
- van den Berg/Kleinke/Heymann/Oppermann/Jakobi/Hoffmann, Überführung des AGnES-Konzeptes in die Regelversorgung – Juristische Bewertung, Vergütung, Qualifizierung, in: Das Gesundheitswesen 2010, 285–292.
- Winau, Medizin in Berlin, Berlin New York 1987.

# Gestaltung ärztlicher Vergütung

Hartmut Reiners

# 1 Problemstellung

Die Gestaltung ärztlicher Vergütung ist ein „dornenvolles Problem“, wie schon die vom damaligen Bundeskanzler Erhard 1964 eingesetzte Sozialenquete-Kommission feststellte. Die Geschichte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird seit über 100 Jahren von heftigen Auseinandersetzungen zwischen Verbänden der Krankenkassen und der Ärztinnen und Ärzte begleitet – bis hin zu Ärztestreiks. Es gelten heute überwiegend gesetzlich geregelte Vergütungen für ärztliche Leistungen und Behandlungen durch andere Heilberufe sowie administrierte Preise für Arzneimittel und Medizinprodukte. Bei all diesen Festlegungen prallen ökonomische Interessen, medizinische Standards, ethische Normen und gesellschaftspolitische Werte aufeinander wie in keinem anderen Sektor unserer Volkswirtschaft. Der marktwirtschaftliche Mechanismus von Angebot und zahlungsfähiger Nachfrage könnte ein Gesundheitswesen nicht adäquat steuern. Der allgemeine Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung ist ein Grundsatz moderner Gesellschaften und über den Markt nicht zu realisieren. Große Teile der Bevölkerung würden aus finanziellen Gründen von einer umfassenden medizinischen Versorgung ausgeschlossen, was einem allgemeinen Recht auf Gesundheit zuwiderliefe.

Entgelte für ärztliche Leistungen haben im deutschen Gesundheitswesen keine einheitliche Grundlage. Es bestehen drei verschiedene Grundsysteme der Vergütung ärztlicher Leistungen:

- Im GKV-System gezahlte Entgelte für ambulante ärztliche Leistungen beruhen seit über hundert Jahren auf Kollektivverträgen zwischen Ärzteverbänden und Krankenkassen auf Basis eines sozialrechtlichen Rahmens.
- Private Abrechnungen ärztlicher Behandlungen erfolgen auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die als Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen wird.
- In Krankenhäusern tätige Ärztinnen und Ärzte werden bis auf Chefärzte nach Tarifverträgen bezahlt, die von den Krankenhausträgern mit ärztlichen Interessenvertretungen geschlossen werden.

Diese Vergütungssysteme haben jeweils eigene Kalkulations- und Bewertungsgrundlagen. Das führt insbesondere in der ambulanten Versorgung zu weder medizinisch noch durch Leistungsvolumen begründbare Einkommensunterschiede innerhalb und zwischen den Arztgruppen.

Dies wiederum hat Folgen für Versorgungsstrukturen, die sich in regionaler haus- und fachärztlicher Über- und Unterversorgung äußern. Durch die unterschiedliche Struktur der Vergütungssysteme in Arztpraxen und Krankenhäusern wird zudem der Aufbau integrierter Versorgungsformen erschwert. Es fehlt vor allem eine einheitliche Grundlage für die Festlegung des kalkulatorischen Arztlohns.

## 2 Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens

Es ist eine deutsche Besonderheit, Vergütungen ärztlicher Leistungen je nach Sektoren der Leistungserbringung und dem Versichertenstatus unterschiedlich zu gestalten (Bock et al. 2017). In anderen Gesundheitssystemen werden Entgelte auf Einzelleistungen, Behandlungsfälle oder Leistungserbringer (Budgets) bezogen, nicht darauf, ob sie in Arztpraxen oder in Krankenhäusern erbracht werden.

- Vertragsärztliche Leistungen in der ambulanten Versorgung werden auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgerechnet.
- Behandlungen der Folgen von Arbeits- und Wegeunfällen werden von bei Berufsgenossenschaften akkreditierten und gesondert vergüteten Durchgangspraxen durchgeführt.
- Für privat abgerechnete Behandlungen gilt die Gebührenordnung für Ärzte beziehungsweise Zahnärzte (GOÄ, GOZ).
- Ambulante Behandlungen in Krankenhäusern werden je nach Vertrags- beziehungsweise Versorgungsform nach EBM, GOÄ oder durch diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) vergütet.
- Stationäre Versorgung in Akut-Krankenhäusern wird durch ein duales System aus staatlichen Fördermitteln und DRGs finanziert.
- Reha-Kliniken haben eigene Vergütungsverträge mit den jeweiligen Versicherungsträgern (Renten-, Unfall- und Krankenversicherung).

Diese unterschiedlichen Vergütungssysteme haben zu großen Einkommensunterschieden geführt, die mit dem Leistungsprinzip nichts zu tun haben. Sie sind auch Ausdruck von Machtverhältnissen und Prestige innerhalb der Ärzteschaft. Ärztinnen und Ärzte gehören international zu den am besten bezahlten Berufsgruppen (Tabelle 1). In der hausärztlichen Versorgung wird in allen genannten Ländern weniger verdient als in der fachärztlichen – in Deutschland ist dieser Unterschied besonders groß. Hier betragen Ärzteneinkommen nach Angaben der OECD im Durchschnitt das Vierfache des durchschnittlichen Bruttoinlandsprodukts (BIP) pro erwerbstätige Person und damit relativ mehr als in den europäischen Nachbarländern.

Das gilt erst recht für die niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte, deren Einkommen mehr als das Fünffache des BIP pro Kopf beträgt und die Einkünfte der zumeist in Krankenhäusern angestellten Kolleginnen und Kollegen um über 50 Prozent übertrifft.

Land	Hausärzte	Fachärzte
Deutschland	4,4 *	5,4 * / 3,5 **
Frankreich	2,9 *	4,9 * / 2,2 **
Großbritannien (UK)	3,1 * / 1,7 **	3,3 **
Niederlande	2,4 * / 2,3 **	3,3 * / 3,6 **

\* Selbständige \*\* Angestellte

Quelle: OECD 2019, eigene Zusammenstellung

**Tabelle 1:** Arzteinkommen im Verhältnis zum BIP pro Kopf 2017

Einkommensdifferenzen zwischen Haus- und Facharztpraxen sowie zwischen selbständigen und angestellten Ärztinnen und Ärzten haben keinen Leistungsbezug, sondern sind systembedingt. In den Niederlanden und dem UK liegt die fachärztliche ambulante Versorgung überwiegend in der Verantwortung der Krankenhäuser und ihrer Ambulatorien mit angestelltem ärztlichen Personal. Deshalb gibt es dort kaum Vergütungsunterschiede zwischen angestellten und selbständigen Fachärztinnen und -ärzten. Anders sieht es in Deutschland und Frankreich aus, hier wird die ambulante ärztliche Versorgung vor allem von niedergelassenen Arztpraxen getragen.

## 3 Vergütung ambulanter Behandlungen

Die relativ hohen Einnahmen von deutschen Arztpraxen hängen mit dem in Europa einmaligen dualen System von GKV und Privater Krankenversicherung (PKV) zusammen. In anderen europäischen Ländern beschränkt sich das Geschäftsmodell der PKV auf Zusatzversicherungen zu Leistungen der staatlichen Versorgungssysteme oder der sozialen Krankenversicherung. Die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV 2019) berichtet auf Basis von Daten des Zentralinstituts der kassenärztlichen Versorgung (ZI), dass Arztpraxen im Durchschnitt 19 Prozent ihrer Einnahmen mit der Behandlung von Privatpatientinnen und -patienten erzielen, die aber nur 11 Prozent ihrer Klientel ausmachen (Tabelle 2). Mit der GKV rechnen sie 76 Prozent ihrer Einnahmen ab, die restlichen fünf Prozent entfallen auf sonstige Kostenträger wie Berufsgenossenschaften oder Auftraggeber von Gutachten.<sup>2</sup> Pro Behandlungsfall nehmen Arztpraxen mit privaten Abrechnungen im Durchschnitt mehr als das Doppelte von dem ein, was die GKV ihnen zahlt. Das hat auch die zeitgleich erstellte Untersuchung von Anke Walendzik und Jürgen Wasem (2019) ergeben. Diese medizinisch nicht zu begründenden Einnahmeunterschiede hängen mit unterschiedlichen Bewertungen für die Behandlung von Kassen- und Privatpatienten zusammen.

Fachgebiet	Einnahmen 1000 €	Überschuss 1000 € *	Anteil GKV-Patienten/ Einnahmen	Anteil Privatpatienten/ Einnahmen	Privat zu GKV **
Gesamt	326,5	170,4	87 / 76	11 / 19	2,1
Hausärztliche Vers.	323,9	174,4	90 / 84	9 / 12	1,4
Anästhesiologie	336,3	173,0	80 / 60	14 / 24	2,4
Augenheilkunde	527,	274,5	83 / 62	15 / 33	2,9
Chirurgie	428,4	187,4	80 / 68	8 / 17	2,5
Dermatologie	448,6	220,9	81 / 59	17 / 35	2,8
Gynäkologie	333,8	173,9	87 / 71	12 / 26	2,6
Hals-Nasen-Ohren	366,7	187,6	88 / 69	10 / 25	3,3
Gastroenterologie	572,8	259,8	88 / 71	11 / 26	2,9
Kardiologie	508,5	254,6	92 / 70	8 / 27	4,5
Innere Medizin ohne Gebietsbez.	484,9	221,5	88 / 77	12 / 21	2,0
Kinderheilkunde	<b>352,0</b>	<b>179,5</b>	<b>87 / 81</b>	<b>10 / 16</b>	<b>1,7</b>
Kinderpsychiatrie	<b>380,9</b>	<b>165,2</b>	<b>90 / 89</b>	<b>10 / 9</b>	<b>0,9</b>
Neurologie, Psychiatrie	<b>322,6</b>	<b>194,4</b>	<b>92 / 81</b>	<b>6 / 11</b>	<b>2,0</b>
Orthopädie	<b>447,6</b>	<b>206,4</b>	<b>87 / 64</b>	<b>11 / 29</b>	<b>3,6</b>
Psychotherapie	<b>108,4</b>	<b>79,9</b>	<b>90 / 84</b>	<b>9 / 10</b>	<b>1,2</b>
Urologie	<b>403,3</b>	<b>211,3</b>	<b>84 / 60</b>	<b>15 / 37</b>	<b>3,4</b>

\* Einnahmen minus Kosten \*\* Verhältnis der Einnahmen je Patientin und Patient der privaten Abrechnung und der mit der GKV  
Quelle: KOMV, eigene Zusammenstellung

**Tabelle 2:** Praxiseinnahmen und -überschüsse ausgewählter Arztgruppen (2016)

<sup>2</sup> Die Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes (Destatis, Fachserie 2, Reihe 1.6.1) ermittelt für das Jahr 2015 einen Umsatzanteil der GKV von durchschnittlich 69,8 Prozent. Woher diese Abweichung von den ZI-Daten kommt, ist dem KOMV-Gutachten nicht zu entnehmen.

## 4 Kalkulationsgrundlagen des EBM-Systems

Das Entgeltsystem der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung beruht seit 30 Jahren in der gesamten GKV auf dem EBM, einem 1978 eingeführten Mischsystem aus Komplex- und Einzelleistungsvergütungen. Bis 1988 galt der EBM nur für Pflichtkassen (AOK, BKK, IKK, Knappschaft), während Ersatzkassen als Wahlkassen ein der GOÄ ähnelndes Vergütungssystem hatten. Der EBM hatte bis 2009 keine gesetzlich geregelte Kalkulationsbasis für die Betriebskosten einer Arztpraxis. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) einigten sich entsprechend den Bestimmungen des GKV-Modernisierungsgesetzes von 2004 auf eine neue Berechnungsgrundlage für Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM im Rahmen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV), die ab 2009 eingeführt wurde. Diese wird durch einen bundeseinheitlichen Orientierungswert, den der Bewertungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vereinbart, der Morbiditätsstruktur der Versicherten und der Kostenentwicklung in Arztpraxen jährlich angepasst. Die MGV wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) nach abgerechneten EBM-GOPs gemäß einem von ihnen festgelegten Honorarverteilungsmaßstab (HVM) auf die Arztpraxen verteilt. Dabei gelten prospektive Praxisbudgets, zumeist in Form von Regelleistungsvolumina (RLV), um unerwünschte Mengensteigerungen zu vermeiden. Sie haben zur Folge, dass der in Eurocent bemessene Punktwert von Leistungen beim Überschreiten der RLV sinkt.

Grundlage des EBM ist seit 2005 eine Vollkostenkalkulation mit realen und kalkulatorischen Kosten. Dieses standardisierte Bewertungssystem (STABS) erfasst reale und kalkulatorische Kosten einer Arztpraxis unter der Annahme, dass Arztpraxen ausschließlich GKV-Leistungen erbringen. Das heißt, dass privatärztliche Abrechnungen so bewertet werden, als ob sie für Kassenpatienten erbracht würden. Die vom Institut des Bewertungsausschusses (InBA) regelmäßig durchgeführte Kostenerhebung auf Basis von Daten der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes erfolgt getrennt für ärztliche und technische Leistungen (ÄL, TL). Der TL-Bereich besteht vor allem aus Betriebskosten (Personal, Miete, Apparate, EDV, Energie usw.), aber auch aus kalkulatorischen Kosten wie der Eigenkapitalverzinsung.

ÄL basieren auf einem gesetzlich nicht geregelten kalkulatorischen Arztlohn. Er wurde vom Bewertungsausschuss 2007 auf Basis einer 50-Stunden-Woche und des Durchschnittsgehalts von Oberärzten in Krankenhäusern festgelegt, das damals bei 105.571 Euro im Jahr lag. Dieser Betrag wurde erst 2020 im Rahmen einer Neujustierung des EBM auf 117.020 Euro angehoben, obwohl das derzeitige durchschnittliche Tarifgehalt von Oberärzten deutlich darüber liegt. Der GKV-SV hatte eine auf diesem Niveau – zwischen 135.000 und 145.000 Euro – liegende Anhebung des Arztlohns vorgeschlagen, was die KBV jedoch ablehnte. Dahinter stehen Interessenunterschiede innerhalb der Ärzteschaft. Eine stärkere Anhebung des kalkulatorischen Arztlohnes hätte aufgrund der budgetierten MGV zu einer Aufwertung der „sprechenden“ Medizin geführt und damit im Rahmen der Gesamtvergütung zur Abwertung der technischen Leistungen und zu sinkenden Einnahmen der Facharztpraxen. Mit der Höhe des Arztlohns werden also nicht nur ökonomische Interessen, sondern auch Fragen der qualitativen und fachlichen Struktur ambulanter medizinischer Versorgung berührt.

Es stellt sich die Frage nach verbindlichen Kriterien für die Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns. In der vertragsärztlichen Versorgung arbeiten – mit deutlich steigender Tendenz – mittlerweile 20 Prozent der Ärztinnen und Ärzte als Angestellte. Das Verständnis von Kassenärztinnen und -ärzten als freien Unternehmern wird auch angesichts der MGV und der von der KV festgelegten Honorarverteilung zu einer Fiktion. Die allgemeine Klassifizierung des Arztberufes als freien Beruf hat kaum etwas mit der ökonomischen Form der Selbständigkeit zu tun, sondern bezieht sich auf die ärztliche Verantwortung und die von fachfremden Weisungen freie Tätigkeit.

Die Regelung des kalkulatorischen Arztlohns sollte Bestandteil einer generellen Neuordnung des EBM und des vertragsärztlichen Vergütungssystems sein, das sich zu einem intransparenten Mischsystem aus Budgets, Mengengrenzungen und Einzelleistungen entwickelt hat. Es gibt zwar in den Institutionen der Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung Fachleute, die dieses auf 20 im SGB V (§§ 85–87e SGB V) eng bedruckten Seiten kodifizierte System und seine Abläufe verstehen, doch verständlich erklären kann es kaum jemand.

## 5 Gebührenordnung Ärzte (GOÄ)

Die GOÄ ist Grundlage für privatrechtliche Vereinbarungen zwischen Arztpraxen beziehungsweise Krankenhäusern und den Patientinnen und Patienten. Sie gilt auch für Leistungen der staatlichen Beihilfe für Beamtinnen und Beamte und wird per Rechtsverordnung vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) mit Zustimmung des Bundesrates erlassen. Die GOÄ besteht aus Relativgewichten von ärztlichen Verrichtungen mit insgesamt über 6.000 Gebührenordnungspositionen, die jeweils mit einer Punktzahl bemessen werden. Ein GOÄ-Punkt wird mit 5,82873 Euro-Cent bewertet, der in der Regel mit einem Hebesatz von 2,3 abgerechnet wird, d. h. der faktische Punktwert liegt meist bei 13,4 Cent. Die Punktzahlrelationen der GOÄ wurden in einigen medizinisch-technischen Bereichen zuletzt 1996 aktualisiert. Die meisten GOÄ-Positionen haben eine seit 1982 unveränderte Punktzahl. Auch der Punktwert ist seit 1982 konstant.

Umso erstaunlicher sind dennoch wachsende Einnahmen von Arztpraxen auf Basis der GOÄ. Für dieses Phänomen gibt es zwei Erklärungen: Zum einen kennt die GOÄ keine Budgetierung beziehungsweise Mengenbegrenzung in Form von Gesamtvergütung und Regelleistungsvolumina in der vertragsärztlichen Versorgung, wie sie im EBM-System vorgesehen ist. Hinzu kommt eine weitere im EBM-System nicht mögliche Form der Umsatzgestaltung. Neue Untersuchungs- und Behandlungsformen, die es zum Zeitpunkt der letzten GOÄ-Reform noch nicht gab, also in den meisten Fällen bis 1982, können durch eine Kombination bzw. Auswahl von GOÄ-Ziffern bewertet werden („Analogbewertung“). Sie machen nach Angaben der PKV zwar nur sechs Prozent der abgerechneten Leistungen aus (KOMV: Rz 153 und 248). Aber damit ist nichts über ihren Kostenumfang gesagt. Es handelt sich meist um aufwändige Leistungen mit einträglichen Möglichkeiten zur Optimierung von GOP-Kombinationen, für die es zwar Empfehlungen von PKV und Ärztekammer gibt, aber keine verbindlichen Regeln. Dieses Problem soll in der anstehenden Reform der GOÄ angegangen werden. Seit Jahren befinden sich die Bundesärztekammer und der PKV-Verband in Gesprächen über eine Reform der GOÄ, die aber noch kein abschließendes Ergebnis gebracht haben. Das für die Gestaltung der GOÄ zuständige BMG hat hierzu noch keine eigenen Vorschläge entwickelt.

## 6 Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist ein zentraler Konstruktionsfehler unseres Gesundheitswesens, der mit dem Behandlungsmonopol der KVen in der ambulanten Versorgung zusammenhängt. In zahlreichen Gesetzen wurde versucht, Krankenhäusern die Möglichkeit zur ambulanten Behandlung zu geben. Wulf-Dietrich Leber und Jürgen Wasem kommen auf insgesamt elf Versorgungsformen der ambulanten Leistungen im Krankenhaus (Tabelle 3).

Versorgungsform (SGB V)	Vergütungssystem
Ambulantes Operieren (§115b)	Weitgehend nach EBM
Hochschulambulanzen (§117)	Frei vereinbart, überwiegend Quartalspauschalen und ergänzende Einzelleistungen
Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 119)	Überwiegend Quartalspauschalen; mehrere Länder (u. a. Bayern) wenden ein Einzelleistungssystem an.
Vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115a)	In DRG-Fallpauschale abgegolten, ansonsten abteilungsbezogene Pauschale
Teilstationäre Behandlung (§ 39)	Hauspezifische Tages- und Fallpauschalen
Ermächtigungen (§§ 116 ff.)	EBM
Unterversorgung (§ 116a)	EBM
Hochspezialisierte Leistungen (§ 116b)	EBM mit Ergänzungen
DMP (§ 137 f.)	Frei vereinbart
Pseudostationäre Behandlung	DRG-Fallpauschalen
Integrierte Versorgung (§ 140a-f)	Frei vereinbart

Quelle: Leber und Wasem 2016

### Tabelle 3: Vergütungssysteme für ambulante Krankenhausleistungen

Für Vergütungen dieser Institutionen und Versorgungsformen gibt es keine einheitliche Grundlage. Es werden, etwa in der Chemotherapie, für de facto gleiche Leistungen, unterschiedliche Entgelte gezahlt, je nachdem, ob sie als stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistung erbracht werden. Auch gibt es mit Ausnahme der Fallzahlenvereinbarungen für Hochschulambulanzen keine Mengenbegrenzungen. Ein einheitliches Vergütungssystem für diese Leistungen steht vor der Frage, ob es eher in Richtung des EBM oder der DRGs gehen soll. Der EBM ist dafür kaum tauglich, weil er zu kleinteilig und auf die Leistungserbringung einzelner Arztgruppen und -praxen zugeschnitten ist. Das DRG-System scheint mit seiner Bildung von Gruppen eher geeignet zu sein. Eine genauere Prüfung steht allerdings noch aus, zumal das DRG-System selbst reformbedürftig ist.

## 7 Grundlagen für ein einheitliches Vergütungssystem

Die Behauptung der KOMV, es gebe keine hinreichenden Belege für negative Wirkungen des dualen Systems von GKV und PKV (Rz 271), ist angesichts der in Tabelle 2 präsentierten Vergütungsunterschiede eine befremdliche These. Die Kommission selbst zeigt nicht nur die durch die unterschiedlichen Vergütungssysteme verursachten Einkommensunterschiede unter den Arztgruppen auf, sondern auch einen Zusammenhang zwischen diesen Unterschieden und der Versorgungsdichte in der ambulanten Versorgung, vor allem in der Fachmedizin. Regionen mit einer geringen Zahl von PKV-Mitgliedern sind hierbei deutlich schlechter gestellt als Regionen mit einer hohen Quote von Privatzahlern.

Die KOMV hat Grundlagen für eine gemeinsame Leistungslegendierung (GLL) und eine gemeinsame relative Kostenkalkulation (GRK) für das GOÄ- und das EBM-System entwickelt (KOMV: Rz 388–398). Die GLL soll aus Einzelleistungen bestehen, die auch zu Leistungskomplexen zusammengelegt werden können. Ein gemeinsames Institut von PKV und GKV, womöglich auch eine Abteilung des InBA, soll für diese Leistungen eine relative Kostenkalkulation und Bewertung entwickeln. Auf dieser Basis sollen dann GKV- und PKV-System jeweils eigene Vergütungsordnungen entwickeln. Ob dieses System als einheitliche Verfahrensgrundlage zur Kalkulation ärztlicher Leistungen funktionieren kann, sei dahingestellt. Von einer Rechtsverbindlichkeit von GLL und GRK auch für die GOÄ beziehungsweise die PKV spricht die KOMV jedenfalls nicht. Diese würde im Widerspruch zu der fragwürdigen These stehen, dass sowohl das Geschäftsmodell der PKV als auch die privatärztlichen Abrechnungen in den Bereich der Berufs- und Vertragsfreiheit gehören. Durch Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts lässt sich diese Auffassung nicht begründen.

Walendzik und Wasem (2019: 65 ff.) haben differenziertere Kriterien für eine Harmonisierung des EBM-Systems mit der GOÄ entwickelt, die sich an Aspekten einer bedarfsgerechten Versorgung, der Patientenorientierung sowie der Behandlungscoordination und -effizienz orientieren. Sie sollen gleichermaßen für GKV wie für PKV gelten. Auch dieser Ansatz ändert nichts daran, dass es für das duale Krankenversicherungssystem keine ökonomische Begründung gibt, wie der Wirtschafts-Sachverständigenrat in seinem Jahresgutachten schon 2004 / 2005 festgestellt hat (SVR-W 2004: Rz 494).

Ein gemeinsames Schema zur Kostenkalkulation kommt nicht ohne ein einheitliches Verfahren zur Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns aus. Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unterscheiden sich nicht nach der Art des Versicherungsschutzes ihrer Patientinnen und Patienten. Der kalkulatorische Arztlohn ist eine gesetzte und keine objektive Größe, was nicht heißt, dass man ihn willkürlich festlegen kann. Es bedarf einer ökonomisch wie medizinisch begründbaren Bezugsgröße. Das im Bewertungsausschuss von KBV und GKV-SV ursprünglich als Richtgröße vereinbarte durchschnittliche Oberarztgehalt in Krankenhäusern könnte sowohl im EBM als auch in der GOÄ als verbindliche Orientierungsmarke für regelmäßige Anpassungen des Arztlohns herangezogen werden. Damit hätte die ärztliche Tätigkeit eine klare ökonomische Bewertungsgrundlage.

