

STRUKTURFORSCHUNG IM GESUNDHEITSWESEN

LEISTUNGS- UND KOSTENTRANSparenZ IN DER GKV

PETER DEBOLD
ROLF NEUHAUS
ROBERT PAQUET
WILHELM F. SCHRÄDER

STRUKTURFORSCHUNG IM GESUNDHEITSWESEN

BAND 14

BASIG

SCHRIFTENREIHE
STRUKTURFORSCHUNG IM GESUNDHEITSWESEN
BAND 14

HERAUSGEBER:
BERLINER ARBEITSGRUPPE
STRUKTURFORSCHUNG IM GESUNDHEITSWESEN
TECHNISCHE UNIVERSITÄT
BERLIN

LEISTUNGS- UND KOSTENTRANSPARENZ IN DER GKV

KONZEPTIONELLE GRUNDLAGEN UND ANWENDUNGSBEISPIELE FÜR MODELL- VERSUCHE NACH § 223 RVO

PETER DEBOLD
ROLF NEUHAUS
ROBERT PAQUET
WILHELM F. SCHRÄDER

ISSN 0170 - 8589
ISBN 3 7983 1062 9

Grafik und Manuskriptgestaltung: M. Fuchs, U. Borker
Alle Rechte bei den Autoren

Herausgeber der Schriftenreihe: Berliner Arbeitsgruppe
Strukturforschung im Gesundheitswesen (BASiG), Technische
Universität Berlin, Hardenbergstraße 4-5, D-1000 Berlin 12,
Telefon: (030) 314-3490

Druck: Offset-Druckerei Gerhard Weinert GmbH, 1000 Berlin 61
Vertrieb: Technische Universität Berlin, Universitätsbiblio-
thek, Abt. Publikationen, Straße des 17. Juni 135, D-1000
Berlin 12, Telefon: (030) 314-2976, Telex: 01-838 72 ubtu d
Verkauf: Budapester Str. 40, D-1000 Berlin 30, 3. OG., Raum
316)

1985 Berlin (West)

Inhalt	Seite
Vorbemerkung	11
I. ABSCHNITT: KONZEPTIONELLE GRUNDLAGEN	15
1. Problemstellung und bisherige Erfahrungen	15
1.1 Das Problem der mangelnden Leistungs- und Kostentransparenz	15
1.2 Bisherige Erfahrungen mit Kostenkenntnisaktionen	18
1.3 Kritik des "Kontoauszugsmodells"	26
2. Prüfung des Leistungsgeschehens in der Gesetzlichen Krankenversicherung	32
2.1 Allgemeines	32
2.2 Richtigkeitsprüfung	35
2.3 Zweckmäßigkeitsprüfung	38
2.4 Wirtschaftlichkeitsprüfung	39
2.5 Die Prüfung von Krankheitsfällen in der Richtigkeits-, Zweckmäßigkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfung	45
3. Zum Verständnis von § 223 RVO	45
3.1 Voraussetzungen und Bedingungen für die Überprüfung von Krankheitsfällen	48
3.2 Überzeugungsmaßnahmen statt rechtlich-ökonomischer Sanktionen	52
3.3 Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit in den Verfahren nach § 368 RVO und § 223 RVO	53
3.4 Steigerung der Zweckmäßigkeit durch den Nachweis von Handlungsalternativen	56
4. Konzeption für Verfahren zur Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz	59
4.1 Bestimmung des Prüfbereiches	61
4.2 Zusammenhang von inhaltlicher Konzeption der Modellversuche und der Informationsgrundlage	65
4.3 Vorbereitung des Prüf- und Unterrichtsverfahrens	69
4.4 Abstimmung mit den Beteiligten	72
4.5 Durchführung der Prüfung	74
4.6 Unterrichtung	74
4.7 Evaluation der Verfahren	81
4.8 Erstellung von Handbüchern für Verwaltungsverfahren zur Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz	81
II. ABSCHNITT: AUSGEWÄHLTE ANWENDUNGSBEISPIELE	83
5. Krankheitsfälle nach spezifischen Gefährdungen und Belastungen der Gesundheit (am Beispiel berufs- und tätigkeits-spezifischer Belastungen)	84
5.1 Analyse des Prüfbereichs	84
5.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle	85
5.3 Durchführung der Prüfung	85
5.4 Unterrichtung	86