## 8 Vergütung stationärer Behandlungen

Die Vergütung stationärer Behandlungen unterscheidet sich grundsätzlich von der Vergütung in der ambulanten Versorgung. Gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sollen Investitionen der Plankrankenhäuser von den Ländern getragen werden, während laufende Betriebskosten aus den von Krankenversicherungen gezahlten Fallpauschalen gedeckt werden sollen. Dieses 1972 eingeführte duale Finanzierungssystem funktioniert schon lange nicht mehr. Die Länder haben in den vergangenen zwanzig Jahren die Fördermittel für Krankenhäuser halbiert, mit der Folge, dass mittlerweile 50 Prozent der Krankenhausinvestitionen aus Vergütungen der Krankenversicherungen bestritten werden (Blum und Weigand 2015). Diese eigentlich gesetzeswidrige Mittelverwendung geht vor allem zu Lasten des Personals im Pflege- und Funktionsbereich. Der viel zitierte „Pflegernotstand“ in Krankenhäusern hat hier eine seiner zentralen Ursachen.

Die duale Finanzierung der Krankenhäuser ergab sich zum Zeitpunkt ihrer Einführung aus einem riesigen Investitionsbedarf, den die zumeist kommunalen und kirchlichen Träger nicht stemmen konnten. Mittlerweile ist die monistische Finanzierung der Krankenhäuser auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht sinnvoll. Sie erhöht die Flexibilität der Kliniken und erleichtert deren Investitionsplanung. Die dafür bislang verwendeten Fördermittel der Länder könnten in den Gesundheitsfonds überführt werden. Entsprechend kalkulierte DRGs würden dann die Behandlungskosten abbilden. Das KHG wäre in das SGB V zu integrieren.

DRG-Fallpauschalen wurden als international übliches Klassifikationssystem für nach Diagnosen beziehungsweise Diagnosegruppen definierte Erkrankungen entwickelt. Die aus dem australischen DRG-System abgeleiteten deutschen G-DRGs werden in 347 „Kalkulations-Krankenhäusern“ (Stand: 29.10.2020) vom Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) gebildet und jährlich neu berechnet. Das InEK ermittelt den Aufwand an Sach- und Personalkosten und fasst ihn in Bewertungsrelationen, die auch den Schweregrad der Fälle berücksichtigen. Der Preis der jeweiligen Fälle ergibt sich aus der Multiplikation der Punktzahl mit einem Basisfallwert, der für die Länder, aber auch mit einem Korridor bundesweit vereinbart wird. Gegenwärtig gibt es etwa 1300 G-DRGs.

Rechnet man spezielle Varianten von Fallgruppen hinzu, kommt man auf fast 2000 Positionen. DRGs fördern in ihrer gegenwärtigen Struktur die Spezialisierung von Krankenhäusern und belohnen hohe Fallzahlen. Fälle mit einer Unterdeckung der Kosten können durch Fälle mit einer Überdeckung kompensiert und die Fixkosten pro Fall gesenkt werden. Kleine Krankenhäuser, die geringere Möglichkeiten zu einem Fallkostenmix haben, drohen auf der Strecke zu bleiben, während Krankenhäuser mit einer ausgeprägten Spezialisierung davon profitieren. Auch Besonderheiten in bestimmten klinischen Abteilungen, etwa in der Pädiatrie, werden nicht ausreichend berücksichtigt (Böhmman 2019). Dies gilt auch für allgemeine Vorhaltekosten, was zu Lasten von Kliniken der Maximalversorgung geht. Die steigende Zahl von DRGs birgt zudem die Gefahr von Fehlkodierungen und verursacht erhöhten bürokratischen Aufwand.

Eine Reform des DRG-Systems ist längst überfällig, zu ihrer Konturierung gibt es aber noch keine detaillierten Vorstellungen. Vorbild könnte das Pauschale Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) sein. Es kann zwar wegen der besonderen Bedingungen der Psychiatrie nicht eins zu eins auf andere Bereiche stationärer Versorgung übertragen werden, aber es liefert wichtige Hinweise für eine DRG-Reform. Man kann sich einerseits die breite Beteiligung des ärztlichen und pflegerischen Personals bei der Entwicklung von PEPP zum Vorbild nehmen. Andererseits bietet PEPP flexible Ansätze zur Berücksichtigung krankenhausspezifischer und regionaler Besonderheiten bei der Bildung von Klinikbudgets, die auf Basis von DRGs erstellt werden. Damit verlieren die DRGs nicht ihre wichtige Signalfunktion als Benchmarks für die Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern, lösen sich aber von ihrer strengen und konfliktreichen Einzelpreisfunktion und bieten Ansätze zur regionalen Flexibilisierung der Vergütungen und Budgets.

### Literatur:

Blum / Weigand, Sanierungsfall Krankenhaus. Düsseldorf: DKVG 2015.

Bock / Focke / Busse, Ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre ärztliche Leistungen – Notwendigkeit und Entwicklung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 6 / 2017: 9 – 15.

Böhmman, Veränderungen im Alltag einer Versorgungsklinik in 15 Jahren DRG – 40 Jahre Erfahrungen in der Kinderheilkunde. Anja Dieterich, Bernard Braun et al. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden 2019: 107 – 126.

KOMV (Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem), Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Berlin 2019: Bundesministerium für Gesundheit.

Leber / Wasem, Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. Jürgen Klauber, Max Geraedts et al. (Hrsg.): Krankenhausreport 2016. Stuttgart 2016: 3 – 28.

OECD, Health at a Glance, 2019, abrufbar unter [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en).

SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung), Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/2005, abrufbar unter <https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/publikationen/jahresgutachten.html>.

Walendzik / Wasem, Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen. Gütersloh 2019: Bertelsmann Stiftung, abrufbar unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/integrierte-krankenversicherung/projektnachrichten/gleiche-medizinische-leistungen-gleich-bezahlen/>.

# Aufgaben und Kompetenzen der Kommunen

Ulrich Wenner

Gemeinden haben nach dem Grundgesetz das Recht, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft in eigener Verantwortung zu regeln. Mit dieser starken Rechtsposition geht eine bisweilen noch stärkere Erwartungshaltung der Gemeindeglieder einher. Die Gemeinde ist verantwortlich für die Sicherung der Lebensqualität auf ihrem Gebiet, und dabei kommt der Sicherung einer verlässlichen und gut erreichbaren Gesundheitsversorgung zu Recht ein hoher Stellenwert zu. Einlösen können Gemeinden in strukturschwachen, vor allem ländlichen Regionen diese Erwartungen derzeit kaum, weil sie auf die Versorgung ihrer Einwohner durch Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Apotheken keinen Einfluss haben. Das ist nicht verfassungswidrig, weil das Grundgesetz die Universalzuständigkeit der Gemeinden unter den Vorbehalt der Gesetze stellt, und die Regelungen des SGB V Gemeinden nur ganz geringfügige Kompetenzen geben. Damit wird ein Dilemma beschrieben. Regelmäßig werden die Sicherung von Einkaufsmöglichkeiten, das Vorhandensein von Schulen und eine gute ärztliche Versorgung als zentrale Parameter für die Bewertung der Lebenssituation in einer Gemeinde genannt. Schulen und Einkaufsmöglichkeiten kann nicht jede – insbesondere kleine – Gemeinde selbst schaffen oder erhalten, aber sie hat erhebliche Möglichkeiten, darauf hinzuwirken. Das ist hinsichtlich der ambulanten ärztlichen Versorgung anders. Ob und wo im Gemeindegebiet eine Arztpraxis betrieben oder geschlossen wird, kann die Gemeinde außer durch geschickte Marketingkonzepte und passende Raumangebote kaum beeinflussen.

Dieser Zustand muss verändert werden, weil gesundheitsbezogene Bedarfslagen und deren Veränderung im Zuge der demographischen Entwicklung im kommunalen Bereich besonders intensiv wahrgenommen werden. Erforderlich sind kommunale Gestaltungskompetenzen zur Versorgungsstruktur und reale Mitwirkungsmöglichkeiten bei Standortentscheidungen. Neben diesen Optionen für kreisfreie Städte und Kreise müssen gerade kleinere Gemeinden verbesserte Rahmenbedingungen erhalten, um selbst ambulante Versorgungsangebote vorhalten zu können. Wenn Kommunen künftig im Bereich der Gesundheitsversorgung vermehrt Gestaltungskompetenzen jenseits der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes gegeben werden, müssen die Kommunen nach Verwaltungsstärke und Finanzausstattung in der Lage sein, diese wahrzunehmen. Das spricht dafür, in erster Linie kreisfreie Städte und Landkreise beziehungsweise Städteregionen in die Organisation der ambulanten Versorgung einzubinden und nicht auf die unterste Einheit der staatlichen Organisation, nämlich die kreisangehörigen Gemeinden abzustellen.

Diese Gemeinden, die nach den gesetzlichen Regelungen in den Bundesländern ganz überwiegend keine eigenen Gesundheitsämter haben, können auch die notwendige Verzahnung zwischen Trägern ambulanter ärztlicher Versorgung und dem öffentlichen Gesundheitsdienst nur schwer leisten.

Gerade in ländlich geprägten großflächigen Landkreisen oder Gemeindeverbänden wird die Ausrichtung auf diese Organisationsebene die Einwohner insbesondere kleiner Gemeinden nicht immer zufrieden stellen. Dort nimmt man den Landkreis vielfach als (auch räumlich) weit entfernt wahr und als nur unzureichend informiert über vor Ort relevante Probleme. Hierzu gehören (mögliche) Defizite der Kommunalverwaltung und der Partizipation an ortsbezogenen Gestaltungsprozessen, die Verkehrsplanung und Ausweisung von Bau- und Gewerbegebieten nicht anders als Gesundheitsversorgung betreffen. Wenn gegenwärtig rechnerisch ein Arzt für Urologie bedarfsgerecht ca. 43.000 Menschen versorgt, liegt auf der Hand, dass kommunale Gebietskörperschaften mit vielfach deutlich weniger als 10.000 Einwohnern keine sachgerechte Planung für einen geeigneten Praxisstandort leisten können, die über den nachvollziehbaren, praktisch aber nicht realisierbaren Wunsch jeder kleinen Gemeinde nach einer möglichst optimalen Erreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzten aller Fachrichtungen hinausweist.

Die stärkere Einbeziehung kreisfreier Städte und Kreise in die Gestaltung des Versorgungsangebotes wird nur praktische Verbesserungen bringen, wenn Gebietskörperschaften echte Mitentscheidungskompetenzen eröffnet werden. Die in den Jahren 2012 / 2013 intensiv geführte Debatte um die Stärkung kommunalen Einflusses auf die Gesundheitsversorgung hat auf eine verbindliche Einbindung kommunaler Spitzenverbände (Deutscher Städtetag, Städte- und Gemeindebund, Landkreistag) etwa beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gezielt. Das kann sinnvoll sein, dürfte aber ebenso wie die Beteiligung von Vertretern der Landesregierungen nur sehr begrenzte Auswirkungen auf die Entscheidungsprozesse haben. Seit 2012 besteht für die Länder die Möglichkeit, ein gemeinsames Landesgremium zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung (§ 90a SGB V) einzurichten. Zu den „weiteren Beteiligten“, die neben Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften in diesem Gremium mitwirken können, gehören auch Kommunen beziehungsweise kommunale Spitzenverbände auf Landesebene. Die Kompetenzen dieses Gremiums sind auf – allerdings umfassende –

Anhörungsrechte vor zahlreichen relevanten Planungsentscheidungen vor allem bei der Bedarfsplanung zu niedergelassenen Ärzten und der Nachbesetzung von Arztsitzen beschränkt. Gestalterischer Einfluss der Kommunen ist damit kaum verbunden.

Wirksamen Einfluss auf das Angebot an ärztlichen Praxen der verschiedenen Fachgebieten können Kommunen nur nehmen, wenn sie tatsächlich an Standortentscheidungen beteiligt werden können. Dazu muss etwa zunächst im SGB V bestimmt werden, dass die Verlegung einer Arztpraxis oder eines Arztsitzes innerhalb eines Planungsbereichs nur dann möglich ist, wenn Stadt oder Kreis zustimmen. Damit hätten die Gebietskörperschaften eine Handhabe zu verhindern, dass etwa kinderärztliche Praxen aus Stadtteilen mit schwieriger Sozialstruktur und hoher Kinderzahl an Standorte verlegt werden, an denen der Bedarf geringer ist. Über ein entsprechendes Zustimmungsrecht der Kommune könnte auch der immer stärkeren Konzentration von Facharztsitzen einer Fachrichtung an einem einzigen innerstädtischen Standort und der damit verbundenen Auszehrung des Versorgungsangebots in wichtigen städtischen Unterzentren entgegengewirkt werden. Schließlich würde Kommunen auch ein Mitwirkungsrecht bei der Auswahl von Ärzten helfen, die sich niederlassen wollen. So ist derzeit in der Augenheilkunde der Bedarf an Ärzten, die Kinder und ältere Menschen konservativ versorgen, größer als an Ärzten, die vorwiegend Operationen anbieten. Die Regelung zur kommunalen Mitentscheidung könnte sich an der baurechtlichen Vorschrift über das notwendige Einvernehmen der Gemeinde bei Genehmigungsentscheidungen der Bauaufsichtsbehörde orientieren.

Allerdings ist der Weg zu einer solchen echten kommunalen Mitentscheidung rechtlich anspruchsvoll, und positive Auswirkungen auf das Versorgungsangebot können nur eintreten, wenn die derzeit vorhandenen Defizite nicht allein darauf beruhen, dass die Zahl der Ärzte, die ambulant und insbesondere hausärztlich tätig sein wollen, einfach zu gering ist. Wenn im SGB V Städte und Kreise zu Akteuren der vertragsärztlichen Bedarfsplanung und Zulassungssteuerung werden, bewirkt das die Zuweisung einer „neuen“ Aufgabe an die Kommunen und setzt nach Art. 84 Abs. 1 Satz 7 GG eine Änderung des Grundgesetzes voraus. Nach dieser Vorschrift dürfen durch Bundesgesetz den Gemeinden und Gemeindeverbänden Aufgaben nicht übertragen werden. Das Bundesverfassungsgericht hat im Juli 2020 entschieden, dass diese Vorschrift eng auszulegen ist und

alle Aufgaben erfasst, die Gemeinden jetzt schon erledigen müssen. Da die Städte und Kreise derzeit im SGB V nicht mit Rechten und Kompetenzen ausgestattet sind, wären alle im Zusammenhang mit der Planung und Zulassung im ambulanten Versorgungsbereich verbundenen Aufgaben für die Kommunen „neu“.

Die Alternative zu einer Grundgesetzänderung bestünde darin, im Rahmen des SGB V lediglich Handlungsmöglichkeiten der Länder zu erweitern und es diesen zu überlassen, inwieweit sie Kommunen in die Erfüllung der Aufgabe „ortsnahe Gesundheitsversorgung“ einbeziehen wollen. Da schwerlich denkbar ist, wie Länder das ohne Kommunen leisten können, und die Länder verfassungsrechtlich an der Zuweisung neuer Aufgaben an Kommunen nicht gehindert sind, soweit sie ihnen dafür die notwendige finanzielle Ausstattung zukommen lassen, kann die Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen bei der Gesundheitsversorgung auch auf diesem Weg ohne GG-Änderung erfolgen. Der Preis dafür wäre allerdings ein „Flickenteppich“ kommunaler Kompetenzen je nach landesrechtlichen Vorgaben, der sich bei der bundesweiten Einführung zumindest von Modellen kommunaler Mitwirkungsoptionen eher hemmend auswirken könnte. Die Entscheidung für eine entsprechende Grundgesetzänderung hängt auch davon ab, wie sich die in den letzten Jahren in das SGB V aufgenommenen Möglichkeiten der Kommunen – auch der kleineren Gemeinden – bewähren, über die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und den Betrieb eigener Einrichtungen zur Versorgung der Versicherten das regionale Angebot zu beeinflussen. Vorrangig ist die Gründung kommunaler MVZ, auch weil diese im Unterschied zum Betrieb einer Eigeneinrichtung nicht von der Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abhängig ist. Die Gemeinde kann selbst beurteilen, ob sie die örtliche Versorgungslage so kritisch sieht, dass sie – ohne rechtliche Verpflichtung – Eigenmittel zur Gründung und zum Betrieb eines MVZ einsetzt. Im Jahr 2020 haben in Bayern, Hessen und NRW erste kommunale MVZ – überwiegend in der Rechtsform einer Anstalt des öffentlichen Rechts organisiert – ihre Tätigkeit aufgenommen, nachdem über Jahre hinweg alle Bemühungen, Hausärzte in den betroffenen Gemeinden oder Kleinstädten für eine Niederlassung zu gewinnen, erfolglos geblieben waren. Dauerhaften Erfolg können diese MVZ haben, wenn es in hinreichender Zahl Ärztinnen und Ärzte gibt, die im ländlichen Bereich hausärztlich tätig sein wollen, die mit der Niederlassung in eigener Praxis verbundenen Belastungen aber nicht auf sich nehmen wollen oder können –

oder aber neue Wege gefunden werden, kommunalen Versorgungsbedarfen zu entsprechen.

Kommunale MVZ können zu gemeindlichen Gesundheitszentren aufgewertet werden, in denen neben Ärztinnen auch Angehörige anderer Heilberufe und des öffentlichen Gesundheitsdienstes kooperieren. So ließen sich die krankenversicherungsrechtlich empfohlenen Gesundheitsuntersuchungen von Kindern nach Vollendung des dritten beziehungsweise sechsten Lebensjahres mit den dem ÖGD zugewiesenen Untersuchungen vor Aufnahme in eine Kinderbetreuungseinrichtung und in die Schule sinnvoll koordinieren und mit unmittelbar vor Ort verfügbaren Impfangeboten verbinden. Diese gemeindlichen Gesundheitszentren könnten für hausärztliche und kinderärztliche Versorgung etabliert werden und dort, wo künftig die traditionellen Strukturen entsprechenden Praxen nicht mehr bestehen, deren Angebot übernehmen.

Vor schwierigen Entscheidungen stehen Gemeinden mit Versorgungsdefiziten im hausärztlichen oder kinderärztlichen Bereich, wenn die MVZ etwa wegen der unterdurchschnittlichen Zahl von Versicherten oder von Privatpatienten nicht wirtschaftlich betrieben werden können, also dauerhaft auf eine finanzielle Unterstützung der Trägerkommune angewiesen sind. Wendet die Gemeinde eigene Mittel dazu auf, finanziert sie im Ergebnis eine ambulante Versorgung mit, die nach der Systematik des Krankenversicherungsrechts abschließend und vollständig durch die Beiträge der Versicherten getragen werden soll. Da die Anforderung zum Betrieb eines kommunalen MVZ vor allem Gemeinden treffen wird, die ohnehin nach ihrer Einnahmestruktur vergleichsweise schlecht dastehen, entwickeln sich die Handlungsmöglichkeiten der Gemeinden immer weiter auseinander: Die wirtschaftlich starken und schuldenfreien Gemeinden könnten sich kommunale MVZ leisten, brauchen solche aber nicht einzurichten, weil es genügend niedergelassen Ärzte gibt, und die überschuldeten Gemeinden mit schmaler Einnahmebasis müssen Aufgaben übernehmen, die sie zusätzlich belasten.

Zunächst muss deshalb kommunalrechtlich – auf Landesebene – klargestellt werden, dass die Kosten für die Gemeinden, die mit dem Betrieb versorgungsbezogen notwendiger MVZ verbundenen sind, als Kosten für eine kommunale Pflichtaufgabe gelten. Auch eine Gemeinde, die unter den Bedingungen der Haushaltssicherung agieren muss, darf nicht angewiesen werden können, das MVZ als (scheinbar) freiwillige Aufgabe zu schließen. Weiterhin

müssen Mechanismen etabliert werden, nach denen die mit dem Betrieb kommunaler MVZ verbundenen Mehrkosten dann von den Kassenärztlichen Vereinigungen übernommen werden, wenn ohne diese MVZ eine angemessene Versorgung Versicherter vor allem im hausärztlichen Bereich nicht gesichert werden kann. Das stellt keine systemwidrige Zusatzbelastung der Vertragsärzte dar, weil KVen schon jetzt verpflichtet sind, in unterversorgten Gebieten eigene Einrichtungen zur Versorgung Versicherter zu betreiben. Gelingt das nicht, weil sich keine Ärzte bereitfinden, dort tätig zu werden, ist es systemkonform, dass KVen sich an den notwendigen Kosten solcher Einrichtungen in kommunaler Hand beteiligen müssen, die offenbar mit mehr Erfolg um Ärztinnen und Ärzte geworben haben.

# Rechtliche Verankerung von Community Health Nursing (CHN)

Gerhard Igl

# 1 Erweiterung und Ergänzung der gesundheitlichen Versorgung durch Community Health Nursing

## 1.1 Ausgangspunkte

Es ist mittlerweile anerkannt, dass die gesundheitliche Versorgung in Deutschland von Ungleichheiten des Zugangs gekennzeichnet ist. Diese Ungleichheiten betreffen die örtliche Erreichbarkeit und Zugänglichkeit ebenso wie die individuelle Versorgung im Einzelfall angesichts veränderter Versorgungserfordernisse bei Multimorbidität und chronischen Krankheiten. In zahlreichen Modellversuchen (z. B. AGNES, VERAH) wurde insbesondere auf örtliche Erreichbarkeit und Zugänglichkeit abgestellt, während die veränderten Versorgungserfordernisse eher im Hintergrund standen. Letzteres hat auch damit zu tun, dass die eingesetzten Personen aus rechtlichen Gründen (Arztvorbehalt, Heilkundeausübungsvorbehalt) nicht die Möglichkeiten hatten, entsprechend den Versorgungsbedürfnissen tätig zu werden. Die Gründe für eine rechtliche Verstetigung der in den Modellvorhaben gewonnenen und tragfähigen Erkenntnisse bestehen jedoch weiter. Für eine solche Verstetigung bietet es sich an, das in Kanada oder einigen skandinavischen Ländern schon realisierte Konzept des Community Health Nursing (CHN) heranzuziehen. Gesundheitliche Versorgung durch spezialisierte Pflegefachpersonen auf kommunaler Ebene wird auch hierzulande seit einiger Zeit vermehrt diskutiert. Die Umsetzung dieses Konzepts krankte jedoch bisher an der fehlenden Aufarbeitung der damit zusammenhängenden rechtlichen Fragen. Mittlerweile hat diese Aufarbeitung stattgefunden (Burgi et al. 2021). In diesem Zusammenhang sind auch rechtliche Gestaltungserfordernisse für die Gesetzgebung formuliert worden.

## 1.2 Was ist Community Health Nursing (CHN)?

CHN bedeutet eine wohnortnahe und evidenzbasierte Versorgung und Gesundheitsförderung der Patientinnen und Patienten. Zentrale Elemente dabei sind unter anderem die koordinierte Behandlung von chronisch und multimorbid Kranken. Es kann mitunter die Koordinierung und Steuerung ganzer Versorgungsprozesse bedeuten. Je nach Einsatz der Community Health Nurses kann es auch Leitungsfunktionen und Personalverantwortung umfassen. Ein wichtiges Merkmal von CHN ist eine aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten am Behandlungsprozess. Die Aufgaben von CHN sollen vor allem von Pflegefachpersonen mit

einer besonderen Weiter- oder Ausbildung wahrgenommen werden. Kernaufgaben im Rahmen von CHN (Agnes-Karll-Gesellschaft, 2018) sind:

- Sichern der Primärversorgung und Versorgungskontinuität
- Begleiten von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. Sturzprophylaxe/Rauchentwöhnung)
- Durchführen von Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen
- Veranlassen von Screenings im Rahmen der Krebsvorsorge und andere Check-ups
- Behandeln von Bagatellerkrankungen (z. B. Erkältung)
- Steuern des Monitorings und des Managements chronischer Krankheiten (Disease Management)
- Unterstützen des Selbstmanagements der Patientinnen und Patienten durch Beratung und Anleitung
- Gewährleisten der Versorgungskoordination und integrierte (zwischen den Sektoren vernetzte) Versorgung

Hinzutreten können weitere Aufgaben:

- Beratung der Patientinnen und Patienten
- Klinisches Assessment (körperliche Untersuchung und Anamnese)
- Befähigung von Patientinnen und Patienten
- Gesundheitsförderung und -erhaltung
- Vermittlung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy)
- Koordination und Kooperation (Steuerung der Versorgung)
- Bedarfserhebung (im Bereich Public Health)

## 1.3 Rechtlicher Rahmen für ein breit und dauerhaft angelegtes CHN

Die folgenden Vorschläge sind auf eine dauerhafte Etablierung von CHN jenseits von Modellvorhaben angelegt. In dieser Aufgabenbeschreibung sind neben Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention zu einem ganz erheblichen Teil auch Maßnahmen kurativer Krankenpflege erfasst. Eine zentrale Frage ist, ob und inwieweit die im Rahmen eines CHN tätigen Personen Aufgaben der primärmedizinischen Versorgung selbständig durchführen

## 2 Leistungsrechtliche Verankerung von Angeboten des CHN im Rahmen des SGB V

dürfen, die nach gegenwärtiger Rechtslage Ärzten vorbehalten sind.

Ein weiterer zentraler Punkt ist die institutionelle Organisation von CHN. Für ihre dauerhafte Etablierung im Sinne eines bundesweit tragfähigen Konzeptes geht es zukünftig darum, im Ausbildungsrecht der Heilberufe, aber auch im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung rechtliche Vorkehrungen zu treffen, durch die eine gesundheitliche Versorgung durch CHN als weitere Form der Versorgung etabliert wird. Das bedeutet auch, den Vorbehalt der selbständigen Ausübung von Heilkunde in bestimmten Bereichen für die im Rahmen von CHN tätigen Personen zu modifizieren, eigenständige institutionelle Gestaltungen zu ermöglichen und die Berechtigung, Leistungserbringer zu sein, neu zu strukturieren.

Zur Realisierung von CHN bedarf es vor allem in den folgenden Rechtsbereichen veränderter rechtlicher Maßgaben:

- Auf Ebene des Landesrechts (Kommunalrecht, Pfleregerecht) bedarf es der Grundentscheidung, CHN einzurichten und umzusetzen.
- Auf Ebene des Bundesrechts bedarf es eines Heilberufsgesetzes oder entsprechender Änderung in den Vorschriften zur hochschulischen Ausbildung im Gesetz über die Pflegeberufe. Darin sollen die entsprechend spezialisierten heilberuflichen Ausbildungsregelungen für einzusetzende Pflegefachpersonen (Advanced Practice Nurses – APN / Nurse Practitioners – NP) enthalten sein.
- Weiter bedarf es auf Ebene des Bundesrechts entsprechender Regelungen im SGB V, mit denen CHN leistungsrechtlich abgebildet wird und mit denen bestehende Vorschriften zu kommunalen Medizinischen Versorgungszentren in Richtung kommunale Gesundheitsversorgungszentren erweitert werden.

Im Recht der Leistungen, der Leistungserbringer und der Vergütung von Leistungen kommen verschiedene Gesetzesänderungen in Betracht, um im Anwendungsbereich des im Vordergrund stehenden SGB V, also im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung, einen Beitrag zur Etablierung von CHN in Deutschland zu leisten. Entsprechende Regelungen wären durchgehend auf Bundesebene, innerhalb des bestehenden normativen Rahmens des SGB V zu bewirken. Eine erste wichtige Empfehlung geht dahin, CHN-Personen in einer neuen Regelung, die inhaltlich an der bestehenden Vorschrift des § 63 Abs. 3c SGB V (Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Angehörige der Pflegeberufe) orientiert ist, explizit als Übertragungsadressaten zu benennen. Gleichzeitig wäre die dadurch ermöglichte Übertragung einzelner ärztlicher Tätigkeiten auf Angehörige dieser Berufe nicht mehr nur im Rahmen von Modellvorhaben, sondern als neue, innerhalb der Leistungsart „Ärztliche Behandlung“ angesiedelte alternative Form der Leistungserbringung vorzusehen. Der Kreis der hierfür infrage kommenden Tätigkeiten kann sich weitgehend an der bereits seit mehreren Jahren existierenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde orientieren. Ein strukturell damit vergleichbarer Vorschlag betrifft die bislang nach § 63 Abs. 3b SGB V (auch lediglich im Rahmen von Modellvorhaben) erfassten Tätigkeiten der Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie der inhaltlichen Ausgestaltung häuslicher Krankenpflege.

Des Weiteren wären CHN-Personen durch eine Ergänzung von § 15 Abs. 1 Satz 2 und § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V als explizit statthafte (weiterhin nur durch ärztliche Anordnung initiierte) Erbringer von „Hilfeleistungen“ zu adressieren. Die nähere Ausgestaltung eines diesbezüglichen Tätigwerdens würde von der Ebene der Bundesmantelverträge auf die Ebene des Gesetzes beziehungsweise einer auf der Grundlage des SGB V noch zu erlassenden Verordnung befördert. Hinsichtlich des Inhalts der erfassten Tätigkeiten könnte auch hier eine weitgehende Orientierung an den bislang in Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge enthaltenen Bestimmungen erfolgen. In der Folge

### 3 Institutionelle und organisatorische Aspekte

wären CHN-Personen beziehungsweise CHN-Einheiten im Hinblick auf all diejenigen Tätigkeiten, die bereits nach bisheriger Rechtslage auch von Angehörigen der Pflegeberufe erbracht werden dürfen, im jeweiligen Normkontext explizit als Leistungserbringer zu benennen.

Zur Verklammerung all dieser Tätigkeiten, die im Rahmen einzelner – bereits im Leistungskatalog des SGB V vorgesehener – Leistungen erbracht werden, wäre in einer Anknüpfungsnorm innerhalb des Abschnitts über die „Beziehungen der Krankenkassen zu sonstigen Leistungsanbietern“ ein normativer Rahmen für die Vergütungsstrukturen einer Leistungserbringung durch CHN-Personen und insbesondere CHN-Einheiten sowie eine Begriffsbestimmung hierfür zu schaffen.

Bezogen auf institutionelle (einschließlich der finanziellen) und organisatorische Aspekte bieten sich Rechtsänderungen im SGB V an, die ebenfalls in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes fallen. Inhaltliches Ziel ist eine Weiterentwicklung des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) zu einem „Gesundheitszentrum – GVZ“. Die einzelnen CHN-Personen könnten in einer solchen Einheit angestellt sein, wodurch CHN aus einer Hand erfolgen würde. Dies würde von vornherein mehr Synergien und weniger einzelvertraglichen Aufwand bedeuten. Diese weiterentwickelten Zentren müssten jedenfalls in Mit-Trägerschaft der jeweils zuständigen Kommune geführt werden. Dadurch könnten alle Handlungsfelder von CHN aus den verschiedenen einschlägigen Büchern des SGB ebenso integriert werden wie die Tätigkeiten der kommunalen Daseinsvorsorge außerhalb der Sozialversicherung. Verschiedene Anpassungen im Recht der Kommunen (zu bewirken durch die Landesgesetzgeber) würden hinzutreten. Besonders wichtig wären eine Verankerung im jeweiligen Landesgesetz über die Pflege sowie eine Verankerung in den jeweiligen Gesetzen über den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

## 4 Berufsrechtliche Anforderungen

Allgemein wird davon ausgegangen, dass Aufgaben und Tätigkeiten einer Community Health Nurse von Personen übernommen werden, die das Profil einer spezialisierten „Pflegeexpertin APN/Pflegeexperte APN (Advanced Practice Nurse/Nurse Practitioner)“ mit akademischer Qualifikation auf Masterniveau haben. Weitere Hinweise für diese Ausbildung hat der International Council of Nursing (Guidelines on Advanced Practice Nursing, Geneva 2020) gegeben. Es bieten sich drei Lösungsvarianten für die Gestaltung der Aus- und Weiterbildung von APN/NP an, wobei die erste Variante eine gesetzliche Regelung auf Bundesebene erfordert, während die zweite und dritte Variante landesrechtlich geregelt werden können.

### Variante 1:

Wenn beabsichtigt wird, in die Ausbildung von APN/NP auch Elemente oder Bereiche der primärmedizinischen Versorgung aufzunehmen, ist zu bedenken, dass nur der Bund die Ausbildung zur selbständigen Ausübung bestimmter heilkundlicher Materien, z. B. primärmedizinischer Maßnahmen, gesetzlich regeln kann. Aus diesem Grund ist auf Grundlage des Kompetenztitels in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG ein APN/NP-Ausbildungsgesetz des Bundes als Heilberufsgesetz vorzusehen. Die Ausbildung ist als hochschulisches Studium anzulegen mit Studien- und Prüfungsverordnung auf Bundesebene.

### Variante 2:

Wenn beabsichtigt wird, in die Ausbildung von APN/NP Elemente oder Bereiche der primärmedizinischen Versorgung aufzunehmen, diese Ausbildung aber nicht zur selbständigen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen qualifizieren soll, sondern nur zur Durchführung solcher Maßnahmen im Wege der Delegation durch einen Arzt oder unter Leitung eines Arztes in einem CHN-Zentrum, so kann hierfür eine landesrechtlich zu bestimmende Hochschulausbildung eingerichtet werden.

### Variante 3:

Eine Ausbildung in der medizinischen Primärversorgung soll nicht stattfinden, da eine spätere Tätigkeit in dieser Versorgung nicht vorgesehen ist. Auch hier kann eine landesrechtlich zu bestimmende Hochschulausbildung eingerichtet werden.

## 5 Gesetzgeberische Umsetzungsschritte

Die Einrichtung von CHN bedarf der gesetzgeberischen Umsetzung auf vorstehend genannten Ebenen des Landes- und Bundesrechts und auf Bundesebene im Heilberufrecht und im SGB V. Da eine konzertierte Aktion auf Landes- und Bundesebene nicht zu erwarten ist, könnte der Bundesgesetzgeber im SGB V den ersten Schritt machen, indem entsprechende Vorschriften zum kommunalen Gesundheitsversorgungszentrum und zur leistungsrechtlichen Verankerung der Versorgung im Rahmen von CHN formuliert werden. Aufgabe des Bundesgesetzgebers wäre es auch, ein entsprechendes Heilberufsgesetz zu APN/NP auf den Weg zu bringen. Sollte dies nicht in nächster Zeit stattfinden, könnten auf Landesebene entsprechende Masterstudiengänge angeboten werden, bei denen allerdings eine selbständige Ausübung von Heilkunde wegen des bundesrechtlichen Gesetzgebungsvorbehaltes nicht vorgesehen werden kann.

### Literatur:

Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH (Hrsg.), Community Health Nursing in Deutschland – Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum, Berlin 2018.

Burgi/Igl, Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland, Baden-Baden 2021.

International Council of Nursing, Guidelines on Advanced Practice Nursing, Geneva 2020.

# **Bessere Prävention durch Kooperation**

Felix Welti

## 1 Kooperation öffentlicher Träger im Gesundheitswesen – Problembeschreibung

Das Sozialgesetzbuch enthält zahlreiche, zum Teil sehr detaillierte Normen, mit denen der Gesetzgeber, insbesondere auf regionaler und kommunaler Ebene, eine Kooperation öffentlicher Akteure im Gesundheitswesen zu erreichen sucht. Gegenstand ist die Zusammenarbeit der Kranken- und Pflegekassen mit den Ländern, Kreisen und Städten, teilweise auch mit anderen Sozialversicherungsträgern und Leistungserbringern sowie deren Verbänden.

Zu nennen sind insbesondere:

- Für die gesundheitsbezogene Prävention: §§ 20d – 20f SGB V
- Für die Langzeitpflege: §§ 7a – 9 SGB XI
- Für die Rehabilitation und Teilhabe: §§ 25 – 27, 39 – 41, 96 SGB IX
- Für die Krankenbehandlung: §§ 90 – 90a SGB V

Über diese speziellen Regelungen hinaus enthält das Sozialrecht in den §§ 86 – 96 SGB X allgemein den Auftrag an und die Möglichkeit für Sozialleistungsträger zur Kooperation. Es gibt vielfältige Beobachtungen, dass gesetzliche Kooperationspflichten nicht ausgefüllt, Kooperationsmöglichkeiten nicht genutzt und erhoffte Ergebnisse nicht erreicht werden. Systematische Forschung dazu besteht nicht. Um die Forschung zu diesem Problem zu intensivieren wäre eine von den Sozialleistungsträgern unabhängige Finanzierung und eine Mitwirkungspflicht bei der Forschung erforderlich. Aus rechtswissenschaftlicher Sicht ist zu diskutieren, ob rechtssystematische und / oder politische beziehungsweise organisationssoziologisch zu erfassende Gründe zur Wirkungslosigkeit der Kooperationsnormen führen. Rechtliche und politische Lösungsstrategien müssen gemeinsam entwickelt werden. Der Bedeutungszuwachs des öffentlichen Gesundheitswesens durch die Corona-Krise verdeutlicht die Notwendigkeit kommunaler Gesundheitspolitik und Gesundheitskompetenz einschließlich nationaler Standards.

## 2 Prävention gesundheitlicher Risiken – Bestandsaufnahme und Überlegungen für eine neue Struktur

Im Präventionsgesetz von 2015 hat der Bundesgesetzgeber die Regelungsdichte für Primärprävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen erheblich ausgeweitet (§§ 20 – 22a, mittlerweile 15 zum Teil sehr umfangreiche §§). Er hat damit darauf reagiert, dass die bisherigen Präventionsleistungen der Krankenkassen als unzureichend angesehen worden sind. Krankenkassen haben sich – trotz einer allgemeinen Verpflichtung auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken (§ 1 SGB V) – auf Individualprävention als Marketinginstrument im Kassenwettbewerb konzentriert. Verhältnisprävention – in der Sprache des Präventionsgesetzes jetzt „Prävention in Lebenswelten“ (§ 20a SGB V) – und die Adressierung gefährdeter Gruppen und Situationen (belastende Arbeitsbedingungen und Wohnbedingungen, Armut, chronische Krankheiten und Behinderungen) sowie die Zusammenarbeit mit anderen Sozialleistungsträgern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst der Länder und Kommunen wurden vernachlässigt.

Das Präventionsgesetz versuchte dem zu begegnen mit einer Erhöhung der verpflichtend zu verausgabenden Mittel (§ 20 Abs. 6 SGB V), der ausführlichen Normierung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V), der Pflicht der Krankenkassen zur Zusammenarbeit miteinander (§ 20a Abs. 1 Satz 4 SGB V), mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (§ 20a Abs. 3 SGB V, § 20b Abs. 2 Satz 2 SGB V), mit Unfallversicherungsträgern und Arbeitsschutzbehörden (§ 20b Abs. 2 Satz 1 SGB V) und im Rahmen einer Nationalen Präventionsstrategie (§§ 20d, e SGB V) und Landesrahmenvereinbarungen (§ 20f SGB V) mit praktisch allen Sozialleistungsträgern und den Kommunen.

Die ausführlichen Regelungen des Präventionsgesetzes sind auch verfassungsrechtlich als mögliche Überdehnung der Gesetzgebungs- und Verwaltungskompetenz des Bundes zu Lasten der Länder und Sozialversicherungsträger und als Etablierung einer unzulässigen Mischverwaltung kritisiert worden. Unabhängig davon, ob man diese Kritik teilt, zeigen Vorgeschichte, Diskussion und auch Umsetzung des Präventionsgesetzes, dass sich der Bund an der Grenze des bundesrechtlich unter den aktuellen

Rahmenbedingungen regelbaren bewegt. Das kann darauf zurückgeführt werden, dass bevölkerungsbezogene Gesundheitsprävention zwar keine der Sozialversicherung und Fürsorge fremde Aufgabe ist, im Kern jedoch in die Gesetzgebungs- und Verwaltungszuständigkeit der Länder fällt.

Rechtssystematisch und organisationssoziologisch kommt hinzu, dass diese Aufgabe nicht zu miteinander im Wettbewerb um individuelle Mitglieder und ihre eigene Existenz stehenden Krankenkassen passt. Es müssen viele Verpflichtungen geschaffen werden, die den allgemeinen Organisationslogiken von Krankenkassen entgegenstehen: Sie sollen sich um Menschen kümmern, die nicht bei ihnen versichert sind. Diese Menschen sollen überwiegend besonders hohe gesundheitliche Risiken haben. Krankenkassen sollen dabei mit den konkurrierenden anderen Kassen zusammenarbeiten, sowie mit einer Fülle von Organisationen, die für sie – im Luhmannschen Sinne – Störung und Umweltauschen sind. Dazu müssten sie in den Lebenswelten präsent sein. Die örtliche, betriebliche und sonstige soziale Verwurzelung von Krankenkassen ist in den letzten dreißig Jahren stark zurückgegangen, ihre Organisationsstrukturen sind stark zentralisiert worden. Dies erschwert ihre Beteiligung an Kooperationsstrukturen in Ländern und Kommunen. Die Durchsetzung der den Organisationslogiken widersprechenden Anforderungen des Präventionsgesetzes würde starke Aufsichtsbehörden und Sanktionen erfordern. Fraglich ist also, ob nicht eher das institutionelle Design der Prävention neu zu gestalten wäre.

Für die inhaltliche Konkretisierung der Leistungen der Krankenkassen zur Prävention ist nicht der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zuständig, sondern es sind die einzelnen Krankenkassen in einem sehr allgemeinen vom GKV-Spitzenverband festgelegtem Rahmen (§ 20 Abs. 2 und 3 SGB V). Eine die Interessen von Kassen, Leistungserbringern und Nutzern berücksichtigende und mögliche wissenschaftliche Evidenz systematisch aufgreifende Leistungskonkretisierung ist bislang nicht entwickelt worden.

Der öffentliche Gesundheitsdienst der Länder und – auf landesrechtlicher Basis – Kreise und Städte ist in den letzten Jahrzehnten nach Aufgaben und Ausstattung vernachlässigt worden. Gesundheitsbezogene Präventionsleistungen wurden in der Wahrnehmung der Landes- und Kommunalpolitik immer stärker als primäre Aufgabe der Krankenkassen angesehen. Die Gesundheitsämter wurden auf ordnungsrechtliche Aufgaben reduziert, für die es – vor der Corona-Pandemie – wenig politische Aufmerksamkeit gab. Durch die Etablierung des finanzverfassungsrechtlichen Konnexitätsgrundsatzes in den Landesverfassungen wurden die Aufgaben in den Landesgesetzen weiterhin bewusst ungenau gehalten, so dass die Kommunen die Ausstattung reduzieren konnten, in finanziellen Notlagen auch reduzieren mussten. In der Sozialpolitik von Ländern und Kommunen hatten und haben diejenigen Aufgaben Priorität, die wegen individueller Rechtsansprüche unbedingt erfüllt werden müssen: insbesondere also Kindertageseinrichtungen, Grundsicherung und Eingliederungshilfe, bei denen entsprechend intensiv Finanzausgleiche zwischen Bund, Ländern und Gemeinden geregelt und umkämpft werden. Für die Gesundheitsämter blieb vergleichsweise wenig politische Energie und Geld übrig.

Der öffentliche Gesundheitsdienst hat als Teil der Kommunal- und Landesverwaltung wenig institutionelle und fachliche Autonomie. Eine wissenschaftliche Anbindung ist auf Bundesebene mit dem Robert-Koch-Institut in Ansätzen gegeben, in den Ländern aber institutionell kaum ausgeformt. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass bei überregional auftretenden epidemischen Gesundheitsgefahren eine nationale und internationale Koordination und Einbindung unabdingbar ist. Hier wird spätestens „nach Corona“ zu evaluieren sein, ob die Kompetenzen und Strukturen aufgabengemäß sind (Vgl. § 4 Abs. 1a IfSG).

### 3 Überlegungen für eine neue Präventionsstruktur

Sinnvoll wäre für die bevölkerungsbezogene gesundheitliche Prävention eine Struktur, die auf örtlicher, betrieblicher, regionaler, Landes- und Bundesebene präsent und handlungsfähig sein kann, auf jeder Ebene fachlich aufgabengerecht ausgestattet und mit einem gewissen Maß an fachlicher Unabhängigkeit und wissenschaftlicher Einbindung versehen ist. Eine neue Institution am Reißbrett zu planen, widerspräche der historischen Erfahrung mit pfadabhängiger Sozial- und Gesundheitspolitik. Zudem muss – gerade angesichts des Mangels an medizinischen, pflegerischen und gesundheitswissenschaftlichen Fachkräften der Prävention – mit dem vorhandenen Personalbestand gearbeitet werden. Insofern muss eine neue Struktur aus Bestehendem heraus entwickelt werden. Das Projekt des Präventionsgesetzes, diese Struktur rund um die Krankenkassen herum aufzubauen, sollte aber kritisch überprüft werden. Verfassungsrechtliche und organisationssoziologische Gründe sprechen dafür, dass der primäre Ankerpunkt einer neuen Präventionsstruktur in Ländern und Kommunen nicht die Krankenkassen sein können.

Für eine neue Struktur wäre zu überlegen, ob – vergleichbar Art. 91e GG für die Grundsicherung für Arbeitsuchende – eine spezifische Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger mit Ländern und Kommunen bei der Planung der gesundheitlichen Infrastruktur und bei der gesundheitlichen Prävention im Grundgesetz verankert werden könnte. Auf dieser Grundlage könnte die Nationale Präventionskonferenz reformiert und mit Relevanz versehen werden (§§ 20 d, e SGB V). Überdies wäre die Etablierung einer öffentlichen Bank im G-BA und den Landesausschüssen, mit neu definierten Steuerungskompetenzen, die bei Fragen der generellen Steuerung des Gesundheitswesens stimmberechtigt mitwirkt, zu prüfen.

Auf der Landes- und vor allem auf der kommunalen Ebene könnten verbindliche Arbeitsgemeinschaften von Kommunen und Krankenkassen unter Beteiligung der anderen Sozialversicherungsträger eingerichtet werden, die mit eigener Rechtspersönlichkeit und fachlicher Unabhängigkeit ausgestattet sind und die nach einem gesetzlichen Schlüssel von den beteiligten und nutznießenden öffentlichen Stellen (also weder alleine von den Krankenkassen, noch alleine von den Kommunen) finanziert

werden. Diese Arbeitsgemeinschaften könnten die bevölkerungs- und verhältnisbezogene gesundheitliche Prävention planen, steuern und, zusammen mit freien Leistungserbringern, durchführen. Sie könnten weiterhin mit dem zu übernehmenden ärztlichen, pflegerischen und gesundheitswissenschaftlichen Personal der Gesundheitsämter, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der Renten- und Unfallversicherung und der Bundesagentur für Arbeit für diese die gutachterliche und fachlich-konzeptionelle Tätigkeit auf örtlicher und auf Landesebene übernehmen. Dabei könnte an die bereits reformierte Struktur des Medizinischen Dienstes (§§ 278, 279 SGB V) angeknüpft und eine regionale Selbstverwaltung etabliert werden, die den Nutzerinnen und Nutzern des Gesundheitswesens Gewicht gibt. Leistungsentscheidungen verblieben bei den Sozialleistungsträgern, ordnungsrechtliche Entscheidungen bei den Ländern und Kommunen. Ein solcher Allgemeiner Gesundheitsdienst der unmittelbaren und mittelbaren Staatsverwaltung könnte die nötige unabhängige Fachlichkeit und Attraktivität als Arbeitgeber erlangen, die für die Aufgabenwahrnehmung erforderlich ist.

# **Gesundheit digital: Querschnittsthemen einer Gesundheitsver- sorgung von morgen**

Claudia Maria Hofmann und Silvia Woskowski

## 1 Die „digitale Patientin“ von morgen

Dieser Beitrag wendet sich verschiedenen Aspekten zu, die mit der Digitalisierung im Bereich der Gesundheitsversorgung einhergehen. Im Zentrum der Betrachtung steht die „digitale Patientin“ der Zukunft. Ihre „elektronische Patientenakte“ kann grundsätzlich für alle mit der Patientin befassten Akteur\*innen im Gesundheitswesen zugänglich gemacht werden. Die Kontrolle jedoch, wer auf diese Daten zugreifen kann, verbleibt ganz bei ihr. Sie entscheidet, wer Zugriff auf diese Daten haben soll und wer nicht. Im Fall dieser (in bestimmten Konstellationen gegebenenfalls auch breiten) Einwilligung können beispielsweise unterschiedliche Leistungserbringer\*innen ihre Krankheitsgeschichte einsehen, sie können sektoren- und gegebenenfalls länderübergreifend an der – patientenzentrierten – Versorgung der Patient\*innen zusammenwirken. Ähnlich wie in einem gemeinsamen Projekt sind die unterschiedlichen behandelnden Ärzt\*innen, Krankenhäuser, Heil- und Hilfsmittelerbringer\*innen vernetzt. Die Hypothese: Mit einer Erhöhung der Vernetzung und Transparenz der Krankengeschichte geht eine effizientere, maßgeschneiderte und damit qualitativ bessere Versorgung einher. Diese wird ergänzt durch unterschiedliche Formen digitaler Gesundheitsleistungen, so z. B. durch Telemedizin oder Gesundheits-Apps zum Krankheitsmanagement oder zu präventiven Zwecken, sowie durch die Förderung digitaler Gesundheitskompetenz.