Inhalt	Seite
6. Krankheitsfälle mit der Möglichkeit der Substitution kostengünstiger durch kostengünstige Therapiemaßnahmen gleicher Art (am Beispiel gleichartiger Medikamente)	86
6.1 Analyse des Prüfbereichs	86
6.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle	89
6.3 Durchführung der Prüfung	89
6.4 Unterrichtung	89
7. Krankheitsfälle mit dem Erfordernis einer therapeutischen Gesamtkonzeption (am Beispiel der Vielfachmedikation)	90
7.1 Analyse des Prüfbereichs	90
7.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle	94
7.3 Durchführung der Prüfung	95
7.4 Unterrichtung	95
8. Krankheitsfälle, die mit unterschiedlichen Formen der Arbeitsteilung zwischen niedergelassenen Ärzten behandelt werden	96
8.1 Analyse des Prüfbereichs	96
8.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle	99
8.3 Durchführung der Prüfung	102
8.4 Unterrichtung	103
9. Krankheitsfälle mit dem Erfordernis einer Langzeit-Therapie und Patientenführung (am Beispiel der Pharmakotherapie des hohen Blutdrucks)	103
9.1 Analyse des Prüfbereichs	103
9.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle	105
9.3 Durchführung der Prüfung	105
9.4 Unterrichtung	105
10. Krankheitsfälle mit einer epidemiologisch seltenen Therapie und definierten schulmedizinischen Standards (am Beispiel der Verordnung von Resochin)	106
10.1 Analyse des Prüfbereichs	106
10.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle	110
10.3 Durchführung der Prüfung	110
10.4 Unterrichtung	111
11. Krankheitsfälle mit der Möglichkeit der Substitution stationärer durch ambulante Behandlungsformen (am Beispiel der gynäkologischen Behandlungsanlässe)	111
11.1 Analyse des Prüfbereichs	111
11.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle	112
11.3 Durchführung der Prüfung	113
11.4 Unterrichtung	113
12. Krankheitsfälle mit Arzneimittelverordnung statt Hausmittelanwendung (am Beispiel der Erkältungskrankheiten)	114
12.1 Analyse des Prüfbereichs	114
12.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle	116
12.3 Durchführung der Prüfung	116
12.4 Unterrichtung	117

Inhalt	Seite	
13.	Krankheitsfälle mit Pharmakotherapie statt Verhaltensänderung (am Beispiel Glibenclamid)	117
13.1	Analyse des Prüfbereichs	117
13.2	Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle	120
13.3	Durchführung der Prüfung	120
13.4	Unterrichtung	120
14.	Krankheitsfälle mit dem Erfordernis eingehender psychosozial orientierter Gesundheitsberatung (am Beispiel der Langzeitarbeitsunfähigkeit)	121
14.1	Analyse des Prüfbereichs	121
14.2	Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle	125
14.3	Durchführung der Prüfung	125
14.4	Unterrichtung	125
15.	Krankheitsfälle mit Wiederholungsfüllungen der Zähne	126
15.1	Analyse des Prüfbereichs	126
15.2	Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle	127
15.3	Durchführung der Prüfung	128
15.4	Unterrichtung	128
16.	Krankheitsfälle mit Krankenhauseinweisungen durch Beleg- und Krankenhausärzte (Selbsteinweisungen) und Krankenhausfälle mit kurzer Verweildauer	128
16.1	Analyse des Prüfbereichs	128
16.2	Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle	129
16.3	Durchführung der Prüfung	131
16.4	Unterrichtung	132
17.	Krankheitsfälle mit überdurchschnittlicher Krankenhaushäufigkeit bei bestimmten Krankheitsarten	133
17.1	Analyse des Prüfbereichs	133
17.2	Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle	135
17.3	Durchführung der Prüfung	136
17.4	Unterrichtung	137
III.	ABSCHNITT: ZUSAMMENFASSUNG UND PERSPEKTIVEN	139
18.	Zur Systematisierung der Anwendungsbeispiele	139
19.	Ausblick auf die Durchführung der Modellversuche	141
ANHANG:	AUSGEARBEITETE ANWENDUNGSBEISPIELE	147
20.	Arztbezogene Arzneimittelinformation	149
20.1	Arzneimittelinformation der Ärzte als Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung	149
20.1.1	Ziel	149
20.1.2	Konzeption für die Auswahl geeigneter Fälle für Überprüfung und Unterrichtung	150
20.1.3	Die Arzneimittelinformation der Ärzte (AM-INFO)- Rahmenentwurf	153