Die Herausforderungen bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens sind zahlreich. Und nicht alles, was in einer „schönen neuen digitalen Gesundheitsversorgung“ möglich gemacht werden kann, ist wünschenswert. Die Skepsis von Seiten unterschiedlicher Akteur\*innen und Patient\*innen ist mit Blick auf die Komplexität im „digital health“-Bereich durchaus nachvollziehbar. So sind zum einen bestimmte technische Fähigkeiten erforderlich, um einen souveränen Umgang mit Hard- und Software zu ermöglichen. Zum anderen braucht es Vertrauen in die Funktionsfähigkeit und Sicherheit der jeweils verwendeten Instrumente. Vertrauen, das sich nicht einfach einstellt, sondern das vielfach erst dadurch gewonnen werden muss, dass sowohl die verwendeten Technologien transparent und für eine breite Öffentlichkeit erläutert werden als auch die Sicherheit der Kommunikationsprozesse (und vor allem der dabei zur Verfügung gestellten Daten) nachhaltig gewährleistet ist.

## 2 Querschnittsthemen der Digitalisierung des Gesundheitswesens

In diesem Beitrag wollen wir auf einige für uns bedeutsame Querschnittsthemen im Kontext der Digitalisierung des Gesundheitswesens eingehen. Dazu zählt zunächst ein zu beobachtender Wandel der Begrifflichkeiten (von Patient\*innen zu Nutzer\*innen), der positive Aspekte mit sich bringen kann, dessen Risiken jedoch ebenfalls nicht außer Acht gelassen werden dürfen („Begriffliches: Von Patient\*innen zu Nutzer\*innen“). Digitalisierung im Gesundheitswesen erfordert zudem das Vorhandensein beziehungsweise die Erweiterung digitaler Kompetenzen und birgt Raum für Ungleichheiten („Gesundheitskompetenz, ‚digital divide‘ und Eigenverantwortung“). Eine zentrale Aufgabe liegt dabei in der Umsetzung von Datenschutzkonzepten, die einerseits die weiter oben angesprochene Sicherheit gewährleisten, andererseits jedoch auch Räume für eine datenbasierte Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung schaffen („Gesundheitsdaten- und Sozialdatenschutz“). Um die Versorgung in Zukunft noch mehr auf die individuellen Bedürfnisse der Patient\*innen auszurichten, sollten alle Stationen der Gesundheitsversorgung erfasst und aufeinander abgestimmt werden. So können Daten primär patientenzentriert genutzt und sekundär dazu verwendet werden, den medizinischen Fortschritt z. B. bei der Weiterentwicklung der Präzisionsmedizin voranzubringen („Präzisionsmedizin“). Für die Ausgestaltung der Regulierung einer digitalen Gesundheitsversorgung ist von wesentlicher Bedeutung, welchen Grundprinzipien und Leitgedanken Vorrang zugesprochen wird („Konsequenzen der Digitalisierung für die einer gesetzlichen Krankenversicherung zugrundeliegenden Werte“). Digitalisierung und die ihrer Umsetzung und Regulierung zugrundeliegenden Werte stehen dabei in einem sich wechselseitig bedingenden Verhältnis.

### 2.1 Begriffliches: Von Patient\*innen zu Nutzer\*innen

Bei Computerprogrammen oder Smartphone-Apps wird häufig der Begriff der „user“ beziehungsweise Nutzer\*innen verwendet. Im Zuge der Digitalisierung im Gesundheitswesen hat dieser Begriff etwa über die Einbindung von Gesundheits-Apps, „wearables“ oder Online-Programmen auch Eingang in den Bereich der Gesundheitsversorgung gefunden. Doch sind Patient\*innen automatisch mit Nutzer\*innen gleichzusetzen, oder verlieren sich bestimmte Aspekte des Patient\*innenstatus im Nutzer\*innenbegriff? Was macht Patient\*innen aus?

Mit dem Nutzer\*innenbegriff schwingt ein partizipatorisches Element mit: Wer nutzt, handelt selbst und kann dementsprechend im Rahmen des individuellen Nutzungsverhaltens steuern, welche Leistungen sie oder er in Anspruch nehmen, d. h. nutzen möchte. Patient\*innen hingegen erscheinen als zu Behandelnde zunächst eher passiv. Und manche Patient\*innen erwarten auch genau das: Sie begeben sich in die fürsorgenden Hände der behandelnden Ärzt\*innen oder Therapeut\*innen und vertrauen auf den durch diese herbeizuführenden Behandlungserfolg. In dieser Hinsicht kann der Nutzer\*innenbegriff die Komponente der Eigenverantwortlichkeit der zu Behandelnden hervorheben und stärken.

Gleichzeitig darf jedoch nicht übersehen werden, dass mit dem Patient\*innenstatus viel mehr einhergeht, als Nutzer\*innen von (digitalen) Gesundheits(dienst)leistungen zu sein. In gewisser Weise geht mit dem Nutzer\*innenbegriff das Element der Verletzlichkeit und Schutzbedürftigkeit verloren, das dem Patient\*innenbegriff innewohnt. Nutzer\*innen sind in ihren Bedürfnissen weniger individualisierbar, als es Patient\*innen sind. Bei letzterer Bezeichnung schwingen Bedürfnisse im Bereich ihrer Gesundheitsversorgung im Ausdruck selbst mit, nicht hingegen im Falle der Nutzer\*innen.

Dies muss nicht bedeuten, dass der Nutzer\*innenbegriff gänzlich zu verwerfen ist. Solange weiter zum Ausdruck kommt, dass es sich hier um eine besondere Gruppe von Nutzer\*innen handelt, die aufgrund ihres Patient\*innenstatus besondere Bedürfnisse haben und die dementsprechend vielleicht auch ein anderes Nutzungsverhalten an den Tag legen. Folglich ist eher eine Verbindung der beiden Begriffe wünschenswert als eine Verwendung nur des einen oder des anderen Ausdrucks.

Über die Veränderung der Terminologie darf es nicht zu einer übermäßigen Übertragung von Verantwortung auf die Betroffenen kommen. Natürlich können Patient\*innen – und sollen es auch, soweit es ihnen möglich ist – Eigenverantwortung übernehmen und ein Team mit den behandelnden Ärzt\*innen bilden. Zugleich sind Patient\*innen im Bereich ihrer Gesundheit nicht immer souverän; aus genau diesem Grund suchen sie Ärzt\*innen auf. Die Qualität ihrer Behandlung darf jedoch nicht grundlegend von der Art und Weise abhängen, wie sie digitale Gesundheits(dienst)leistungen nutzen können.

## 2.2 Gesundheitskompetenz, „digital divide“ und Eigenverantwortung

### 2.2.1 „Health literacy“

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens führt zu einer über die Grenzen des tradierten Begriffsverständnisses hinausgehenden Gesundheitsversorgung. Gesundheitsversorgung beginnt heute nicht mehr beim Arztbesuch. Sie beginnt bei einem selbst – am Smartphone oder Computer. Hier werden Symptome recherchiert, Diagnosen erfragt, die besten Ärzt\*innen, Einrichtungen oder Heilmittelerbringer\*innen über Bewertungsportale ausfindig gemacht oder Gesundheits-Apps heruntergeladen. Der Grad der eigenen Gesundheitskompetenz („health literacy“), also der individuellen Fähigkeit sich Informationen zu beschaffen und diese zu verstehen, um Entscheidungen im Bereich der eigenen Gesundheit oder der von Angehörigen zu treffen (Nutbeam et al. 2019: 1), steht damit in direktem Zusammenhang mit der Qualität der individuellen Gesundheitsversorgung. Dies wird erweitert auf den Bereich der Prävention, wenn zudem Informationen über Maßnahmen, die man selbst ergreifen kann (etwa im Bereich gesunder Lebensführung), eingeholt, Fitness-Apps und -Wearables genutzt oder Gesundheitsberater\*innen konsultiert werden.

Die Vorteile liegen zunächst auf der Hand: Zum einen sind über das Internet deutlich mehr Informationen zugänglich. Die Entwicklung kollektiver Informationssammlung und der gemeinsame Erfahrungsaustausch (z. B. über entsprechende Internet-Communities, Gesundheits-Blogs, institutionelle Websites etc.) können zum anderen als „gemeinschaftliches Projekt“ im Bereich der Gesundheitsversorgung gesehen werden. Dies schafft Erfahrungsräume für Solidarität und kollektive wie individuelle Selbstwirksamkeit.

### 2.2.2 „Digital divide“

Mit der Erweiterung der Zugangsmöglichkeiten zu Informationen gehen jedoch auch einige Schwierigkeiten und in bestimmten Fällen Nachteile einher. Denn „health literacy“ ist hier unmittelbar verknüpft mit „digital literacy“. So müssen die über das Internet grundsätzlich (relativ) frei zugänglichen Informationen der jeweiligen Person auch im konkreten Fall zugänglich sein. Dies setzt zum einen voraus, dass ich über eine gewisse technische Ausstattung (Computer, Notebook, Smartphone etc.) und natürlich

Internetzugang verfüge. Zum anderen setzt es aber auch voraus, dass ich weiß, wie eine Internetrecherche oder Online-Terminvergabe zu bewerkstelligen ist. Drittens muss ich in der Lage sein, die Informationen sprachlich und inhaltlich zu verstehen und – dies erfordert eine gewisse Erfahrung in der Verwendung dieser Medien – seriöse von unseriösen Quellen und Inhalten zu unterscheiden.

Dies berührt zugleich eine der vielen Ungleichheitsdimensionen im Bereich Gesundheit: Diejenigen, die nicht mit der entsprechenden Hardware und dem erforderlichen Know-how ausgestattet sind, werden zunehmend abgehängt (vgl. Makri 2019; Müller et al. 2020). Dies betrifft etwa Menschen, denen bereits die technischen Zugangsmöglichkeiten fehlen – entweder mangels finanzieller Ressourcen oder weil ihnen die entsprechende IT- und Kommunikationsinfrastruktur fehlt (z. B. aufgrund eines schleppenden Breitbandausbaus etwa in Regionen der Peripherie). Wenn Menschen beispielsweise durch Gesundheits-Apps unterstützt oder durch entsprechende Apps vor Risiken gewarnt werden sollen, kann (zumindest heute noch) nicht vorausgesetzt werden, dass alle Menschen gleichermaßen über die technische Ausrüstung und die Fähigkeiten zur Nutzung dieser Apps verfügen.

Die Frage des „barrierefreien Zugangs“ zu Informationen betrifft jedoch auch Sprachkompetenzen und Fähigkeiten bei der Nutzung bestimmter Software. Für Menschen, die z. B. aufgrund von Behinderungen oder anderer Faktoren hier besonders herausgefordert sind, können bestimmte Informationen ebenfalls nutzlos sein, wenn sie nicht in einer Form dargeboten werden, die sie wahrnehmen und verstehen können. Hinzu kommt der Bereich, in dem Menschen aus unterschiedlichsten Gründen die Fähigkeit zum „souveränen Umgang“ mit Gesundheitsinformationen im WWW fehlt. Wer jemals Krankheitssymptome im Internet recherchiert hat, weiß: Zu jeder individuellen Wahrnehmung oder Befürchtung hinsichtlich der Ursache findet man die passende Website. Teilweise wird über die Darbietungsform ein Maß an Fachkompetenz und Seriosität suggeriert, die – sofern nicht hinterfragt – signifikante Überzeugungswirkung entfalten kann.

Im Hinblick auf die aufgezeigten Ungleichheitsdimensionen und die Forderung nach einem barrierefreien Zugang zu Informationen stellt sich die Frage, ob eine Erweiterung der bisherigen GKV-Leistungen für Härtefallkonstellationen geboten ist – beispielsweise, wenn Versicherte aufgrund ihrer tatsächlichen Lebensumstände und/ oder ihrer

individuellen Fähigkeit faktisch von nunmehr lediglich digital zur Verfügung gestellten Gesundheitsleistungen ausgeschlossen wären. Dabei wird auszuhandeln sein, was hier als Aufgabe der GKV-Solidargemeinschaft und was als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen und entsprechend zu finanzieren ist.

Aus der Perspektive der „digital divide“ im Gesundheitswesen sind auch bestimmte Entwicklungen im Bereich eHealth einer kritischen Prüfung zu unterziehen. Beispielhaft sei angeführt: Eine online-Sprechstunde kann nur nutzen, wer über die entsprechende Hard- und Software verfügt. Darüber hinaus muss diese Methode unter Berücksichtigung genereller Gegebenheiten und individueller Bedürfnisse für das spezifische Krankheitsbild und für die konkreten Betroffenen angemessen sein. So kann etwa eine virtuelle Therapiesitzung in Zeiten einer Ausgangsbeschränkung ausreichend, darüber hinaus aber nicht immer adäquat für eine gute Versorgung sein. Für Menschen, die beispielsweise im ländlichen Raum leben, kann über digitale Angebote gegebenenfalls eine bessere Versorgung erreicht werden. Dennoch muss auch hier sorgfältig geprüft werden, welches Maß an Gesundheits(dienst)leistungen unter Anwesenden gleichwohl weiterhin geboten ist, um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

### 2.2.3 Eigenverantwortung

Greift man Sens Befähigungsansatz auf (Sen 1992: 73 ff.), muss in einem „Gesundheitswesen der Zukunft“ der Fokus auch darauf gerichtet werden, ungleiche Zugänge zu Informationen zu nivellieren und Gesundheitskompetenz aktiv zu fördern, um Menschen dazu zu befähigen, mündige Gesundheitsentscheidungen zu treffen. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass über die digitale Schnittstelle zwischen Behandelnden und Patient\*innen die Verantwortung deutlicher auf letztere verlagert wird. Denn je mehr die betroffene Person digitale Gesundheitsinformationen und -produkte selbständig verwenden kann, desto mehr steht sie gegebenenfalls auch in der Verantwortung, dies zu tun. Auf diese Weise ist sie als aktive Gestaltende und Partnerin (vgl. Esser/ Krischok 2019) in ihren Behandlungsprozess mit eingebunden.

In vielen Fällen kann durchaus erwartet werden, dass sich „mündige“ Patient\*innen auch eigenverantwortlich um ihre Gesundheitsversorgung kümmern (vgl. 1 SGB V). Zumal man hier ein entsprechendes Eigeninteresse der Betroffenen unterstellen kann (jedenfalls zumeist).

Wer mit Ärzt\*innen, Therapeut\*innen oder Heilmittelerbringer\*innen spricht, hört vielfach, wie stark der individuelle Behandlungserfolg von der Eigeninitiative und Mitwirkung der Patient\*innen abhängen kann. Die „compliance“ mit der empfohlenen Behandlungsmethode betrifft etwa die korrekte Einnahme von Medikamenten, die Umstellung der Lebensführung, die Durchführung von Diäten oder Körperübungen oder das Unterlassen von Verhalten, das zu Wechselwirkungen führen könnte.

Die Herausforderung im digitalen Bereich liegt erneut in der Flut an – oft durchaus widersprüchlichen – Informationen und Handlungsanweisungen. Hier geht es nicht mehr um die konkreten Anweisungen einer Person, der man aufgrund ihrer Qualifikation Vertrauen schenken kann. Es geht um eine unübersichtliche Vielzahl von oft mehrdeutigen Anweisungen, Ratschlägen und Erkenntnissen manchmal bekannter, vielfach aber unbekannter Akteur\*innen mit nicht immer offengelegten Eigeninteressen.

Wenn die Verantwortung zur Sichtung und Bewertung dieser Informationen allein den Patient\*innen überlassen wird, findet eine Verlagerung der Verantwortung in einem Maße statt, die diese nicht immer tragen können. Dazu müssen nicht erst gezielte Fehlinformationen, „fake news“ oder sogenannte alternative Fakten verbreitet werden; sie vergrößern die Gefahren nur. Diese liegen bereits in der schieren Menge an Informationen und der Schwierigkeit, seriöse von unseriösen Informationsquellen zu unterscheiden.

Im Zuge der COVID-19-Pandemie wird erneut verhandelt, wieviel Risiko den Einzelnen zugemutet werden und wann staatliche Maßnahmen zum Schutz (auch vor sich selbst) notwendig sind. Alle Risiken, die mit der freien Veröffentlichungsmöglichkeit von Informationen im Internet einhergehen, wird man nicht abwenden können. So wie sich auch andere Gefahren der allgemeinen Lebensführung nicht auf null reduzieren lassen. Der staatliche Auftrag im Bereich der Gesundheitsversorgung bringt es jedoch mit sich, nicht jedwede Verantwortung auf die Patient\*innen zu übertragen.

- Digitale Bausteine in der Gesundheitsversorgung setzen zunächst voraus, dass die Patient\*innen über die technischen Ressourcen und die notwendige Infrastruktur zur Nutzung dieser Bausteine verfügen. Ihr Vorhandensein kann nicht einfach vorausgesetzt werden. Zu erwägen ist eine Erweiterung des GKV-Leistungsspektrums in Härtefallkonstellationen.

- Eine Gesundheitsversorgung der Zukunft muss daher die nötige Sensibilität für die unterschiedlichen Ausstattungen und Fähigkeiten der Menschen sowie ihre besonderen Lebensumstände zeigen.
- Wenn Eigenverantwortung im SGB V gefordert oder zumindest vorausgesetzt wird, muss diese auch gestärkt werden – etwa durch entsprechende Kurse und Beratungsangebote sowie durch Erweiterung der technischen Infrastruktur. Die „Initiative Digitale Bildung“ der Bundesregierung oder die Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz, wie sie § 20k SGB V vorsieht, sind daher ausdrücklich zu begrüßen. Die tatsächliche Erweiterung der „digital literacy“ in der GKV wird jedoch zentral davon abhängen, wie engagiert und zielgruppenorientiert diese Vorschrift umgesetzt wird. Dies wiederum setzt auch voraus, dass bei den Krankenkassen entsprechende Ressourcen erweitert beziehungsweise geschaffen werden.

#### 2.2.4 eHealth

Im Kontext der Digitalisierung im Gesundheitswesen sind auch sämtliche eHealth-Maßnahmen und -Anwendungen zu sehen, die „die für die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten nutzen, die moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) bieten“ (BMG 2020). Dies umfasst eine Reihe von Bereichen wie etwa „die Kommunikation medizinischer Daten, die mit der elektronischen Gesundheitskarte verfügbar gemacht werden, wie z. B. Notfalldaten, Medikationsplan oder elektronisch dokumentierte Hinweise auf das Vorliegen einer schriftlichen Erklärung zur Organspende sowie zu deren Aufbewahrungsort, aber auch Anwendungen der Telemedizin“ (ebd.). In einem breiteren Verständnis können jedoch auch die Zurverfügungstellung von Informationen über Websites, der Austausch mit Patient\*innen über Apps oder Social Media-Kanäle, Wearables oder sonstige Formen des Gesundheits-Monitorings, die ePrävention oder virtuelle Gesundheitskurse eHealth zugeordnet werden (Pravettoni / Triberti 2020: 9).

Um die vielgestaltigen Anforderungen, die an eHealth-Anwendungen zu stellen sind, für die vorliegenden Zwecke zu kategorisieren, bietet es sich an, auf den AAAQ-Ansatz zurückzugreifen, der vom UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte unter anderem zur Auslegung des Menschenrechts auf Gesundheit entwickelt wurde. Bei der Umsetzung dieses Menschenrechts kommt es, wie der Ausschuss in seiner Allgemeinen Bemerkung Nr. 14 darlegt, zentral auf die Kriterien der Verfügbarkeit

(„availability“), Zugänglichkeit („accessibility“), Annehmbarkeit („acceptability“) und Qualität („quality“) an (CESCR 2000).

Konkret bedeutet dies, dass eHealth-Anwendungen nicht nur für die Versicherten generell und gleichermaßen zur Verfügung stehen müssen. Es ist auch darauf zu achten, dass den Betroffenen tatsächliche Zugangsmöglichkeiten eröffnet sind. So können eHealth-Anwendungen grundsätzlich eine Erweiterung oder Verbesserung der Gesundheitsversorgung beispielsweise in ländlichen Regionen bringen. Jedoch setzt dies auch eine Infrastrukturversorgung mit entsprechender Software und „schnellem Internet“ voraus, um etwa virtuelle Sprechstunden gut nutzen zu können.

Hinsichtlich des Kriteriums der Annehmbarkeit ist darauf zu achten, dass diese Anwendungen auch für bestimmte Gruppen von Patient\*innen passgenau sind. Ältere Menschen oder Menschen mit Behinderungen können beispielsweise besondere Bedürfnisse aufweisen. Daneben sind Aspekte einer kultursensiblen Medizin zu berücksichtigen. Schließlich darf die Versorgungsqualität weder bei der Nutzung digitaler Anwendungen leiden, noch darf sie davon abhängen, wie fähig die Patient\*innen im Umgang mit diesen Anwendungen sind. Bei allen genannten Kriterien zeigen sich Schnittstellen mit den bereits oben zu „health literacy“ und „digital divide“ angesprochenen Punkten. Darüber hinaus stellen sich im Kontext von eHealth eine Vielzahl von Herausforderungen im Datenschutz, auf die unten („Gesundheitsdaten- und Sozialdatenschutz“) näher eingegangen wird. Erweitert werden diese Herausforderungen, wenn über eHealth-Anwendungen mehrere Leistungserbringer\*innen bei der Versorgung der Patient\*innen (u. a. auch sektorenübergreifend) zusammenarbeiten.

Ein in diesem Zusammenhang ebenfalls relevantes Themenfeld, das wir hier nur anreißen können, stellt der Einsatz von Robotik und Künstlicher Intelligenz (KI) in der Gesundheitsversorgung, im Bereich der Prävention und in der Pflege dar. Um diese Potentiale nutzbar zu machen, bedarf es auf nationaler und europäischer Ebene rechtlicher Rahmenbedingungen für die Nutzung von KI. Hierzu gehören unter anderem die Klärung von Haftungsrisiken (wie z. B. Fragen der Gefährdungshaftung, der Fehlerzurechnung und des Versicherungsschutzes), eines Rechtsrahmens für die Datenverarbeitung und der Aufteilung von Zuständigkeiten in Lieferketten. Außerdem liefert KI entscheidungsrelevante Informationen, die teilweise nur begrenzt nachprüfbar sind. Es besteht für den Gesetzgeber die Notwendigkeit, sich

mit einem „neuen Fehlerbegriff“ in der Produkthaftung und der sachgerechten Zuordnung von Fehlern gegenüber Ärzt\*innen, Patient\*innen, Hersteller\*innen, Entwickler\*innen, Trainer\*innen oder App-Stores etc. auseinanderzusetzen. Damit Patient\*innen und Gesellschaft nachhaltig darauf vertrauen können, dass KI schadenfrei zum Einsatz kommt, müssen Haftungsverantwortlichkeiten klar definiert und abgegrenzt werden.

## 2.3 Gesundheitsdaten- und Sozialdatenschutz

### 2.3.1 Datenschutz im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen

So wie Menschen in bestimmten Situationen Angriffen auf ihren Körper ausgesetzt sein können und hiervor geschützt werden müssen, sind sie in einer digitalisierten Welt ebenfalls Angriffen ausgesetzt und vergleichbar schutzwürdig. Dabei stellen sich die digitalen Verletzungsmöglichkeiten sehr unterschiedlich dar: Im Zentrum steht das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und dessen Verletzung. Die Verbreitung persönlicher Daten kann mit einer Verletzung anderer Persönlichkeitsrechte (Recht am eigenen Bild und Wort, Recht der persönlichen Ehre) einhergehen. Die unbefugte Nutzung bestimmter Daten kann Eigentumsverletzungen ermöglichen. Hinzu kommt die Nutzung der Daten durch Dritte zu kommerziellen Zwecken, die unterschiedlich transparent erfolgt und sich an einigen Stellen durchaus in einem Graubereich der konsentierten Datenverwendung bewegt.

Von der Vielzahl der Informationen, die wir im täglichen Miteinander über uns preisgeben, betreffen Gesundheitsdaten beziehungsweise Sozialdaten vielfach einen intimen Bereich unseres Lebens. Informationen, die unsere Gesundheit betreffen, teilen wir – abgesehen von behandelnden Ärzt\*innen oder sonstigen beteiligten Leistungserbringer\*innen, Sozialleistungsträgern oder Versicherungsunternehmen – allenfalls mit einem kleinen Kreis vertrauter Personen. Die voranschreitende Digitalisierung der Behandlungsprozesse im Gesundheitssystem bringt es jedoch zum einen mit sich, dass diese Informationen leichter an Dritte verbreitet werden können. Anders als eine Patientenakte in Papier, die im Aktenschrank eingeordnet ist, lassen sich digitale Daten – sofern man Zugang zu ihnen erlangt hat – rasch kopieren, vervielfältigen, neu kumulieren und damit einer anderen Bedeutung zuführen sowie an eine unbestimmte Zahl von Empfänger\*innen weiterleiten. Zum anderen ist der unbefugte Zugriff, wenn (lediglich) elektronische Barrieren zu überwinden sind, um an diese

Daten zu gelangen, für jemanden, der entsprechend technisch versiert ist, in gewisser Weise ebenfalls leichter zu erreichen als die Überwindung physischer Barrieren und Schutzvorkehrungen.