Inhalt	Seite
20.1.31 A. Statistische Übersicht	153
20.1.32 B. Altersstruktur der AM-Patienten und Fallwert	153
20.1.33 C. AM-Patienten nach der Höhe der AM-Ausgaben	154
20.1.34 D. AM-Patienten nach der Zahl der Rezepte	154
20.1.35 E. Die 40 umsatzstärksten Arzneimittel	154
20.1.36 F. Arzneimittel nach Indikationsgruppen (und Umsatz)	155
20.1.37 G. Behandlungsintensive Patienten	155
20.1.4 Informationsgrundlage für das Verwaltungsverfahren	161
20.2 Rechtliche Grundlagen für die arztbezogene Arzneimittelinformation	163
20.3. Modellversuch	165
20.3.1 Vorbereitende Untersuchungen	165
20.3.2 Verfahrensentwicklung für die Umsetzung	167
20.3.3 Umsetzung im Modellversuch	168
21. Produktbezogene Arzneimittelberatung	168
21.1 Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Arzneimitteln	168
21.1.1 Ausgangssituation und Ziel	168
21.1.2 Konzeption	170
21.1.3 Die Information über die in Anspruch genommenen Arzneimittel, sonstige Leistungen und ihre Kosten (Rahmenentwurf)	172
21.1.31 A. Arzneimittel nach Indikationsgruppen und Umsatz (Grundauszählung)	172
21.1.32 B. Anteil der Versicherten mit Verordnungen nach Arzneimittel und nach Alter der Versicherten	172
21.1.33 C. Versicherte mit Verordnungen nach der Verordnungsdichte	173
21.1.4 Die produktbezogene Arzneimittelinformation im Rahmen von Verfahren zur Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz	175
21.1.41 Die Auswahl der Anwendungsbereiche	175
21.1.42 Überprüfung der Krankheitsfälle mit Verordnungen von Arzneimitteln	176
21.1.43 Unterrichtung der behandelnden Ärzte und der Versicherten	177
21.1.5 Informationsgrundlage für das Verwaltungsverfahren	178
21.2 Rechtliche Grundlagen für die produktbezogene Arzneimittelinformation	179
21.3. Modellversuch	180
21.3.1 Vorbereitende Untersuchungen	180
21.3.2 Verfahrensentwicklung für die Umsetzung	182
21.3.3 Umsetzung im Modellversuch	183
22. Betriebsbezogene Krankheitsschwerpunkte	183
22.1 Prüfung arbeitsbedingter Erkrankungen als Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung	183

Inhalt	Seite
22.1.1 Ziel des Verfahrens	183
22.1.2 Konzeption der Auswahl von Betrieben für die Mitwirkung und die Prüfung arbeitsbedingter Krankheitsfälle	185
22.1.21 Information der Betriebe	185
22.1.22 Auswahl der Betriebe mit Krankheits-schwerpunkten	185
22.1.23 Überprüfung der Krankheitsfälle in einzelnen Betrieben	186
22.1.24 Beteiligung und Information außerbetrieblicher Stellen	189
22.2 Rechtliche Grundlagen des Verfahrens	190
22.2.1 Gestaltungsaufgaben der Selbstverwaltung bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben	190
22.2.2 Abwendung gesundheitlicher Belastungen: SGB I, §§ 187, 364 RVO	192
22.2.3 Bewertung unterschiedlicher Erkrankungs-gefahren in Betrieben: § 384 RVO	194
22.3 Modellversuch zur Prüfung arbeitsbedingter Krankheitsfälle	194
22.3.1 Verfahrensentwicklung	194
22.3.11 Abbildung von betrieblichen Krankheits-schwerpunkten	195
22.3.12 Verknüpfung der Informationen zu Krank-heitsschwerpunkten mit betrieblichen Belastungen	197
22.3.2 Umsetzung im Modellversuch	198
22.3.3 Informationsgrundlage für die zweite Phase des Modellversuchs	199
Literaturverzeichnis	200