Man könnte also sagen, wir werden auf diese Weise verletzlich. Diese Verletzlichkeit wird dadurch erhöht, dass wir hinsichtlich der Informationen, die als Sozial-, Gesundheits-, Patienten- oder Leistungsdaten bezeichnet werden können, a) nicht immer wissen, welche Daten wir weitergeben, b) wer auf diese Daten Zugriff hat und c) zu welchen Zwecken diese Daten erhoben, verwendet oder weitergeleitet werden. Auch hier zeigt sich eine Schnittstelle zum oben angesprochenen Aspekt der Gesundheitskompetenz und den Determinanten für Ungleichheiten im Bereich Gesundheit. Dies betrifft etwa die Informiertheit über die Gefahren des Datenmissbrauchs, die Fähigkeit, Einwilligungserklärungen in Datenverarbeitung zu verstehen (siehe Art. 3 Nr. 3 DS-GVO zum Oberbegriff der Verarbeitung von personenbezogenen Daten) sowie eine generelle Sensibilisierung hinsichtlich der Weitergabe von personenbezogenen Daten an Dritte. Diesen Gefahren gegenüber stehen wiederum die Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung durch ein bewusstes und reguliertes Teilen der Daten. Dabei bewegt sich der Gesundheitsdatenschutz in einem Spannungsfeld, in dem die Interessen der Patient\*innen beziehungsweise Nutzer\*innen am Schutz ihrer Daten in Einklang zu bringen sind mit ihren (vermuteten und tatsächlichen) Interessen an Gesundheitsleistungen, die auf dem Stand der Zeit sind, und an neuen, digitalen Versorgungsformen.

### **2.3.2 Fragmentierung gesetzlicher Regelungen**

Eine zentrale Herausforderung des Datenschutzes im Kontext des Gesundheitswesens ist seine Fragmentierung. Diese Fragmentierung hängt mit dem Zusammenspiel von Regelungen des Unionsrechts, des Bundesrechts und des Landesrechts zusammen. Sie ist jedoch auch bedingt durch und verknüpft mit der Vielzahl der Beteiligten im Beziehungsdreieck zwischen Versicherten, Leistungsträgern und Leistungserbringer\*innen (vgl. für einen Überblick Kühling 2019: 617 ff.). Im Kern sind hier unter anderem direkt anwendbare Regelungen der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), bereichsspezifische nationale Regelungen (hier insbesondere §§ 284 ff. SGB V, §§ 35, 37 SGB I sowie §§ 67 ff. SGB X), sofern die DS-GVO hier Öffnungsklauseln bereitstellt, und subsidiär geltende Auffangregelungen aus dem Datenschutzrecht des

Bundes (BDSG) und der Länder miteinander verzahnt. Das Zusammenspiel dieser Normen ist keineswegs abschließend geklärt, was es für die unterschiedlichen Akteur\*innen – neben der offenkundigen Verschachtelung – zusätzlich erschwert, zu erkennen, welche konkreten Rechtsfolgen die jeweiligen Regelungen nach sich ziehen. Zwar stehen Datenschutzbeauftragte auf unterschiedlichen Ebenen zur Verfügung, um die Einhaltung der Vorschriften anzuleiten und zu überwachen. Dennoch wäre angesichts des verfassungsrechtlich geschützten Rechts auf informationelle Selbstbestimmung auch aus einer Betroffenenperspektive an einen „barrierefreien Zugang“ zur Rechtslage im Bereich des Gesundheitsdatenschutzes zu denken. Hier stellt insbesondere die Unzulässigkeit einer Wiederholung der Inhalte der DS-GVO im nationalen Recht eine zentrale Herausforderung dar.

Art. 5 DS-GVO nennt als zentrale Prinzipien für die Verarbeitung personenbezogener Daten insbesondere den Grundsatz der Rechtmäßigkeit, der Transparenz, der Zweckbindung, der Datenminimierung, der Richtigkeit, der Speicherbegrenzung sowie der Integrität und Vertraulichkeit. Diese Grundsätze finden grundsätzlich auch auf Akteur\*innen im Gesundheitswesen Anwendung (Beschränkungsmöglichkeiten können sich nach Art. 23 Abs. 1 lit. e) DS-GVO ergeben). An dieser Stelle soll lediglich ein grundlegender Aspekt zur praktischen Umsetzung des Datenschutzes herausgehoben werden: Ähnlich wie bei Allgemeinen Geschäftsbedingungen besteht bei Einwilligungserklärungen zur Datenverarbeitung die Gefahr, dass die betroffenen Personen diese aufgrund ihrer Länge und Komplexität entweder nicht lesen und / oder nicht verstehen.

Nun kann man auch das dem Bereich der Eigenverantwortung zuweisen. Gerade mit der Komplexität von Datenverarbeitungsprozessen generell und mit den konkret in Rede stehenden Daten im Speziellen geht jedoch ein Mehr an Verantwortung seitens desjenigen einher, der die Daten verarbeitet. Das heißt, wer besonders sensible Daten verarbeitet, trägt auch eine besondere Verantwortung, den betroffenen Personen auf eine für sie individuell verständliche Weise zu kommunizieren, zu welchen Zwecken welche Daten verarbeitet werden. Diese Verantwortung trifft nicht nur die in §§ 284 ff. SGB V erwähnten Normadressaten.

- Bei einer Weiterentwicklung des Datenschutzes im Kontext des SGB V ist eine Defragmentierung und

Harmonisierung anzustreben. Diese muss eingebettet sein in das Projekt einer klareren Strukturierung des Sozial- und Gesundheitsdatenschutzes (unter Berücksichtigung der jeweiligen Gesetzgebungskompetenzen).

- Mit Blick auf die praktische Umsetzung des Datenschutzes ist eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Patientenperspektive anzustreben. Auch hier zeigt sich eine Schnittstelle zum Bereich der „health literacy“.

### 2.3.3 Nationales Datenschutzgesetz für Gesundheitsdaten?

Mit Blick auf die zuvor erwähnte Fragmentierung des Gesundheitsdatenschutzes in Deutschland stellt sich die Frage, inwiefern ein nationales Gesundheitsdatenschutzgesetz, das die Verarbeitung von Gesundheitsdaten für alle beteiligten Akteur\*innen einheitlich regeln würde, nicht nur Klarheit und Transparenz in der Rechtsanwendung fördern, sondern auch einen Mehrwert hinsichtlich technischer Standards (Rahmenvorgaben), die für alle gleichermaßen verpflichtend sind, und der Standards für die Anonymisierung und Pseudonymisierung mit sich bringen würde.

Abgesehen von der Frage der institutionellen Umsetzung dieser einheitlichen Vorhaben sind wesentliche Herausforderungen insbesondere in den unterschiedlichen Kompetenzzuweisungen im Unions- und Verfassungsrecht zu sehen:

Das Unionsrecht sieht seit dem Vertrag von Lissabon in Art. 16 Abs. 2 UAbs. 1 Satz 1 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) eine eigene Rechtssetzungskompetenz zum Datenschutz vor. Die DS-GVO stützt sich auf die Kompetenz aus Art. 16 Abs. 2 UAbs. 1 Satz 1 AEUV.

Die Regelungen der DS-GVO sind vor dem Hintergrund der völker- beziehungsweise unionsrechtlichen Gewährleistung eines Menschen- beziehungsweise Grundrechts auf Datenschutz zu sehen (Schiedermaier 2019: Rn. 161 f.). Anknüpfend insbesondere an Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) gewährleistet Art. 8 Abs. 1 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union (GRCh) ein Recht jeder Person auf Schutz der sie betreffenden personenbezogenen Daten. Mit identischem Wortlaut ist dieses Recht auch in Art. 16 Abs. 1 AEUV verankert. Im Gegensatz zu Art. 16 Abs. 1 AEUV enthält Art. 8 GRCh keine schrankenlose Formulierung des Datenschutzgrundrechts. Nach überzeugender Ansicht gilt jedoch auch für Art. 16 Abs. 1 AEUV die Schrankenregelung des Art. 8 Abs. 2 GRCh, die

wiederum Art. 52 Abs. 1 GRCh ergänzt und konkretisiert (ebd.: Rn. 177 f. m.w.N.). Demnach dürfen Daten nur nach Treu und Glauben für festgelegte Zwecke und mit Einwilligung der betroffenen Person oder auf einer sonstigen gesetzlich geregelten legitimen Grundlage verarbeitet werden. Art. 8 Abs. 2 Satz 2 GRCh sieht ein Recht auf Auskunft und Berichtigung der Betroffenen vor; Art. 8 Abs. 3 GRCh normiert die Überwachung der Einhaltung dieser Vorgaben durch eine unabhängige Stelle.

Überlegungen in Richtung eines nationalen Gesundheitsdatenschutzgesetzes sehen sich nun nicht nur mit dem unionsrechtlichen Wiederholungsverbot konfrontiert, das einer – im Sinne der Barrierefreiheit und Förderung der Verständlichkeit – grundsätzlich sinnvollen Zusammenführung aller geltenden Regelungen sowohl des Unionsrechts als auch des nationalen Rechts zumindest außerhalb der in Erwägungsgrund 8 der DS-GVO genannten Aspekte entgegensteht. Schwierigkeiten bestehen auch – im Rahmen der Öffnungsklauseln der DS-GVO – mit Blick auf die nationalen Gesetzgebungskompetenzen. So sieht das Grundgesetz keine spezielle datenschutzrechtliche Gesetzgebungskompetenz vor. Mithin folgt diese als Annexkompetenz den Kompetenzen für die Regelung der übergeordneten Sachmaterie, an die sich der Umgang mit den Daten anschließt (Kircher 2016: 81 f.). Dies zieht die bereits oben angesprochene Fragmentierung des Datenschutzrechts entlang der jeweiligen Regelungsmaterien mit der Konsequenz einer Verzahnung und Überlagerung genereller bundes- und landesdatenschutzrechtlicher Regelungen, bundesrechtlicher und landesrechtlicher Spezialregelungen (etwa im SGB X, SGB V, VVG oder im Bereich der Landeskrankenhausgesetze) sowie Regelungen des kirchlichen Datenschutzes nach sich.

Mit Blick auf die bereits angesprochenen Grundrechtsdimensionen soll an dieser Stelle auch auf das nationale Recht eingegangen werden. Bisher ist im Grundgesetz kein explizites Grundrecht auf Datenschutz verankert. Jedoch hat das Bundesverfassungsgericht bereits im Jahr 1983 im sogenannten Volkszählungsurteil ein „Recht auf informationelle Selbstbestimmung“ als Ausprägung des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts, gestützt auf das Recht der freien Persönlichkeitsentfaltung gemäß Art. 2 Abs. 1 GG und die Menschenwürde nach Art. 1 Abs. 1 GG, hergeleitet (BVerfGE 65, 1, 41 ff.). Danach hat jeder Mensch die Befugnis, „selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner persönlichen Daten zu bestimmen“, wobei sich die Bedeutung eines Datums aus dem Verwendungszusammenhang ergebe,

für den Zweckbindung sowie Fragen der Verknüpfungs- und Verwendungsmöglichkeiten feststehen müssten (ebd.: 43 ff.).

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist die oder der Einzelne dabei als „eine sich innerhalb der sozialen Gemeinschaft entfaltende, auf Kommunikation angewiesene Persönlichkeit“ anzusehen. Aus diesem Grund können personenbezogene Daten nicht ausschließlich den Betroffenen zugeordnet und diesen auch kein schrankenlos gewährtes Verfügungsrecht über ihre Daten zugestanden werden (ebd.: 43 f.). Vielmehr sei im überwiegenden Gemeinwohlinteresse die Einschränkung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung zulässig, wenn der Eingriff durch eine gesetzliche Grundlage gerechtfertigt sei, in der der parlamentarische Gesetzgeber selbst eine präzise Zweckbestimmung vornimmt und Pflichten zur Aufklärung, Auskunft, Löschung und Ermöglichung eines effektiven Rechtsschutzes normiert (ebd.: 46).

Weiterhin folgt aus dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung auch das Recht, personenbezogene Daten selbst aktiv zu offenbaren. So lassen sich aus den grundrechtlichen Gewährleistungen ein unmittelbares Verbot einer Datennutzung mit Erlaubnisvorbehalt sowie die Grundsätze der Zweckbindung und der Erforderlichkeit entnehmen. Dabei kann die Zweckbindung der personenbezogenen Gesundheitsdaten durch nachrangiges Recht ausgestaltet und gelockert werden. Eine im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens relevante zulässige Lockerung der Zweckbindung kann sich z. B. bei einer Grundrechtskollision mit der Forschungsfreiheit ergeben. Danach kann eine zweckergänzende oder -ändernde Nutzung von Forschungsdaten bei Vorliegen einer legitimierenden Rechtsgrundlage oder Einwilligung zulässig sein. Für die Nutzung sogenannter Big-Data-Datensätze, die auf der Grundlage von personenbezogenen Daten generiert werden, um für einen „unbestimmten Auswertungszweck“ auf Vorrat erhoben und gespeichert zu werden, gilt dies konsequenterweise nicht.

Die zwischen Bund und Ländern aufgeteilten Gesetzgebungskompetenzen stehen bisher einem einheitlichen Gesundheitsdatenschutzgesetz entgegen. Für eine bundesweite Lösung müsste folglich ein einheitlicher Kompetenztitel – vergleichbar Art. 16 AEUV – erst geschaffen werden (so auch Kingreen / Kühling 2015: 468 ff; Kircher 2016: 237, 252). Dieser könnte durch ein Grundrecht auf Datenschutz ergänzt werden. In beiden Fällen ist jedoch allenfalls eine graduelle Umsetzung denkbar.

Alternativ wäre – in den Spielräumen der DS-GVO – eine Normierung mittels Rahmenvorschriften denkbar, bei denen die inhaltliche Ausgestaltung naturgemäß in der Verantwortung der Landesgesetzgebung verbliebe. Diese ließen sich im einschlägigen Teil des SGB V oder als Kombination des Gesundheits- und Sozialdatenschutzes im SGB X verorten. Letzteres setzt die Erweiterung des Anwendungsbereiches des SGB X voraus und hätte den Vorteil, dass sich damit eine zumindest partielle Konzentrationswirkung und eine übersichtlichere Gesetzesanwendung erreichen ließe.

Auf diese Weise könnten auch Inhalte eines Code of Conduct für einen Europäischen Gesundheitsdatenraum berücksichtigt werden. So würde zum einen die Anschlussfähigkeit Deutschlands an diesen Datenraum sichergestellt und zum anderen alle beteiligten Akteur\*innen in einem einheitlichen Datenschutzregime eingebunden. Beides wäre erstrebenswert, weil damit national der Weg beschritten wird, die Nutzung und den Austausch von Gesundheitsdaten nach einheitlichen europäischen Vorstellungen und Ansprüchen vertrauensvoll zu ermöglichen. Um dies zu erreichen, braucht es verlässliche Regularien, die eine klare und verständliche Struktur schaffen, aus der ersichtlich ist, was im Umgang mit Gesundheitsdaten erlaubt und verboten ist. Nur dann entsteht das notwendige gesellschaftliche Vertrauen für die Einbringung und Einbeziehung von Gesundheitsdaten in digitale Anwendungen und ein digital fortschrittliches Gesundheitssystem. Erforderlich ist, dass für alle Akteur\*innen verlässlich und transparent, klar und eindeutig definiert wird, was mit den freigegebenen Daten geschieht (Patienten\*innen) beziehungsweise mit den verfügbar gemachten Daten geschehen darf (Selbstverwaltung, Forschung und Privatwirtschaft) und welchen Vorgaben diese Daten genügen müssen (technische und inhaltliche Anforderungen). Dabei sollte es sich um aggregierte Gesundheitsdaten handeln, die nach technisch einheitlichen europäischen Standards anonymisiert beziehungsweise z. T. auch pseudonymisiert und mit informierter Einwilligung der Patienten\*innen für das Gesundheitssystem verfügbar gemacht wurden. Ziel muss eine unabhängige und sicherere auf den Patienten\*innennutzen und -schutz ausgerichtete Datenauswertung sein. Damit verbunden ist auch die Frage, ob Patienten\*innen-Rechte besser über eine opt in oder opt out-Lösung gesichert werden.

- Für ein nationales Gesundheitsdatenschutzgesetz fehlt es bisher an einer Gesetzgebungskompetenz des Bundes. Im Rahmen der bestehenden Spielräume ist jedoch eine Bündelung der geltenden Rechtsvorschriften anzustreben.
- Eine Zielsetzung einer entsprechenden Rahmengesetzgebung kann und sollte auch die Anbindung an den Europäischen Gesundheitsdatenraum sein.

### 2.3.4 Zweckbindung der Gesundheitsdaten

Nach Art. 5 Abs. 1 lit. b) DS-GVO ist die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten auf festgelegte, eindeutige und legitime Zwecke beschränkt. Die Festlegung des Zwecks muss im Vorfeld der Datenerhebung erfolgen. Gleichwohl schließt der ursprünglich festgelegte Verarbeitungszweck eine spätere Verarbeitung zu anderen Zwecken nicht generell aus. Diese darf erfolgen, wenn hierfür eine gesonderte Rechtsgrundlage besteht und der neue Zweck mit dem ursprünglichen Zweck der Datenerhebung „nicht unvereinbar“ ist (Heberlein 2018: Art. 5 Rn. 19 ff.; Herbst 2020: Art. Rn. 24 ff.).

Die Feststellung der Vereinbarkeit erfolgt mittels wertender Betrachtung und soll verschiedene Faktoren einbeziehen. Hierunter fallen insbesondere die Nähe und der Kontext des neuen zum ursprünglichen Zweck, die Art der Daten und die Folgen ihrer Weiterverarbeitung sowie die Person des Verantwortlichen (Herbst 2020: Art. 5 Rn. 44).

Für Gesundheitsdaten besonders relevant ist eine Lockerung des Zweckbindungsgrundsatzes, die Art. 5 Abs. 1 lit. b) DS-GVO für den Bereich der wissenschaftlichen Forschung vorsieht. Hier wird die Zweckvereinbarkeit vermutet, wenn die Verarbeitung entsprechend Art. 89 Abs. 1 DS-GVO erfolgt. In Artikel 89 Abs. 1 DSGVO heißt es:

*„Die Verarbeitung zu [...] wissenschaftlichen [...] Forschungszwecken [...] unterliegt geeigneten Garantien [...]. Mit diesen Garantien wird sichergestellt, dass technische und organisatorische Maßnahmen bestehen, mit denen insbesondere die Achtung des Grundsatzes der Datenminimierung gewährleistet wird. Zu diesen Maßnahmen kann die Pseudonymisierung gehören, sofern es möglich ist, diese Zwecke auf diese Weise zu erfüllen.“*

Angesichts der Sensibilität von Gesundheitsdaten und der Risiken bei ihrer Weiterverwendung für wissenschaftliche Forschungszwecke müssen daher alle erforderlichen

Maßnahmen ergriffen werden, um ein angemessenes Sicherheitsniveau gemäß Art. 32 Abs. 1 DS-GVO zu gewährleisten (siehe European Data Protection Board 2020).

Insoweit zeigt der Vergleich der europäischen Vorgaben mit den Anforderungen an den Zweckbindungsgrundsatz, die im deutschen Sozialrecht gelten, dass unser nationales Recht strengere Maßstäbe an die Zweckbindung stellt.

- Um die Weiterentwicklung der Medizin in Richtung einer immer mehr stattfindenden Präzisionsmedizin zu fördern, die Möglichkeiten der Digitalisierung zugunsten der Gesellschaft zu nutzen und gleichzeitig den Einzelnen bestmöglich zu schützen, bedarf es weiterer Rahmenvorgaben – z. B. für die Etablierung von Abstimmungsleitlinien. Damit ließen sich zeitliche und inhaltliche Rahmen für eine einheitlichere Umsetzung durch die Landesdatenschutzbehörden schaffen.
- Ein solcher Leitlinienansatz könnte und sollte an entsprechenden Abstimmungskonzepten der EU – den Inhalten eines Code of Conduct für einen Europäischen Gesundheitsdatenraum – ausgerichtet sein.

### 2.3.5 Wissensgewinn durch Versorgung - Datensammlung in diesem Rahmen

Der medizinische Fortschritt und die damit verbundene Weiterentwicklung des Gesundheitssystems sind darauf angewiesen, dass die vom System und den Patient\*innen selbst erhobenen Daten, die Daten aus der (klinischen) Forschung und aus der medizinischen Versorgung – auch über den ursprünglichen Zweck hinaus – weiter zur Gewinnung neuer medizinischer Erkenntnisse ausgewertet werden können (s. o.). Diese Gesundheitsdaten werden auch als „Real World Data“ (oder „Real World Evidence“) bezeichnet. Eine klare Definition dafür, welche Datenquellen diesem Begriff unterfallen sollen, gibt es bislang nicht. Im Kern handelt es sich um Gesundheitsdaten, die in der klinischen Routine und dem Versorgungsalltag erhoben werden.

Dabei geht es sowohl um den Transfer der Erkenntnisse aus der (klinischen) Forschung in die Versorgung als auch um die Nutzung von Versorgungsdaten zur Wirksamkeitsüberprüfung neuer Forschungs- und Behandlungsergebnisse und die Beantwortung neuer Forschungsfragen im Sinne einer forschenden Versorgung (Versorgungsforschung). Für eine schnelle, kontrollierte und systematische Weiterentwicklung standardisierter Behandlungen im Sinne des medizinischen Fortschritts und auch möglicher registerbasierter

Studien bedarf es der Verbindung dieser Daten. Eine solche Verbindung lässt sich in mehrfacher Hinsicht erreichen:

Zum einen durch die legitimierte Erhebung von Standard-datensätzen – insbesondere in Krankheitsregistern. Mit sinnvoll erhobenen Daten liefern Register einen wertvollen Beitrag zur Verifizierung der Sicherheit und Wirksamkeit von Therapien – zum Beispiel bei der Behandlung von seltenen Erkrankungen, um ausreichend viele Patientendaten für valide Bewertungen zu erhalten und um neue Therapieoptionen, wie die Behandlung mit Gentherapeutika wissenschaftlich abzusichern. Methodisch gewinnt der Ansatz prospektiv randomisierter registerbasierter Studien auch dann immer mehr an Bedeutung, wenn normale randomisierte klinische Studien aufgrund zu geringer Fallzahlen – z. B. bei Präzisionstherapien – nicht durchführbar sind.

Nationale Beispiele für eine Nutzung dieser Verbindung zugunsten der Patienten\*innen, sind unter anderem Daten aus dem Deutschen Hämophileregister und dem Krebsregister. Diese Krankheitsregister werden über eigenständige Gesetze geregelt und waren nicht immer unkompliziert in der Handhabung. Sie wurden beziehungsweise werden daher – auch normativ immer wieder – angepasst, um eine adäquate, bundesweit einheitliche sinnvolle Datenerhebung, -zusammenführung und -nutzung zu ermöglichen. Hierbei sollten künftig noch mehr Register zusammengeführt werden, die zusammen gehören. So wäre es z. B. im Sinne der Patient\*innen und des Gesundheitssystems einschließlich der Forschung, wenn eine Vernetzung des Krebsregisters mit den genomischen Datenbanken erfolgen würde. Durch die Verknüpfung der klinischen mit genomischen Datensätze entstünde eine viel stärkere Individualisierung der Behandlungsmöglichkeiten.

Daneben eröffnen Real World Data auch die Möglichkeit, zur Verbesserung der Prävention, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge Referenzen für ähnliche Therapieverläufe zu finden und Daten diagnostischer Methoden wie z. B. Bildgebung, Laboranalysen und Molekulargenetik miteinander zu verbinden. Durch die Einbeziehung künstlicher Intelligenz und die Koppelung des klinischen Outcomes über „patient reported outcome measures“ (PROMS) lassen sich medizinische Abläufe und therapeutisches Vorgehen verbessern.

Um diese Potentiale im deutschen Gesundheitssystem standardisiert nutzen zu können, bedarf es eines einheitlichen nationalen, europarechtskompatiblen Qualitäts-

standards für die notwendige Interoperabilität und Infrastruktur sowie institutionelle Zuständigkeiten für die Umsetzung und Interaktion mit dem europäischen Datenraum.

- Ziel sollte auch eine wissensgenerierende Versorgung mit klaren gesetzlichen Vorgaben für Teilhaberechte bzgl. des Zugangs zu und der Analyse beziehungsweise Auswertung von solidarisch generierten Gesundheitsdaten (s. o. „Zweckbindung“) sein.
- Um die Einzelnen durch zusätzliche Datenauswertungen vor der damit verbundenen Gefahr der Zweckentfremdung und des Missbrauchs ihrer Daten zu schützen und gleichsam eine vollständige Datennutzung in ihrem Sinne zu ermöglichen, sind klare Rechtsrahmen für die Datensammlung und -nutzung zum Zweck medizinischer Forschung, Qualitätssicherung und versorgungsrelevanter Wissensgenerierung zu definieren.

### 2.3.6 Patientenzentrierung

Eine echte Hürde für den wissensgenerierenden Datenfluss zugunsten besserer patientenorientierter Versorgung und Forschung mit Versorgungsdaten stellen immer noch die Sektorengrenzen dar. Die Patient\*innen sind und bleiben dieselben, egal in welchem Sektor sie sich befinden. Dies kann nur immer wieder betont werden – in der Hoffnung, dass die Hürden des Systems durch eine funktionale elektronische Patientenakte und die elektronische Gesundheitskarte schnellst möglich zugunsten einer patientenzentrierten Standardversorgung im Gesundheitswesen aufgelöst werden. Für den Datenfluss bedeutet dies, dass die Patient\*innen mit ihren Daten während des gesamten Versorgungsprozesses (Prävention und Gesundheitsförderung, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge) wie an einem „roten Faden“ sicher und eigenverantwortlich durch die Versorgungspfade des Gesundheitssystems geleitet werden. Hierfür bedarf es einer bundesweit überwiegend digitalen Verwaltung der Patientendaten und auch mündiger Patient\*innen, die in die Funktionalität und den Schutz ihrer Daten vertrauen. Das wären Patient\*innen, die auch gemeinsam mit dem Staat digitale Gesundheitskompetenzen aufbauen und informiert und verantwortungsbewusst mit den Leistungserbringer\*innen und weiteren Systembeteiligten Daten teilen können.

Zum Beispiel in Schweden, Dänemark und Finnland ist diese Vorstellung bereits Realität. Hier werden die Daten der Patient\*innen schon heute mehrheitlich digital verwaltet.

Für ihre Patient\*innen können Ärzt\*innen einsehen, was ihre Kolleg\*innen schon untersucht und veranlasst oder behandelt haben. So sehen z. B. die Hausärzt\*innen die digitalen Patientendaten des Krankenhauses und wissen, wie Patient\*innen behandelt wurden. Es gibt den beschriebenen roten Faden durch das System und Patient\*innen, die für ihre Gesundheit oder auch zur Weiterentwicklung der Versorgung durch Forschungsprojekte verantwortungsbewusst und damit eigenverantwortlich und selbstbestimmt Daten teilen.

- Patientenzentrierung im Zuge der Digitalisierung bedeutet, dass der Staat im Rahmen eines regulierten Gesundheitsmarktes die Grundlage für eine vertrauensvolle, bedürfnisorientierte Steuerung der Patient\*innen und ihrer Daten durch die Versorgungspfade des Systems schafft und normiert. Hierzu gehört auch, als Systemleistung, der unterstützende Aufbau individueller datenbezogener Gesundheitskompetenzen („mündige Patient\*innen“) durch Maßnahmen kollektiver und individueller Wissensvermittlung.
- Wer sollte dies tun? Systematisch und historisch betrachtet handelt es sich um eine Aufgabe im Bereich der praktischen Gesundheitserziehung und damit potenziell um Maßnahmen im Zuständigkeitsbereich der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Allerdings kommt auch der Gesellschaft für Telematik (gematik) insbesondere mit den in § 311 SGB V gelisteten Aufgaben eine wesentliche Funktion im Rahmen der Digitalisierung des Gesundheitswesens zu. Es erscheint daher sinnvoll, die gematik in einen Prozess zum Aufbau datenbezogener Gesundheitskompetenzen jedenfalls einzubinden.
- Institutionell denkbar wäre es, der gematik die Aufgabe zuzuweisen, regelmäßig Rahmenvorgaben – auch in Interaktion mit dem europäischen Datenraum – für die Erweiterung digitaler Gesundheitskompetenzen zu machen.

## 2.4 Präzisionsmedizin

Es handelt es sich bei der Präzisionsmedizin um ein Querschnittsthema, das viele Bereiche der Gesundheitsversorgung betrifft. Der Begriff lässt sich allgemein definieren als „Medizin, die sich an individuellen Merkmalen des kranken Menschen orientiert, um Prädiktion, Therapie und Prognose möglichst passgenau auf den Patienten auszurichten – im Grunde ein Anliegen, das die Medizin

seit jeher verfolgt, für das aber die Mittel weitgehend fehlten und mit den Fortschritten in Molekularbiologie und Genetik nun zur Verfügung stehen“ (Woopen 2012: 2). Die Rede ist häufig auch von individualisierter, personalisierter oder stratifizierender Medizin. Alle vier Begriffe werden im Wesentlichen synonym verwendet und bezeichnen einen Ansatz, bei dem die individuellen Merkmale und Faktoren der Einzelnen die maßgebliche Grundlage der Therapieentscheidung bilden. Dabei werden mittels diagnostischer Testung Patientengruppen mit molekularbiologischen oder genetischen Merkmalen identifiziert, die bestmöglich von einer bestimmten Therapie profitieren. Konkret bedeutet das: Patient\*innen erhalten nach präziser Diagnostik eine Therapie, die bei dieser Gruppe von Patient\*innen mit identischen Krankheitsmerkmalen erfolgversprechend ist (ausführlich dazu Bundesärztekammer 2020: A 2 ff).

Im GKV-Kontext stellen sich hier einerseits Entwicklungs-, andererseits aber auch bedeutsame Verteilungsfragen, mit denen auch Gefahren in Hinblick auf die Solidarität in der GKV einhergehen können (vgl. Raspe 2012: 65 ff.). Darüber hinaus besteht mit der Erweiterung der durch die Gen-Analyse zugänglichen Informationen über eine Zugehörigkeit zu Risikogruppen für bestimmte Krankheiten die Gefahr, dass sich mit dem zunehmenden Wissen auch die – individuelle sowie systemische – Wahrnehmung des Krankseins in Anbetracht prädiktiver Dispositionen verändert (vgl. Meier et al. 2017: 594 ff.). Auch dies ist Teil der gesellschaftlichen Entwicklung in diesem Bereich. Einer Entwicklung, die medizinisch betrachtet die Chance auf eine effektivere Prävention, Früherkennung und Diagnostik, die richtige Behandlung für die richtigen Patient\*innen zur richtigen Zeit und den Ausschluss beziehungsweise die Reduktion von unerwünschten Nebenwirkungen bedeutet.

### 2.4.1 Bedeutung für die Gesetzliche Krankenversicherung

Aktuell existieren in Deutschland über 87 zugelassene Wirkstoffe, für die in einer offiziellen Bekanntmachung ausdrücklich eine Testung vor der Behandlung verlangt oder empfohlen wird – Tendenz steigend. Für 78 dieser Wirkstoffe ist ein diagnostischer Vortest vorgeschrieben, für weitere neun wird ein Test empfohlen (vgl. vfa 2021). Dies zeigt, dass die Präzisionsmedizin keine Zukunftsmusik, sondern längst Realität ist – vor allem in der Onkologie, aber auch der Infektiologie, der Neuropädiatrie und der Behandlung von Mukoviszidose (ausführlich dazu Bundesärztekammer 2020: A 2 ff.).

Diese im deutschen Gesundheitssystem mehr und mehr stattfindende Individualisierung zeigt die Notwendigkeit eines Perspektivwechsels. Wenn eine patientenzentrierte Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ins geltende Gesundheitssystem integriert werden soll, ist dem über die Weiterentwicklung der geltenden Standards des GKV-Systems Rechnung zu tragen. Für die gesetzliche Krankenversicherung folgen daraus Änderungs- und Vervollständigungsnotwendigkeiten bei der Leistungserbringung, der Leistungsbewertung und dem Leistungskatalog. Wobei es nicht nur um die Ergänzung neuer Leistungen und/oder die Neuregelung von Bewertungs- und Qualitätsanforderungen geht, sondern auch um die übergeordnete Weiterentwicklung bislang nicht genutzter Instrumentarien der „Value-based Care“-orientierten Leistungserbringung, z. B. mit Hilfe einer neu zu definierenden Kosten-Nutzen-Analyse oder erfolgsabhängigen Preismodellen. Von großer Bedeutung ist es, Chancen und Risiken herkömmlicher und personalisierter Therapien auch unter Einbeziehung ökonomischer Aspekte miteinander abzuwägen, um für das Individuum eine Finanzierbarkeit der besseren Therapie in einem solidarischen Gesundheitssystem zu erreichen und so eine qualitativ hochwertige Versorgung mit gleichem Zugang zu ermöglichen.

Eine breitere Umsetzung der Präzisionsmedizin im GKV-System setzt Folgendes voraus: Die Modernisierung des Leistungsstandards über Evidenzbewertungen auf der Grundlage neuer Methoden einer darauf aufbauenden Erstattung mit erfolgsabhängigen Vergütungsmodellen, die Interoperabilität und Verfügbarkeit der notwendigen Daten.

#### **2.4.2 Eine neue Ära – Modernisierung des GKV-Leistungsstandards ermöglichen**

Nach § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist im System der GKV auch der „medizinische Fortschritt“ zu berücksichtigen. Die daraus folgende Erforderlichkeit der kontinuierlichen Modernisierung des Leistungsstandards in der GKV ergibt sich ferner auch durch die Anknüpfung an die international anerkannten Grundsätze der evidenzbasierten Medizin. Insoweit trifft den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als wesentliche Stelle zur Konkretisierung des Leistungsstandards eine Beobachtungs- und Handlungspflicht, auf einen sich verändernden medizinischen Erkenntnisstand zu reagieren und sicherzustellen, dass seine Normsetzung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Dabei ändert der medizinische Fortschritt erst dann die Standards der GKV, wenn die hinreichende Qualität der Leistungserbringung belegt ist – ohne eine

verfassungsrechtliche Pflicht des Gesetzgebers, bestimmte Leistungen in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen (BVerfGE 115: 25 f.).

Dies verdeutlicht, dass im SGB V die kontinuierliche Modernisierung des Leistungsstandards zwar angelegt, aber nicht verpflichtend normiert ist. Umso mehr ist es daher erforderlich, dass der Gesetzgeber die geltenden Rahmenbedingungen fortwährend den medizinischen Entwicklungen anpasst. Dies betrifft insbesondere durch medizinischen Fortschritt überholte Hürden der Bewertungsverfahren, die der Einführung neuer Methoden vorgeschaltet sind. Zum Teil wurde dieses Problem bereits durch Fristenregelungen gelöst (z. B. § 87 Abs. 5b Satz 5 SGB V für diagnostische Leistungen im Zusammenhang mit neuen Arzneimitteln und § 135 Abs. 1 SGB V generell zur Bewertung neuer Methoden). Dabei hat der Gesetzgeber zuerkannt, dass es Methoden mit Potenzial gibt, die zwar noch nicht abschließend bewertet werden können, deren vorläufige Erbringung zulasten der GKV aber stattfinden soll, um den medizinischen Fortschritt nicht zu behindern (vgl. u. a. § 137c Abs. 1 Satz 2 SGB V zu Methoden mit Potenzial und § 137e SGB V zur Erprobungsregelung). Die Fristen- und Erprobungsregelungen verdeutlichen, dass neue Methoden der GKV schnell zur Verfügung stehen sollen und es angemessen sein kann, Verfahren probeweise in den Leistungskatalog aufzunehmen. Ein solches Vorgehen ist im Sinne aller GKV-Systembeteiligten, weil es das Gesundheitsrecht an den Bedürfnissen der Adressat\*innen ausrichtet. Entsprechende Neukodifizierungen sind auch für den Bereich der Präzisionsmedizin denkbar.

Zumal die seit Inkrafttreten des Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV, BGBl. 2019 I, 1202) in § 35a Abs. 3b SGB V vorgesehene Auflagenbefugnis des G-BA zur nachträglichen Verbesserung unreifer Daten bereits in diese Richtung geht (BT-Drs. 19/10681: 85 f.).

Mit der Präzisionsmedizin befinden wir uns am Beginn einer neuen Ära, bei der Mediziner\*innen künftig nicht mehr nur von Krankheiten, sondern auch von deren molekulargenauen Ursachen sprechen werden und in der Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge zielgerichtet vorgehen können. Es kündigt sich ein Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen an, aus dem sich in Teilen auch eine Weiterentwicklung des geltenden Bewertungssystems ergeben kann. Im Mittelpunkt dieses Bewertungssystems stehen die „Grundsätze der evidenzbasierten Medizin“. Dabei handelt

es sich weder um einen Rechtsbegriff, noch gibt es in der Wissenschaft einen Konsens darüber, welche Methodik daraus abzuleiten wäre. Dies hat zur Konsequenz, dass unterschiedliche wissenschaftliche Ansätze existieren und sich über die Methodik, wenn sie den Nutzen des medizinischen Fortschritts gar nicht oder nur noch unangemessen berücksichtigt, auch solche Wertentscheidungen transportieren lassen, die nicht im Sinne der Gesellschaft und der Patient\*innen ausfallen.

Anschaulich wird die Problematik beim „tumoragnostischen Behandlungsansatz“ – einer Arzneimitteltherapie im Bereich der Präzisionsonkologie. Behandelt wird mit einem Wirkstoff, der nicht für die Therapie einer speziellen Tumorart, sondern generell für Tumore mit einer spezifischen molekulargenetischen Veränderung zugelassen ist. Die klinischen Prüfungen beweisen hier die generelle Wirksamkeit gegen Tumore mit dieser spezifischen molekulargenetischen Besonderheit und nicht die Wirksamkeit des Arzneimittels gegen eine spezielle Tumorentität. Die übliche Bewertungsmethodik für Arzneimittel geht aber von einer Tumorentität aus, weil die Grundlage arzneimittelrechtlicher Zulassungen in der Regel von randomisierten kontrollierten Studien (sogenannten RCTs) belegt wird, mit denen die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit in einer bestimmten Indikation untersucht wird („indikationsbezogene Bewertung“). In der Präzisionsmedizin ist dies anders. Hier werden vor allem neue Studiendesigns wie die sogenannte Basket-Studie zugrunde gelegt, wenn die Durchführbarkeit von RCTs an ihre Grenzen stößt. Erforscht und geprüft wird dann nicht der Einfluss des Arzneimittels auf die Indikation, sondern dessen Wirksamkeit bezogen auf eine Mutation, die bei verschiedenen Indikationen auftreten kann („Mutationsbezug“). Das auf der Grundlage einer Basket-Studie zugelassene Arzneimittel kann somit bereits sachlogisch keine ausreichenden Nachweise für einzelne Tumorentitäten erbringen. Es scheitert an einem nicht passenden indikationsbezogenen Methoden- und Bewertungssystem.

Da es keine gesetzliche Pflicht zur Anpassung der Methodik gibt und die gerichtliche Kontrolldichte bei Methodikfragen an faktische Grenzen stößt, stellt sich die Frage nach der Normierung einer generellen gesetzlichen Weiterentwicklungs- und Anpassungspflicht für die GKV-Methodik und/oder die Regelung von Rahmenvorgaben zur Bestimmung des medizinischen Fortschritts über den Begriff der evidenzbasierten Medizin. Beides hätte den Vorteil, den Eigenantrieb der Selbstverwaltung für Methodenerneuerungen zu stärken und zumindest mit Blick auf die Umsetzung dieser

Anpassungspflicht auch Spielräume einer richterlichen Kontrolle zu eröffnen. Dabei wäre eine Anpassungsverpflichtung der Bewertungsmethodik jedenfalls dann wünschenswert, wenn man zu dem Ergebnis kommt, dass die bisherige Methodik die Therapie beziehungsweise das Behandlungsverfahren gar nicht (mehr) sachgerecht abbilden kann. Für die neuen Präzisionstherapien könnte dies zu einer Änderung der Methodik und einer breiteren Öffnung des GKV-Systems in diesem Bereich führen.

Unabhängig von einer kodifizierten Modernisierungspflicht könnten G-BA und IQWiG unter Einbeziehung der in ihren Rechten betroffenen Systembeteiligten die aktuelle Methodik weiterentwickeln und z. B. auch Qualitätsstandards für molekulargenetische Testungen vorgeben. Dies wäre im Sinne einer qualitätsorientierten Steuerung der Leistung, da in arzneimittelrechtlichen Zulassungen keine konkreten diagnostischen Verfahren vorgeschrieben, sondern nur die Notwendigkeit eines ordnungsgemäßen Nachweises gefordert wird. Es wäre im Interesse der GKV, den Qualitätsstandard näher zu regeln und in die Nutzenbewertung einzubeziehen. Im Fokus der Leistungserbringung lägen dann der patientenindividuelle Nutzen und die qualitätsorientierte Steuerung der Diagnose- und Therapieentscheidung.

- Einer innovationsoffenen GKV-Versorgung könnte auch durch eine Anpassung der Bewertungsmethodik Rechnung getragen werden. Bei den Bewertungsmethoden für Arzneimittel zur Präzisionstherapie wird die Berücksichtigung kleiner Patientenpopulationen und neuer Studiendesigns erforderlich.
- Für eine evidenz- und qualitätsorientierte Steuerung könnten Qualitätsspannen für sichere Testungen und Sequenzierungen vorgegeben werden, um falsch positive Diagnosen und wirkungslose Behandlungen auszuschließen.
- Zur Absicherung von Qualitätsstandards diagnostischer Methoden und der daraus gewonnenen Daten bedarf es Rahmenvorgaben, die den Erfolg der Therapie und die Interoperabilität der Daten (national und europäisch) ermöglichen.

### 2.4.3 Finanzierbarkeit in einem solidarischen System - erfolgsabhängige Erstattung

Obwohl die Präzisionsmedizin einen enormen Fortschritt für das Gesundheitssystem bedeutet, stellt sich auch unter diesen in der Regel hochpreisigen Therapien nicht für alle Patient\*innen der erhoffte klinische Vorteil der Behandlung ein. So sind heute z. B. im Bereich der Biomarker-basierten Präzisionsonkologie etwa fünf bis zehn Prozent aller Tumorpatient\*innen erfolgreich mit einer entsprechenden Therapie behandelbar. Ungefähr 25 Prozent der Patient\*innen weisen eine derzeit bekannte relevante Abweichung der Chromosomenstruktur auf, bei der in zirka 50 Prozent der Fälle eine geeignete Präzisionstherapie vorliegt, auf die etwa 50 Prozent der Patienten ansprechen (vgl. Blume 2018; DGHO 2019). Diese Tatsache ist zu berücksichtigen. Grundsätzlich sollte im Sinne einer solidarischen Steuerung und Finanzierung der Leistungen in der GKV kein Geld für unwirksame Behandlungen und unpräzise oder klinisch irrelevante Testungen und Analyseverfahren verwendet werden. Um dies zu gewährleisten, braucht es neben klar definierten Standards (s. o.) eine erfolgsabhängige Erstattung – z. B. in Form einer überarbeiteten Kosten-Nutzen-Analyse. Denkbar wäre auch die Einbeziehung von Pay-for-Performance-Modellen und die Operationalisierung ökonomischer Systemeffekte als Folge einer wirksamen Therapie. Auch Vorfinanzierungs- und Rückzahlungsmodelle können Gegenstand einer erfolgsabhängigen Erstattung sein. Wichtig ist, dass Erstattungsfragen nicht zu einem Rückgang innovativer Forschung führen.

- Zu klären ist, ob angemessene Vorgaben zur Preisbildung fehlen und ergänzt werden sollten.

### 2.4.4 Gesundheitsversorgung der Zukunft - Wo stehen wir bzgl. Datenverfügbarkeit & Interoperabilität?

Für eine breite Umsetzung der Präzisionsmedizin in der GKV und die Weiterentwicklung zu immer mehr individualisierten Therapien fehlen die Zugriffs- und Nutzungsmöglichkeiten bereits verfügbarer Daten, barrierefreie Zugänge, geeignete Schnittstellen und Austauschmöglichkeiten. Dabei besteht ein Interesse an der Verfügbarkeit großer medizinischer Datenmengen (Big Data) – z. B. in den Bereichen der klinischen Forschung, der Diagnostik, des medizinischen Alltags (digitale Krankenakten, Register, Genomik und pharmakogenomische Datenbanken etc.), weil sich das Wissen dieser Datenmengen mit Hilfe von Künstlicher Intelligenz analysieren und durch Machine-Learning-Algorithmen auch bei der individuellen Prävention, Diagnose und Behandlung von

Patient\*innen nutzen lässt. Die unterschiedliche Struktur und Qualität der Daten sind Hindernisse für die Wissensgewinnung zur Versorgung der Patient\*innen und die Forschung in diesem Bereich (fehlende Interoperabilität).

Mit dem Blickwinkel der patientenzentrierten Versorgung sollte auch der Datenschutz aus der Perspektive der Patient\*innen gedacht werden. Das heißt zweierlei: Zum einen, dass im Rahmen der Untersuchungen und Behandlungen ein ordentlicher, ausgewerteter und austauschfähiger Datensatz entsteht (Datenqualität). Und zum anderen, dass die Patient\*innen selbst darüber entscheiden, für was, wann, gegenüber wem und wie – d. h. in welchem Umfang – sie diese (ihre) Daten auch weiterhin zur Verfügung stellen. Das sollte nicht nur im Verhältnis zu den behandelnden Ärzt\*innen oder anderen Leistungserbringer\*innen des GKV-Systems, sondern auch in Bezug auf die Verwendung der Daten zu Forschungs- und Versorgungszwecken gelten. In bestimmten Bereichen käme eine Einwilligungsmöglichkeit zu allgemein formulierten Verwendungszwecken im Gesundheitsbereich in Form eines sogenannten „Broad Consent“ in Betracht sowie die Möglichkeit von konkreten „Datenspenden“, wie sie durch das Patienten-Datenschutz-Gesetz nunmehr auch im SGB V normiert wird.

Ein spezifischer präzisionsmedizinischer Datensatz könnte als Bestandteil eines patientenzentrierten Gesundheitsmanagements auf der elektronischen Patientenakte hinterlegt werden. Anwendungsfälle sind beispielsweise in der Onkologie denkbar, da gerade hier die Individualisierung der Medizin besonders weit fortgeschritten ist. Eine Möglichkeit dafür wäre der Ansatz der „DataBox“ (Kalle 2021), der die Vorstellung einer elektronischen Patientenakte umsetzt, in der auch Anwendungen zu Big-Data-Analysen und künstlicher Intelligenz, zur Implementierung von Follow-up-Dokumentationen, Datenspenden und die Möglichkeit zur vereinfachten Einholung von Zweitmeinungen angelegt sind. Das Konzept gewährt Patient\*innen einen vollständigen Überblick über ihre Vorgeschichte und den aktuellen Behandlungsstand. Es ermöglicht die Übermittlung der Daten an behandelnde Ärzt\*innen und die Ergänzung eigener Informationen, z. B. durch die Eingabe vom PROMS. Darüber hinaus können klinische Routinedaten vorgehalten, die Ergebnisse komplexer Analysen zentral veranlasst und der Zugriff beteiligter Kliniken und Forschungseinrichtungen von den Patient\*innen selbst bestimmt und kontrolliert werden. Primär gilt der Grundsatz der Patientensouveränität, was auch den Umgang mit persönlichen Gesundheitsdaten fördert. Die Patient\*innen

entscheiden, welche Daten gespeichert beziehungsweise wieder gelöscht werden und wer darauf Zugriff erhält. Mittel- und langfristig könnte in Deutschland und anderen Ländern eine der „DataBox“ entsprechende Health-Management-Software für Patient\*innen nicht nur in der Präzisionsonkologie, sondern in allen medizinischen Bereichen als interoperable Versorgungs- beziehungsweise Forschungsplattform genutzt werden. In einer solchen Entwicklung läge ein genereller Mehrwert für eine vernetzte, patientenzentrierte Versorgung im entstehenden Europäischen Gesundheitsdatenraum und, speziell in der Onkologie, auch mit Blick auf die Umsetzung des „Europe’s Beating Cancer Plan“ (Europäische Kommission 2021).