Vorbemerkung

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung fördert Modellversuche zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz in der Gesetzlichen Krankenversicherung. An den Vorhaben sind mehrere Krankenkassen aus allen Kassenarten beteiligt:

- die Allgemeine Ortskrankenkasse Main-Kinzig (Hanau),
- zusammen mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen
 - die Betriebskrankenkasse der Volkswagenwerk AG (Wolfsburg),
 - die Voith-Betriebskrankenkasse (Heidenheim),
- die Innungskrankenkasse Göppingen und
- die Techniker-Krankenkasse, Angestellten-Ersatzkasse (Hamburg).

Die beiden Betriebskrankenkassen werden von ihrem Bundesverband beratend unterstützt. Die wissenschaftliche Begleitung des Vorhabens der Voith-BKK liegt beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BdB); die wissenschaftliche Begleitung der übrigen Modellversuche wurde dem Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin (IGES) übertragen. Bei der wissenschaftlichen Begleitung des Vorhabens der BKK des Volkswagenwerks arbeiten der BdB und das IGES zusammen.

Die Modellvorhaben dieser Kassen sind in einem Verbund zusammengeschlossen. Daneben fördert die Bundesregierung den Modellversuch zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz der AOK Dortmund.

Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung ist es, die Krankenkassen bei der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Modellversuche zu unterstützen. Teilaufgaben des IGES in der ersten Projektphase waren die Entwicklung der konzeptionellen Grundlagen für die Durchführung von Verfahren zur Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz und die Erarbeitung einer Beispielsammlung für geeignete und eingrenzbar Themenstellungen solcher Verfahren.

Die vorliegende Arbeit dokumentiert die wichtigsten Ergebnisse der ersten Projektphase zu diesen Teilaufgaben. Sie enthält im ersten Abschnitt zunächst eine Bestandsaufnahme bisheriger Erfahrungen mit Aktionen zur Kosten- und Leistungstransparenz sowie eine Darstellung von Prüfverfahren in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Davon ausgehend werden Überlegungen zum grundsätzlichen Verständnis von Verfahren zur Leistungs- und Kostentransparenz in der Gesetzlichen Krankenversicherung angestellt und eine Konzeption für solche Verfahren entwickelt.

Im zweiten Abschnitt folgen ausgewählte und ausgearbeitete Beispiele für geeignete Fälle bzw. Handlungsfelder, in denen Transparenzverfahren durch die Krankenkassen durchgeführt werden können. Hierzu konnte teilweise auf empirische Vorarbeiten der Berliner Arbeitsgruppe Strukturforschung im Gesundheitswesen (BASiG) und des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) zurückgegriffen werden. Die Ergebnisse wurden in Expertengesprächen mit Vertretern der beteiligten Krankenkassen und des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, mit niedergelassenen, Krankenhaus- und Vertrauensärzten verschiedener Fachrichtungen sowie Apothekern abgestimmt. Die Abschnitte I und II sind als allgemeine Grundlagen formuliert und beschreiben nicht das spezifische Verfahren in den konkreten Modellversuchen (vgl. dazu den Ausblick in Abschnitt III).

Im dritten Abschnitt werden die Anwendungsbeispiele des zweiten Abschnitts systematisiert und ein Ausblick auf die zweite Phase der Modellversuche gegeben. In einem Anhang werden drei Anwendungsbeispiele (Arzneimittelinformation und arbeitsbedingte Erkrankungen) in ausgearbeiteter Fassung dokumentiert.

Die vorgestellte Verfahrenskonzeption wird von den am Modellversuch beteiligten Kassen praktisch erprobt. Erst nach Abschluß dieser Modellversuchsphasen können viele der in dieser Arbeit noch ungeklärten Einzelfragen beantwortet werden. Grundsätzlich stellen sich auch hier die bekannten

Schwierigkeiten der Übersetzung wissenschaftlicher Ergebnisse in konkretes Verwaltungshandeln: hier die Nutzung sozialmedizinischer und -epidemiologischer Erkenntnisse für das Handeln Öffentlich-rechtlicher Einrichtungen, der gesetzlichen Krankenkassen. Die Autoren verstehen daher die vorgelegten konzeptionellen Überlegungen als Diskussionsbeitrag.