Unser heutiges Wissen über die Rolle der Genetik und über die geschlechtsspezifischen Besonderheiten bei Erkrankungen wird gemeinsam mit der Digitalisierung der Gesundheitsdaten und neuen hochspezialisierten Technologien bei der Testung, Analyse und Auswertung zu Verteilungs-, Anschluss- und Austauschfragen im nationalen, europäischen und internationalen Kontext führen. Es gilt daher die Interessen der Patient\*innen zu wahren, ohne den medizinischen Fortschritt als gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Wissenschaft und Forschung zu behindern. Umstritten ist dabei die Frage, inwiefern die Nutzung und der Zugang zu bereits existierenden medizinischen Datenmengen auch privaten Akteur\*innen im Gesundheitswesen zugänglich gemacht werden sollen. Durch das Bundesverfassungsgericht wurden im Rahmen einer Eilentscheidung bereits die Erfolgsaussichten einer möglichen Verfassungsbeschwerde für die Frage der Nutzung von Krankenversicherungsdaten für die medizinische Forschung und die Gesundheitsversorgung durch die Krankenkassen in pseudonymisierter oder anonymisierter Form offen gelassen – unter Hinweis auf „gewichtige Bedenken gegen die streitgegenständlichen Vorschriften“ (BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 19. März 2020 - 1 BvQ 1/20 -, Rn. 8). Von einer Weitergabe von Daten an Akteur\*innen, die im Rahmen ihrer Geschäftsmodelle neue Produkte für den Gesundheitsmarkt entwickeln, ist hier folglich noch gar nicht die Rede. Nun lässt sich einerseits für eine Weitergabe ins Feld führen, dass diese wiederum einer Weiterentwicklung

und Verbesserung der Gesundheitsversorgung zugutekommen kann, wenn ihre Nutzung ausschließlich oder primär Forschungszwecken dient und/oder Geldern, die für die Nutzung dieser Daten entrichtet würden, mit einer entsprechenden gesetzlichen Regelung wieder der Sozialversicherung zufließen und mit Blick auf demographische Entwicklungen die Funktionsfähigkeit dieser Sozialversicherung unterstützen würden. Andererseits stehen der Weitergabe dieser z. T. auch hochsensiblen Daten die Gefahren gegenüber, die sich – wenn die Daten einmal weitergegeben sind – nur noch bedingt regulieren lassen. Fordert man eine konsequente Anonymisierung oder zumindest Pseudonymisierung stellt sich die Frage, wie man effektiv sicherstellen kann, dass eine Re-Identifizierung tatsächlich nicht erfolgen oder festlegen werden kann – soweit dies im Einzelfall im Sinne der Patient\*innen erforderlich wird –, unter welchen konkreten Bedingungen sie doch möglich sein soll. Gerade bei Patient\*innen mit seltenen Erkrankung wird es schwierig werden, die Möglichkeit der Re-Identifizierung gänzlich auszuschließen. Darüber hinaus ist offen, welche Gefahren sich durch die Kombination dieser Datensätze mit anderen Informationen ergeben können. Gleichzeitig liegt gerade darin aber auch einer der größten Mehrwerte. Hier wird man sehr sorgsam berechnete Wünsche und Interessen medizinischer Forschung mit den Interessen der Betroffenen abwägen müssen. Wie viele Informationen sollten auch mit Blick auf die Solidargemeinschaft preisgegeben werden, um medizinischen Fortschritt zu ermöglichen? Und welche Räume an Privatheit und Datenhoheit sind demgegenüber sakrosankt? Diese Fragen eignen sich eher dafür, im demokratischen Prozess ausgehandelt zu werden als in finalen Einzel- und Letztentscheidungsverfahren – zumal in regelmäßig wiederkehrenden Debatten die aktuellen Entwicklungen aufgegriffen werden können. Es geht auch darum, im Zuge transparenter Diskussionen eine gesellschaftliche Akzeptanz zu erreichen.

- Für den Einsatz künstlicher Intelligenz in der Präzisionsmedizin wären Rahmenvorgaben sinnvoll, um die notwendige Datenqualität für KI-Analysen zu gewährleisten.

## 3 Konsequenzen der Digitalisierung für die einer gesetzlichen Krankenversicherung zugrundeliegenden Werte

- Die erfolgreiche Verbindung von Leistungs- und Sektorenbereichen benötigt über die Sektorengrenzen und nationale Grenzen hinaus einheitliche Regelungen zur patientenzentrierten, individuellen Versorgung und standardisierte Daten für die hürdenfreie Steuerung abgestimmter Behandlungen.
- Denkbar wäre die Erhebung und Übermittlung eines die Behandlung unterstützenden präzisionsmedizinischen Datensatzes der Patient\*innen in der elektronischen Patientenakte (z. B. in der Onkologie) – natürlich mit entsprechendem Einverständnis. Wenn ein Genom einmal sequenziert wurde, muss das kein zweites Mal erfolgen. Die Daten könnten, wenn Patient\*innen dem zustimmen, auch für die Forschung genutzt werden.
- Die Frage, wie viele Informationen in einer Solidargemeinschaft preisgegeben werden sollten, um medizinischen Fortschritt zu ermöglichen, kann nur bedingt einseitig für diese Solidargemeinschaft getroffen werden. Hier bedarf es einer Aushandlung im demokratischen Willensbildungsprozess und intensiver öffentlicher Debatten, in denen die Öffentlichkeit transparent die Möglichkeit erhält, sich mit dem Für und Wider einer Datennutzung zu Forschungszwecken auseinanderzusetzen.

Prozesse der Digitalisierung verändern viele Bereiche des Gesundheitswesens grundlegend. Neue oder veränderte Formen der Leistungserbringung und neue Formen der Kommunikation und Vernetzung der Leistungsempfänger\*innen und Leistungserbringer\*innen (zwischen und untereinander) werfen eine Vielzahl von Regulierungsfragen auf. Hier wird vieles im Detail zu regeln sein. Doch gerade aus diesem Grund ist es sinnvoll, einige grundlegende Wertentscheidungen vorab zu klären, um z. B. gesetzliche Neuregelungen im Lichte dieser Wertentscheidungen bewerten zu können. Mit Blick auf Potenzial sowie Gefahren der Digitalisierung für die Gesundheitsversorgung stellt sich die Frage, ob sich aus beidem besondere Konsequenzen für diese Wertentscheidungen ergeben. Folgende Punkte scheinen in dieser Hinsicht zentral.

### 3.1 Im Mittelpunkt stehen die Menschen

Fluchtpunkt der Digitalisierung im Gesundheitswesen müssen stets die Menschen sein, um deren Gesundheit es geht. It's all about the people. Was technisch möglich ist, mag nicht notwendigerweise für die jeweils Betroffenen die bestmögliche Form der Versorgung sein. Besonders unter Berücksichtigung der oben angesprochenen Ungleichheitsdimensionen ist hier eine differenzierte Betrachtungsweise geboten. So können beispielsweise virtuelle Sprechstunden zu einer rascheren und breiteren Versorgung in der Peripherie beitragen. Sollte dies jedoch für die Menschen, die außerhalb der Ballungsräume leben, die primäre Versorgungsform werden, würde dies einen deutlichen Qualitätsabfall darstellen.

Im Kontext des Solidarsystems „Gesetzliche Krankenversicherung“ sind jedoch nicht nur die individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Die kollektiven Belange der Gruppe der GKV-Mitglieder dürfen ebenfalls nicht unbeachtet bleiben. So kann es etwa für die Weiterentwicklung der Versorgung aus Gründen der Solidarität geboten sein, bestimmte Gesundheitsdaten anonymisiert beziehungsweise pseudonymisiert zur Verfügung zu stellen. Dieses Ziel ist folglich mit dem gewichtigen Belang der Datenhoheit abzuwägen und in einen gerechten Einklang zu bringen.

### 3.2 Datensouveränität bewahren

Patient\*innen müssen in ihren Bedürfnissen weiterhin als solche wahrgenommen und anerkannt werden. Sie dürfen im Zuge der Digitalisierung nicht zu Datensätzen verkommen. Zudem ist die Gefahr groß, dass sie sowohl hinsichtlich des Umfangs (welche Daten werden erfasst und verarbeitet) als auch hinsichtlich der Akteur\*innen, die Zugang zu diesen Daten haben, den Überblick verlieren. In dieser Hinsicht ist es besonders wichtig, Barrierefreiheit durch die Verwendung gut verständlicher Sprache sicherzustellen und Transparenz mit Blick auf die Verarbeitungsberechtigten zu gewährleisten. Die Ausübung der Datensouveränität darf nicht von der kognitiven Befähigung abhängen, komplexe Datenschutzerklärungen erfassen zu können. Zudem geht es darum, den Umgang mit den eigenen Gesundheitsdaten durch Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung generell zu stärken: „health literacy“ als Aufgabe der GKV.

Besonders in Fällen, in denen Patient\*innen beispielsweise eine neutrale Zweitmeinung einholen wollen oder bestimmte Diagnosen nicht mit Ärzt\*innen oder anderen Leistungserbringer\*innen teilen wollen, weil diese Leistungen in einem anderen Bereich erbringen, ist es essenziell, entsprechend geschützte Daten-Räume zu schaffen. Patient\*innen müssen weiterhin die Freiheit haben, zu entscheiden, wie „gläsern“ sie sich machen wollen. Häufig werden in diesem Kontext Konstellationen angeführt, in denen jemand z. B. Informationen über eine psychotherapeutische Behandlung nicht mit Ärzt\*innen anderer Fachrichtungen teilen möchte, wenn dies nicht in einem spezifischen Krankheitszusammenhang (wie etwa in der Schmerztherapie) geboten erscheint. Trotz verschiedener öffentlicher Debatten ist das Diskriminierungspotenzial psychischer Erkrankungen weiterhin hoch. In besonders sensiblen Bereichen ist es daher umso wichtiger, ein gestuftes Daten-Management zu ermöglichen.

Im wachsenden Wirtschaftssektor Gesundheitswesen besteht eine Vielzahl von Begehrlichkeiten unterschiedlicher Akteur\*innen, die Gesundheitsdaten nutzen wollen. Dabei kann die Verfolgung ökonomischer Interessen durchaus auch zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung führen. Auch dies gilt es zu berücksichtigen. Gleichzeitig besteht die Gefahr einer Zunahme eingangs angesprochener Vulnerabilitäten. Dazu bedarf es einer nachhaltigen öffentlichen Debatte, die sich differenziert mit den Vorteilen, aber auch den Risiken z. B. einer Datenweitergabe zu Forschungszwecken auseinandersetzt. Die abstrakte Beschäftigung mit diesen Fragen bringt

zudem den Vorteil mit sich, dass Patient\*innen diese Entscheidungen nicht in Situationen treffen müssen, in denen es um Forschung zu ihrer eigenen aktuell bestehenden Erkrankung geht.

### 3.3 Gleiche Teilhabe und Nichtdiskriminierung

Diskriminierung macht auch vor dem Gesundheitswesen nicht halt (siehe dazu §§ 2 Abs. 3 Satz 2, 2a und 2b SGB V). Diese Erkenntnis mag einerseits banal klingen. Andererseits betrifft diskriminierendes Verhalten hier einen besonders sensiblen Bereich, etwa wenn Patient\*innen in ihrer Krankheitswahrnehmung aufgrund ihres Geschlechts, ihrer Hautfarbe, ihrer Behinderung, ihrer Herkunft oder ihres sozioökonomischen Status (oder einer Kombination dieser Merkmale) nicht ernst genommen werden, sie deswegen keinen oder lediglich einen zeitverzögerten Zugang zu Gesundheits(dienst)leistungen erhalten oder wenn ihnen Ärzt\*innen oder Pflegepersonal eine schlechtere Behandlung zukommen lassen (vgl. Dernbach 2020; Gerlach et al. 2008).

Darüber hinaus ist besonders im Hinblick auf die Erweiterung der medizinischen Forschung stets im Auge zu behalten, dass sich auch die Determinanten von Diskriminierung wandeln können, wie etwa das Forschungsfeld der genetischen Diskriminierung zeigt, d. h. der Ungleichbehandlung von Menschen aufgrund vermuteter oder tatsächlich vorhandener genetischer Merkmale. Einerseits können Methoden der Präzisionsmedizin maßgeschneiderte Behandlungskonzepte mit sich bringen. Andererseits können sie neue Diskriminierungsdimensionen eröffnen. Ein Nichtdiskriminierungsansatz muss dementsprechend adaptionsfähig sein, um auf den Wandel der Diskriminierungsgründe als Folge der gesellschaftlichen Entwicklungen reagieren zu können.

Diskriminierende gesellschaftliche Praktiken lassen sich nicht einfach durch Schaffung von Antidiskriminierungsnormen eliminieren, zumal vermutlich niemand vor impliziten Stereotypen gewappnet ist. Wie in anderen Lebensbereichen auch, muss dieses Thema im Gesundheitswesen an vielen verschiedenen Stellen adressiert werden. Dies kann in Gestalt einer Sensibilisierung für (intersektionelle) Diskriminierung innerhalb des Medizinstudiums oder für Gesundheits- und Pflegeberufe in der Ausbildung geschehen, in der Berücksichtigung dieser Aspekte im Qualitätsmanagement der Leistungserbringer\*innen, in der Zusammenarbeit mit den jeweiligen Monitoringstellen des Bundes und der Länder sowie im

Rahmen von begleitenden interdisziplinären Forschungsprojekten. Um das Auseinanderfallen zwischen Rechtslage und Rechtswirklichkeit gezielt zu adressieren, scheint eine Institutionalisierung des Dialogs mit den Antidiskriminierungsstellen des Bundes und der Länder sinnvoll.

### 3.4 AAAQ-Ansatz

Aus dem internationalen Menschenrechtsschutz wurde bereits der AAAQ-Ansatz eingeführt. Er steht für die Begriffe „availability“ (Verfügbarkeit), „accessibility“ (Zugänglichkeit), „acceptability“ (Akzeptanz) und „quality“ (Qualität). Digitalisierte Gesundheitsversorgung muss nicht nur generell für alle verfügbar sein, sondern auch konkret zugänglich (z. B. durch Ausgabe der Breitbandversorgung oder durch Sicherstellung der technischen Ausrüstung) sein. Die jeweiligen Gesundheitsleistungen müssen auf individuelle Akzeptanz ausgerichtet sein und in ihrer Qualität allenfalls im Ausnahmefall hinter einer nicht-digitalen Versorgung liegen. Darüber hinaus spielt besonders hinsichtlich des Datenschutzes der Begriff der „accountability“ (Verantwortlichkeit) eine zentrale Rolle. Darauf geht auch der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme zu „Big Data und Gesundheit“ (2017: 239 ff.) ein; im Patientendaten-Schutz-Gesetz wird dieser Aspekt ebenso aufgegriffen (siehe die Ausführungen zur Zielsetzung in BT Drs. 19 / 18793: 2 f.). Besonders im Umgang mit so sensiblen Daten, wie es Gesundheitsdaten sind, kommt allen datenverarbeitenden Akteur\*innen eine besondere Verpflichtung zu sorgsamem Vorgehen zu.

Mit der Einwilligung zur Datenverarbeitung erhalten diese keinen Freibrief zur grenzenlosen Verwendung. Staatliche Aufsicht und Überwachung durch Datenschutzbeauftragte werden umso unerlässlicher, je komplexer die Datenströme verlaufen.

### 3.5 Transparenz und öffentlicher Dialog

Vermutlich sehen sich nicht wenige Patient\*innen beziehungsweise Nutzer\*innen bei digitalen Versorgungsformen oder bei Fragen der Primär- und Sekundärnutzung ihrer Daten zu Zwecken einer medizinischen Forschung, die sich an einer Verbesserung der Versorgung orientiert, mit komplexen, teilweise volatilen Sachverhalten konfrontiert. Sie stehen dabei einer Vielzahl von Unsicherheiten, Unwägbarkeiten oder Verständnisschwierigkeiten gegenüber – sowohl, was die Vorteile, aber auch, was die Risiken betrifft. Die Akzeptanz politischer Entscheidungen hängt in diesen Fragen auch – und wahrscheinlich nicht in geringem Maße – damit zusammen, inwieweit sich die Menschen in diesen Wahrnehmungen ernst genommen fühlen und wie sehr es

die Handelnden im Gesundheitswesen schaffen, diese Menschen am Entscheidungsprozess teilhaben zu lassen – sei es beispielsweise durch eine transparente Offenlegung der jeweiligen Beweggründe, die Betroffenenbelange angemessen berücksichtigen, oder durch Einbindung in diesen Entscheidungsfindungsprozess im Rahmen breiter öffentlicher Debatten. Die Auseinandersetzungen um die elektronische Gesundheitskarte, die elektronische Patientenakte oder die Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten verdeutlichen vor allem ein weiterhin bestehendes Misstrauen vieler Menschen gegenüber einer Digitalisierung der Gesundheitsversorgung. Diese Skepsis kann und muss – sozusagen als vertrauensbildende Maßnahme – durch eine Stärkung digitaler Gesundheitskompetenzen adressiert werden und durch klar verständliche Vorgaben dafür, was im Umgang mit Gesundheitsdaten national und europäisch erlaubt sein soll. Es gilt einen ausgewogenen Weg zwischen staatlichen Regularien und wirtschaftlichen Marktopportunitäten zu finden, der den sensiblen Umgang mit Daten schützt, ohne die Weiterentwicklung von Forschung und Versorgung zu behindern. Daher müssen wir uns in Deutschland fragen: Welche Werte wollen wir national und als Mitgliedsstaat der Europäischen Union im Umgang mit sensiblen Gesundheitsdaten leben – gesamtgesellschaftlich und aus Wettbewerbssicht im Kontext eines besonderen Marktes?

## 4 Gesundheit bleibt letztlich immer „analog“

In einer immer digitaler werdenden Welt wird es besonders wichtig sein, dass die Menschen als Menschen gesehen und wahrgenommen werden. Körper und Geist unserer eingangs erwähnten „digitalen Patientin von morgen“ lassen sich nicht digitalisieren (zumindest nicht in letzter Konsequenz). Von jeher und damit bereits vor der Digitalisierung und der damit verbundenen Transformation des Gesundheitswesens bestand die Gefahr, dass Patient\*innen in einem System untergehen, das primär ihr Kranksein verwaltet, ohne sie als Mensch zu sehen. Es mag eine der Lehren aus der COVID-19-Pandemie sein, dass wir unser Miteinander durch digitale Austauschformen ergänzen oder zumindest temporär ersetzen können. Eine Therapiesitzung virtuell durchführen zu können, ist besser, als sie ausfallen lassen zu müssen. Gleichzeitig gibt es Aspekte unseres Austausches als soziale Wesen, die für unsere Gesundheit von wesentlicher Bedeutung sind und die im digitalen Kontakt verloren gehen und daher auch nicht dauerhaft ersetzt werden können. Eine gute digitale Versorgung ermöglicht folglich bessere Qualität durch maßgeschneiderte Präventions- oder Behandlungs- und Nachsorgeformen, die breiter zugänglich sind. Sie hat dennoch stets im Blick, dass sich Wohlbefinden nur „analog“, d. h. körperlich, geistig und / oder seelisch, einstellen kann.

### Literatur:

Blume, Personalisierte Krebsmedizin: Therapie nach Maß, in: MEDICA Magazin 2018, abrufbar unter [https://www.medica.de/de/News/Thema\\_des\\_Monats/%C3%84ltre\\_Themen\\_des\\_Monats/Themen\\_des\\_Monats\\_2018/Personalisierte\\_Medizin/Personalisierte\\_Krebsmedizin\\_Therapie\\_nach\\_Ma%C3%9F](https://www.medica.de/de/News/Thema_des_Monats/%C3%84ltre_Themen_des_Monats/Themen_des_Monats_2018/Personalisierte_Medizin/Personalisierte_Krebsmedizin_Therapie_nach_Ma%C3%9F).

Bundesärztekammer, Präzisionsmedizin: Bewertung unter medizinisch-wissenschaftlichen und ökonomischen Aspekten, in: Deutsches Ärzteblatt 2020: A 1-A 11, [https://doi.org/10.3238/baek\\_sn\\_praezision\\_2020](https://doi.org/10.3238/baek_sn_praezision_2020).

Bundesministerium für Gesundheit, 2020: Glossar, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health.html>.

Committee on Economic, Social and Cultural Rights, CESCR, General Comment No. 14, UN Doc. E/C.12/2000/4, abrufbar unter <https://www.ohchr.org/en/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx>.

Dernbach, Vom Arzt nicht behandelt, weil die Mütter lesbisch sind, in: Tagesspiegel online vom 9.6.2020, abrufbar unter <https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/queerspiegel/diskriminiert-im-gesundheitswesen-vom-arzt-nicht-behandelt-weil-die-muetter-lesbisch-sind/25899576.html>.

Deutscher Ethikrat, Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung, Berlin 2017, abrufbar unter <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-big-data-und-gesundheit.pdf>.

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (DGHO), Pressekonferenz vom 15.01.2019 zum Thema: Qualitätsgesicherte Molekulardiagnostik in der Onkologie – zielgerichtet und integriert, abrufbar unter [dgho.de/aktuelles/presse/pressemeldungen/qualitaets-gesicherte-molekulardiagnostik-in-der-onkologie-zielgerichtet-integriert](https://www.dgho.de/aktuelles/presse/pressemeldungen/qualitaets-gesicherte-molekulardiagnostik-in-der-onkologie-zielgerichtet-integriert).

Esser / Krischok, Patientenzentrierung durch Partnering mit Patienten, in: Pharma Relations 2019 (8): 10 – 12, abrufbar unter <https://www.copatient.de/patientenzentrierung-durch-partnering-mit-patienten>.

European Commission, Europe's Beating Cancer Plan, COM (2021) 44 final, abrufbar unter [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/non\\_communicable\\_diseases/docs/eu\\_cancer-plan\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/non_communicable_diseases/docs/eu_cancer-plan_en.pdf).

European Data Protection Board, Leitlinien 3/2020 für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten für wissenschaftliche Forschungszwecke im Zusammenhang mit COVID-19, abrufbar unter [https://edpb.europa.eu/sites/default/files/files/file1/edpb\\_guidelines\\_202003\\_healthdatascientificresearchcovid19\\_de.pdf](https://edpb.europa.eu/sites/default/files/files/file1/edpb_guidelines_202003_healthdatascientificresearchcovid19_de.pdf).

Gerlach et al., Diskriminierung von Schwarzen aufgrund ihrer Hautfarbe? Ergebnisse von Focusgruppendifkussionen mit Betroffenen im deutschen Gesundheitswesen, in: Gesundheitswesen 2008: 47-53.

Heberlein, Art. 5 DS-GVO, in: Ehmann, E. / Selmayr, M. (Hrsg.) DS-GVO, Kommentar, 2. Aufl., München 2018, Rn. 1 – 77.

- Herbst, Art. 5 DS-GVO, in: Kühling, J. / Buchner, B. (Hrsg.), DS-GVO – BDSG, Kommentar, 3. Aufl., München 2020, Rn. 1–83.
- Kalle, Klinisch Translationale Wissenschaften – The Data Box Project, Berlin Institute of Health 2021, abrufbar unter <https://www.bihealth.org/de/forschung/arbeitsgruppen/christof-von-kalle/>.
- Kingreen / Kühling (Hrsg.), Gesundheitsdatenschutzrecht, Baden-Baden 2015.
- Kircher, Der Schutz personenbezogener Gesundheitsdaten im Gesundheitswesen, Baden-Baden 2016.
- Kühling, Datenschutz im Gesundheitswesen, in: MedR 2019 (37): 611–622.
- Makri, Bridging the digital divide in health care, in: The Lancet 2019 (5), [https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(19\)30111-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(19)30111-6/fulltext).
- Meier et al., ‚Healthy sick‘ oder: Wie genetisches Risiko den Krankheitsbegriff des GKV-Systems aushebelt, in: Das Gesundheitswesen 79 (2017): 594–598.
- Müller et al., Digital Divide – Soziale Unterschiede in der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote, in: Bundesgesundheitsblatt 2020 (63), S. 185–191, <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03081-y>.
- Nutbeam et al., Health Literacy in Context, in: Nutbeam / Levin-Zamir / Rowlands (Hrsg.), Health Literacy in Context – Settings, Media, and Populations, Basel 2019.
- Pravettoni / Triberti, A “P5” Approach to Healthcare and Health Technology, in: dies. (Hrsg.), P5 eHealth: An Agenda for the Health Technologies of the Future, Cham 2020: 3–17.
- Raspe, Personalisierte Medizin – Ende der Solidarität, in: Deutscher Ethikrat, Personalisierte Medizin – der Patient als Nutznießer oder Opfer?, Vorträge der Jahrestagung des Deutschen Ethikrats 2012, Berlin 2012: 59–70.
- Schiedermaier, Einleitung, in: Simitis / Hornung / Spiecker (Hrsg.), Datenschutzrecht, 1. Aufl., Baden-Baden 2019, Rn. 161–183.
- Sen, Inequality Reexamined, New York 1992.
- Verband der forschenden Pharmaunternehmen in Deutschland, In Deutschland zugelassene Arzneimittel für die Personalisierte Medizin, Stand: 22.02.2021, Liste abrufbar unter <https://www.vfa.de/personalisiert>.
- Woopen, Vorwort, in: Deutscher Ethikrat, Personalisierte Medizin – der Patient als Nutznießer oder Opfer?, Vorträge der Jahrestagung des Deutschen Ethikrats 2012, Berlin 2012: 7–10.

## Weiterführende Literatur

Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH (Hrsg.), Community Health Nursing in Deutschland – Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum, Berlin 2018.

Albrecht/Bleß/Höer/Loos/Schiffhorst/Scholz, Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung, Düsseldorf 2010.

Amelung, Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 5. Auflage, Wiesbaden 2012.

Bandelow/Eckert/Rüsenberg (Hrsg.), Gesundheit 2030 – Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft, Wiesbaden 2009.

Bayertz (Hrsg.), Solidarität - Begriff und Problem, Frankfurt/Main 2002.

Belliger/Krieger (Hrsg.), Gesundheit 2.0, Bielefeld 2014.

Binder, Die Wirkung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf innovative Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen, Wiesbaden 2015.

Bleker/Hesse (Hrsg.), Die Charité – Geschichte(n) eines Krankenhauses, Berlin 2010.

Blum/Andreas, Sanierungsfall Krankenhaus, Düsseldorf 2015.

Blume, Personalisierte Krebsmedizin: Therapie nach Maß, in: MEDICA Magazin 2018, abrufbar unter [https://www.medica.de/de/News/Thema\\_des\\_Monats/%C3%84ltre\\_Themen\\_des\\_Monats/Themen\\_des\\_Monats\\_2018/Personalisierte\\_Medizin/Personalisierte\\_Krebsmedizin\\_Therapie\\_nach\\_Ma%C3%9F](https://www.medica.de/de/News/Thema_des_Monats/%C3%84ltre_Themen_des_Monats/Themen_des_Monats_2018/Personalisierte_Medizin/Personalisierte_Krebsmedizin_Therapie_nach_Ma%C3%9F).

Böcken/Janus/Schwenk/Zweifel (Hrsg.), Neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen – Gestaltungsoptionen und Versichertenpräferenzen im internationalen Vergleich, Gütersloh 2007.

Böhm, Veränderungen im Alltag einer Versorgungsklinik in 15 Jahren DRG – 40 Jahre Erfahrungen in der Kinderheilkunde. Anja Dieterich, Bernard Braun et al. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden 2019 VS: 107 – 126.

Böttlinger/zu Putlitz (Hrsg.), Die Zukunft der Medizin – Disruptive Innovationen revolutionieren Medizin und Gesundheit, Berlin 2019.

Bock/Focke/Busse, Ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre ärztliche Leistungen – Notwendigkeit und Entwicklung. Gesundheits- und Sozialpolitik Heft 6/2017: 9 – 15.

Brandhorst/Hildebrandt/Luthe (Hrsg.), Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden 2017.

Braun/Güssow/Schumann/Heßbrügge (Hrsg.), Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen – Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung, Köln 2009.

Braun/Klenk/Kluth/Nullmeier/Welti, Modernisierung der Sozialversicherungswahlen, Baden-Baden 2008.

Busse/Schreyögg/Stargardt (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen, 4. Auflage, Berlin Heidelberg 2017.

Bundesärztekammer, Präzisionsmedizin: Bewertung unter medizinisch-wissenschaftlichen und ökonomischen Aspekten, in: Deutsches Ärzteblatt 2020: A 1-A 11, [https://doi.org/10.3238/baek\\_sn\\_praezision\\_2020](https://doi.org/10.3238/baek_sn_praezision_2020).

Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“. 2020. Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“. 04.03.2020.

Bundesministerium für Gesundheit, 2020: Glossar, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health.html>.

Bundesministerium für Gesundheit, KOMV (Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung, Berlin 2019.

Burgi, Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 2013.

Burgi/Igl, Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland, Baden-Baden 2021.

Cassel/Jacobs/Vauth/Zerth (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg 2014.

Cassel/Ebsen/Greß/Jacobs/Schulze/Wasem, Vertragswettbewerb in der GKV – Möglichkeit und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition, Bonn 2008.

Committee on Economic, Social and Cultural Rights, CESCR, General Comment No. 14, UN Doc. E/C.12/2000/4, abrufbar unter <https://www.ohchr.org/en/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx>.

Deutscher Bundestag. 2016. Drucksache 18/9400. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. 19.08.2016.

Deutscher Bundestag. 2020. Drucksache 19/21881. Gesundheitsregionen – Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung. 26: s.n., 2020.

Demmler / Unterhuber, Feigenblatt Selbstverwaltung, Welt der Krankenversicherung 2013: 302–304.

Dernbach, Vom Arzt nicht behandelt, weil die Mütter lesbisch sind, in: Tagesspiegel online vom 9.6.2020, abrufbar unter <https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/queerspiegel/diskriminiert-im-gesundheitswesen-vom-arzt-nicht-behandelt-weil-die-muetter-lesbisch-sind/25899576.html>.

Deutscher Ethikrat, Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung, Berlin 2017, abrufbar unter <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-big-data-und-gesundheit.pdf>.

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (DGHO), Pressekonferenz vom 15.01.2019 zum Thema: Qualitätsgesicherte Molekulardiagnostik in der Onkologie – zielgerichtet und integriert, abrufbar unter <https://www.dgho.de/aktuelles/presse/pressearchiv/2019/qualitaetsgesicherte-molekulardiagnostik-in-der-onkologie-zielgerichtet-integriert>.

Ebert, Soziale Gerechtigkeit – Ideen, Geschichte, Kontroversen, Bonn 2010.

Ebsen (Hrsg.), Handbuch Gesundheitsrecht, Bern 2015.

Esser / Krischok, Patientenzentrierung durch Partnering mit Patienten, in: Pharma Relations 2019 (8): 10–12, abrufbar unter <https://www.copatient.de/patientenzentrierung-durch-partnering-mit-patienten>.

European Commission, Europe's Beating Cancer Plan, COM (2021) 44 final, abrufbar unter [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/non\\_communicable\\_diseases/docs/eu\\_cancer-plan\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/non_communicable_diseases/docs/eu_cancer-plan_en.pdf).

European Data Protection Board, Leitlinien 3 / 2020 für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten für wissenschaftliche Forschungszwecke im Zusammenhang mit COVID-19, abrufbar unter [https://edpb.europa.eu/sites/default/files/files/file1/edpb\\_guidelines\\_202003\\_healthdatascientificresearchcovid19\\_de.pdf](https://edpb.europa.eu/sites/default/files/files/file1/edpb_guidelines_202003_healthdatascientificresearchcovid19_de.pdf).

Gerlach / Becker / Fuchs / Wollny / Abholz, Diskriminierung von Schwarzen aufgrund ihrer Hautfarbe? Ergebnisse von Focusgruppendifkussionen mit Betroffenen im deutschen Gesundheitswesen, in: Gesundheitswesen 2008: 47–53.

Härter / Loh / Spies (Hrsg.), Gemeinsam entscheiden – Erfolgreich behandeln – Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen, Köln 2005.

Heberlein, Art. 5 DS-GVO, in: Ehmann, E. / Selmayr, M. (Hrsg.) DS-GVO, Kommentar, 2. Aufl., München 2018, Rn. 1–77.

Herbst, Art. 5 DS-GVO, in: Kühling, J./Buchner, B. (Hrsg.), DS-GVO – BDSG, Kommentar, 3. Aufl., München 2020, Rn. 1–83.

Hofmann/Spiecker/Wallrabenstein (Hrsg.), Mehrwert der Selbstverwaltung, Berlin 2020.  
Holzgreve/von Cossel (Hrsg.), Geschichte der Berliner Krankenhäuser, Berlin 2018.

Igl, Das Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung: Ein weiterer Schritt in Richtung auf die Modernisierung der Heilberufausbildung. *Medizinrecht (MedR)*. 2020: 342–348.

Igl/Satrapa-Schill, Die Gesundheitsberufe gestalten und fortentwickeln. *Pro Alter*. März/April 2015, S. 54–57.

International Council of Nursing, Guidelines on Advanced Practice Nursing, Geneva 2020.

Jacobs/Schulze (Hrsg.), Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – Neue Konzepte für Stadt und Land, Berlin 2011.

Kalle, Klinisch Translationale Wissenschaften – The Data Box Project, Berlin Institute of Health 2021, abrufbar unter  
<https://www.bihealth.org/de/forschung/arbeitsgruppen/christof-von-kalle/>.

Kingreen/Kühling (Hrsg.), Gesundheitsdatenschutzrecht, Baden-Baden 2015.  
Kircher, Der Schutz personenbezogener Gesundheitsdaten im Gesundheitswesen, Baden-Baden 2016.

Klein/Weller (Hrsg.), Masterplan Gesundheit 2020, Baden-Baden 2012.

Klose/Uhlmann, Fehlallokationen in der vertragsärztlichen Versorgung – Abbau und Vermeidung von Überversorgung, in: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 3/2006: 7–17.

Knieps, Neue Versorgungsformen: Sachstand nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Heft 6/2015: 7–15.

Knieps/Reiners, Gesundheitsreformen in Deutschland – Geschichte, Intentionen, Kontroversen, Bern 2015.

Knieps (2010), *Innovationsmotor Ost*, *Gesundheit und Gesellschaft*, Heft 9/2010: 20–26.

Knieps/Amelung, Medizinische Versorgungszentren – Eine innovative und attraktive Antwort auf die Herausforderungen an die ambulante Versorgung, in: *Gesundheit und Sozialpolitik*, Heft 5/2010, 17–21.

Knieps/Müller, Neue Versorgungsformen, in: Schnapp/Wigge, *Handbuch des Vertragsarztrechts – Das gesamte Kassenarztrecht*, 3. Auflage, München 2016.

Knieps, Zur Rolle von Staat und Selbstverwaltung – Staatliche Institutionen zwischen Daseinsvorsorge, Systemsteuerung und Aufsicht, in: Jacobs/Schulze (Hrsg.), Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System, Berlin 2013: 225 – 240.

Kopp, Zwischen Patientenwohl und Gewinnstreben – Die Interessen der Akteure des Gesundheitswesens und ihre Auswirkungen auf die Einführung integrierter Versorgungsprogramme Bonn 2011.

Kühling, Datenschutz im Gesundheitswesen, in: MedR 2019 (37): 611 – 622.

Leber/Wasem, Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. Jürgen Klauber, Max Geraedts et al. (Hrsg.): Krankenhausreport 2016, Stuttgart 2016: Schattauer: 3 – 28.

Luhmann, Legitimation durch Verfahren, Frankfurt/Main 1983.

Maio, Geschäftsmodell Gesundheit, Berlin 2014.

Makri, Bridging the digital divide in health care, in: The Lancet 2019 (5), [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30111-6](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30111-6).

Meier/Ried/Braun/Dabrock, ‚Healthy sick‘ oder: Wie genetisches Risiko den Krankheitsbegriff des GKV-Systems aushebelt, in: Das Gesundheitswesen 79 (2017): 594 – 598.

Mielck, Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Einführung in die aktuelle Diskussion, 5. Auflage, Bern 2005.

Müller/Wachtler/Lampert, Digital Divide – Soziale Unterschiede in der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote, in: Bundesgesundheitsblatt 2020 (63), S. 185 – 191, <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03081-y>.

Nutbeam/Levin-Zamir/Rowlands, Health Literacy in Context, in: Nutbeam/Levin-Zamir/Rowlands (Hrsg.), Health Literacy in Context – Settings, Media, and Populations, Basel 2019.

OECD 2019: Health at a Glance. abrufbar unter [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en).

Paquet, Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge – Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive, Bonn 2011.

Pfaff/Neugebauer/Schrappé/Glaeske (Hrsg.), Lehrbuch Versorgungsforschung – Systematik, Methodik, Anwendung, 2. Auflage, Stuttgart 2017.

Piwernetz/Neugebauer, Strategiewechsel jetzt! – Corona-Pandemie als Chance für die Neuausrichtung unseres Gesundheitswesens, Berlin 2021.

Prainsack/Buyx, Das Solidaritätsprinzip, Frankfurt/Main 2016.

Pravettoni/Triberti, A "P5" Approach to Healthcare and Health Technology, in: dies. (Hrsg.), P5 eHealth: An Agenda for the Health Technologies of the Future, Cham 2020: 3 – 17.

Pundt (Hrsg.), Professionalisierung im Gesundheitswesen – Positionen, Potenziale, Perspektiven, Bern 2006.

Raspe, Personalisierte Medizin – Ende der Solidarität, in: Deutscher Ethikrat, Personalisierte Medizin – der Patient als Nutznießer oder Opfer?, Vorträge der Jahrestagung des Deutschen Ethikrats 2012, Berlin 2012: 59 – 70.

Rawls, Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt/Main 1971.

Richter/Hurrelmann, Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2. Auflage, Wiesbaden 2009.

Reiners, Mythen der Gesundheitspolitik, 3. Auflage, Bern 2018.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheit in Deutschland (Gesundheitsberichterstattung des Bundes), Berlin 2015.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). 1992. Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschul- ausbildung für Lehr- und Führungskräfte in der Pflege. Gerlingen: Bleicher, 1992. Erstauflage 1992; mittlerweile 6. Aufl. 2000.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) 2000. Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart – New York 2000.

Rosenbrock/Gerlinger, Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung, 3. Auflage, Bern 2014 (4. Auflage erscheint 2021).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Sondergutachten 2009, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, 2 Bde, Baden-Baden 2010.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheits- versorgung, Gutachten 2007, 2 Bde, Baden-Baden 2008.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/2005, abrufbar unter <https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/publikationen/jahresgutachten.html>. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 6 Bde, Baden-Baden 2002.

Schaeffer/Pelikan (Hrsg.), Health Literacy – Forschungsstand und Perspektiven, Bern 2017.

Schaeffer/Schmidt-Kaehler (Hrsg.), Lehrbuch Patientenberatung, Bern 2006.

Scheibler, Shared Decision-Making – Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung, Bern 2004.

Schiedermaier, Einleitung, in: Simitis/Hornung/Spiecker (Hrsg.), Datenschutzrecht, 1. Aufl., Baden-Baden 2019, Rn. 161 – 183.

Schlette/Knieps/Amelung (Hrsg.), Versorgungsmanagement für chronisch Kranke – Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland, Bonn/Bad Homburg 2005.

Schmacke, Wie viel Medizin verträgt der Mensch?, Bonn/Bad Homburg 2005.

Schmehl/Wallrabenstein (Hrsg.), Steuerungsinstrumente im Recht des Gesundheitswesens, Bd. 1 Wettbewerb (2005), Bd. 2 Kooperation (2006), Bd. 3 Kontrolle (2007), Tübingen.

Schmid, Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Case Management – Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen, Berlin 2008.

Schnapp, Geschichtliche Entwicklung des Vertragsarztrechts, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts – Das gesamte Kassenarztrecht, 3. Auflage, München 2016.

Schölkopf/Grimmeisen, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystem und die europäische Gesundheitspolitik, 4. Auflage, Berlin 2014.

Schrapp, Qualität 2030 – Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen, Berlin 2015.

Sen, Die Idee der Gerechtigkeit, München 2010.

Sen, Inequality Reexamined, New York 1992.

Spitzer/Ulrich (Hrsg.), Intersektorale Versorgung im deutschen Gesundheitswesen – Gegenwart und Zukunft – Analysen und Perspektiven, Stuttgart 2021.

Uhlmann/Klose, Bedarfsplanung vor dem Umbruch: Fehlallokationen in der Verteilung niedergelassener Ärzte, in: Janssen/Borgetto/Heller (Hrsg.), Medizinsoziologische Versorgungsforschung – Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde, Weinheim München 2007.

van den Berg/Kleinke/Heymann/Oppermann/Jakobi/Hoffmann, Überführung des AGnES-Konzeptes in die Regelversorgung – Juristische Bewertung, Vergütung, Qualifizierung, in: Das Gesundheitswesen 2010: 285 – 292.

Verband der forschenden Pharmaunternehmen in Deutschland, In Deutschland zugelassene Arzneimittel für die Personalisierte Medizin, Stand: 22.02.2021, Liste abrufbar unter <https://www.vfa.de/personalisiert>.

Volkman, Solidarität – Programm und Prinzip der Verfassung, Tübingen 1998.

Walendzik/Wasem, Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen. Gütersloh, 2019, Bertelsmann Stiftung, abrufbar unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/integrierte-krankenversicherung/projektnachrichten/gleiche-medizinische-leistungen-gleich-bezahlen/>.

Welti, Selbstverwaltung im sozialen Gesundheitswesen, Die Sozialgerichtsbarkeit 2011: 485 – 491.

Welti, Der Sozialbürger als Verbraucher – Rechtliche Dimensionen der Nutzerstellung im Sozialrecht, Verbraucher und Recht 2011: 363 – 370.

Winau, Medizin in Berlin, Berlin New York 1987.

Wissenschaftsrat. 2012. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin: Wissenschaftsrat, 13.07.2012. Drucksache 2411 – 12.

Woopen, Vorwort, in: Deutscher Ethikrat, Personalisierte Medizin – der Patient als Nutznießer oder Opfer?, Vorträge der Jahrestagung des Deutschen Ethikrats 2012, Berlin 2012: 7 – 10.

## Verzeichnis der Autorinnen und Autoren



### **Prof. Dr. Claudia Maria Hofmann**

Prof. Dr. Claudia Maria Hofmann studierte Rechtswissenschaft an der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Während ihres Studiums und Rechtsreferendariats arbeitete sie unter anderem am Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in München sowie bei der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) in Pretoria, Südafrika. Es folgten Stationen als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Kassel (Promotion 2012) und der Universität Regensburg (Habilitation 2017) sowie eine Tätigkeit als Lehrstuhlvertreterin an der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Dort ist sie weiterhin assoziiertes Mitglied des Instituts für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht (ineges). Seit Oktober 2020 ist Claudia Maria Hofmann Inhaberin des Lehrstuhls für Öffentliches Recht und Europäisches Sozialrecht mit Schwerpunkt in der interdisziplinären Sozialrechtsforschung an der Europa-Universität Viadrina in Frankfurt (Oder).



### **Prof. Dr. Gerhard Igl**

Prof. Dr. iur. Gerhard Igl, Universitätsprofessor a.D., geb. 1947, war zuletzt Professor für Öffentliches Recht und Sozialrecht und geschäftsführender Direktor des Instituts für Sozialrecht und Gesundheitsrecht der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Seine rechtswissenschaftlichen Schwerpunkte sind das Sozialrecht, Gesundheitsrecht (insbesondere Kranken- und Pflegeversicherung), Gesundheitsberuferecht, Recht der älteren Menschen, Recht des bürgerschaftlichen Engagements sowie das Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen. Er war Gutachter für den Deutschen Bundestag (Enquete-Kommission Bürgerschaftliches Engagement), für Bundes- und Landesministerien sowie für den Europarat. Bei verschiedenen Schiedsstellen / Schiedsämtern auf dem Gebiet des SGB V (Bund / Länder), SGB XI und der Krankenhausfinanzierung war er unparteiisches Mitglied oder Vorsitzender. Er ist Vorstandsmitglied des Vereins zur Förderung eines Nationalen Gesundheitsberufes und Vorstandsmitglied des Sozialrechtsverbundes Norddeutschland.



**Franz Knieps**

Franz Knieps leitet den BKK Dachverband seit dem 1. Juli 2013. Der 1956 geborene Jurist, Politik- und Literaturwissenschaftler hat jahrzehntelange Erfahrung im deutschen und internationalen Gesundheits- und Sozialwesen. So war Knieps u. a. Geschäftsführer Politik beim AOK Bundesverband, bevor er als Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegesicherung zum Bundesministerium für Gesundheit wechselte. Knieps arbeitete als Berater für Sozialpolitik und Gesundheitssystementwicklung für die Weltgesundheitsorganisation und die Europäische Union und ist Herausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“ und der Verbandszeitschrift Betriebskrankenkassen.



**Hartmut Reiners**

Ökonom und Publizist. Zuvor Referatsleiter Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik in den Gesundheitsministerien von Nordrhein-Westfalen und Brandenburg. Von Juli 1987 bis Februar 1990 Mitglied (Sachverständiger) der Enquete-Kommission des Bundestages zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Autor mehrerer Bücher zur Gesundheitspolitik (u. a. Mythen der Gesundheitspolitik, Gesundheitsreformen in Deutschland, Krank und pleite) und zahlreicher Beiträge für gesundheits- und sozialpolitische Fachzeitschriften. Seit 2011 stellvertretendes neutrales Mitglied des erweiterten Bewertungsausschusses der Ärzte und Krankenkassen.



**Prof. Dr. Felix Welti**

Prof. Dr. Felix Welti leitet seit 2010 das Fachgebiet Sozial- und Gesundheitsrecht, Recht der Rehabilitation und Behinderung der Universität Kassel und ist Sprecher des Forschungsverbunds Sozialrecht und Sozialpolitik (FoSS) der Universität Kassel und der Hochschule Fulda. Er war von 1999 bis 2005 Wissenschaftlicher Assistent an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und von 2007 bis 2010 Professor für Sozial- und Verwaltungsrecht an der Hochschule Neubrandenburg. Er ist ehrenamtlicher Richter des Bundessozialgerichts, Vorstandsmitglied der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, Vertrauensdozent der Hans-Böckler-Stiftung und der Friedrich-Ebert-Stiftung.

**Prof. Dr. Ulrich Wenner**

Prof. Dr. Ulrich Wenner wurde 1956 in Mülheim/Ruhr geboren, ist verheiratet und hat drei erwachsene Kinder. Er studierte Rechts- und Politikwissenschaft in Bonn und legte 1979 das 1. Juristische Staatsexamen ab. Nach dem Zivildienst und der Referendarausbildung absolvierte er 1983 das 2. Juristische Staatsexamen. Er war am Institut für Kirchenrecht der Universität Bonn tätig und wurde dort 1986 mit einer verfassungsrechtlichen Dissertation promoviert. Nach seinem Eintritt in die Sozialgerichtsbarkeit des Landes NRW wurde Ulrich Wenner am Sozialgericht Dortmund, am Ministerium für Arbeit und Gesundheit des Landes NRW und am Landessozialgericht in Essen eingesetzt. Im Juli 1995 folgte Ulrich Wenners Ernennung zum Richter am BSG, er wurde dort dem 6. Senat (Vertragsarztrecht) zugewiesen. Diesen Senat leitet er seit seiner Ernennung zum Vorsitzenden Richter am BSG im August 2008. Zwischen 2014 und 2016 leitete er zusätzlich den 3. Senat (Kranken- und Pflegeversicherungsrecht). Wenner ist Mitglied des Landesjustizprüfungsamtes NRW und seit 2004 Lehrbeauftragter für Sozialrecht an der Goethe Universität Frankfurt. Dort wurde er 2008 zum Honorarprofessor ernannt. Seit November 2009 ist er als Vorsitzender des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht tätig und außerdem Mitherausgeber eines Kommentars zum Sozialversicherungsrecht.

**Dr. Silvia Woskowski, LL.M.**

Dr. Silvia Woskowski studierte Rechtswissenschaften an der Universität Greifswald. In der Zeit nach dem ersten Staatsexamen und während des Referendariats arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Strafrecht und Strafprozessrecht, Wirtschafts- und Umweltstrafrecht der Freien Universität Berlin und im Deutschen Bundestag. Silvia Woskowski hat sich mit einem Master of Laws auf den Healthcare Bereich fokussiert und an der Humboldt-Universität in Berlin, im Wirtschafts- und Arztstrafrecht zum Thema „Korruption und Kick-back's im deutschen Gesundheitswesen – Ein Beitrag zur Frage der Zukunft der Vertragsarztuntreue“ promoviert. Im Anschluss an das Referendariat folgten Tätigkeiten als Rechts- und Syndikusanwältin in der Gesundheitswirtschaft, der Politikberatung und als Juristin mit Spezialzuständigkeiten in den Bereichen Public Policy und Market Access. Den aktuellen Schwerpunkt ihrer Tätigkeit bilden die Präzisionsmedizin und die Digitalisierung im nationalen und europäischen Gesundheitswesen.

## Impressum

Die Publikation „Neustart für das Gesundheitsrecht – Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung“ erscheint als Teil der Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“, ein Projekt der Robert Bosch Stiftung.

### **Herausgegeben von der Robert Bosch Stiftung GmbH**

Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart  
www.bosch-stiftung.de

### **Autoren**

Prof. Dr. Claudia Maria Hofmann  
Prof. Dr. Gerhard Igl  
Franz Knieps  
Hartmut Reiners  
Prof. Dr. Felix Welti  
Prof. Dr. Ulrich Wenner  
Dr. Silvia Woskowski, LL.M.

### **Redaktion**

Julian Visarius

### **Kontakt in der Stiftung**

Dr. Bernadette Klapper  
Telefon +49 711 46084-880  
bernadette.klapper@bosch-stiftung.de

### **Copyright**

Robert Bosch Stiftung GmbH  
Stuttgart, 2021  
alle Rechte vorbehalten

### **Copyright Fotos**

S. 112 – oben: Petra Homeier, unten: privat  
S. 113 – oben: privat, mittig: privat, unten: privat  
S. 114 – oben: BSG, unten: Mirjam Knickriem

### **Gestaltung**

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

### **Druck**

logo Print GmbH, Metzingen

**ISBN** 978-3-939574-65-1