Auch die in Abschnitt II vorgestellten Anwendungsbeispiele sind in diesem Sinne als Ideenskizzen zu verstehen. Sie sollen dazu anregen, in einzelnen Krankenkassen entsprechend ihren spezifischen Bedürfnissen und Bedingungen eigene Vorhaben zu entwickeln.

Die vorliegende Arbeit wurde im Kern 1983 abgeschlossen. In der Zwischenzeit sind mehrere Veröffentlichungen und Stellungnahmen zum Thema der Modellversuche erschienen, die am vorgelegten Bericht jedoch keine Korrekturen notwendig machen; zum großen Teil beziehen sie sich auf Vorfassungen dieser Arbeit. Sie wurden in das Literaturverzeichnis aufgenommen.

I. ABSCHNITT: KONZEPTIONELLE GRUNDLAGEN

1. Problemstellung und bisherige Erfahrungen

1.1 Das Problem der mangelnden Leistungs- und Kostentransparenz

Das Leistungsgeschehen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und seine Finanzierung sind durch ein hohes Maß an Anonymität und Undurchschaubarkeit gekennzeichnet. Dafür sind mehrere Gründe verantwortlich. Nur einige seien hier genannt:

- Der medizinisch-wissenschaftliche Fortschritt hat zur zunehmenden Ausdifferenzierung des medizinischen Leistungssystems geführt. Immer mehr Ärzte verschiedener Fachdisziplinen sind an der medizinischen Versorgung der Bevölkerung beteiligt.
- Ihnen steht ein immer größeres Angebot an Heil- und Hilfsmitteln zur Verfügung, die sie verordnen können. Vor allem das fast unüberschaubare Angebot an Arzneimitteln ist hier zu berücksichtigen.
- Durch die Veränderung des Krankheitsspektrums der Bevölkerung hin zu chronisch-degenerativen Erkrankungen hat sich die medizinische Betreuung intensiviert. Der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde kontinuierlich erweitert, die Behandlung für viele Krankheiten und Bevölkerungsgruppen wurde intensiviert.
- Die Kosten der medizinischen Versorgung sind überproportional gestiegen, wobei die beobachteten Preis- und Mengenentwicklungen nicht in jedem Fall zu entsprechenden Qualitätsverbesserungen geführt haben.

- Die ursprünglich kleinen und überschaubaren Solidargemeinschaften der Krankenkassen haben sich zu überwiegend großen Versicherungseinrichtungen entwickelt, die mit allen Vor- und Nachteilen der modernen Massenverwaltung behaftet sind.
- Die an der Reichsversicherungsordnung ausgerichtete Finanzierung im Sachleistungssystem hat über eine Vielzahl von Einzelentwicklungen zu Formen der Abrechnung geführt, die den heutigen Ansprüchen an sachliche und wirtschaftliche Durchschaubarkeit nicht optimal genügen.

Für alle Beteiligten ergeben sich aus der mangelnden Leistungs- und Kostentransparenz erhebliche Probleme. Dem einzelnen Versicherten bleibt, wenn er als Patient den Arzt aufsucht, weitgehend verborgen, was an Leistungen erbracht und abgerechnet wird, was demnach die Versichertengemeinschaft seiner Krankenkasse für ihn an Kosten übernimmt.

Der einzelne Arzt hat und erhält in der Regel keinen hinreichenden Überblick über die Auswirkungen seiner Gesamttätigkeit, einschließlich der von ihm veranlaßten Leistungen und der sich daraus ergebenden Kosten. Er kann auch nicht sicher sein, über die gesamte medizinische Inanspruchnahme und Behandlung eines Versicherten, z.B. über Kontraindikationen oder Mehrfachmedikation, ausreichend informiert zu sein.

Der Kassenarzt, das Krankenhaus und die Versicherten verfügen bei den verschiedenen Behandlungsalternativen, vor allem aber bei Arzneimitteln und sonstigen Heil- und Hilfsmitteln, über keine befriedigende Markttransparenz und damit auch über keine ausreichende Voraussetzung für kostenbewußtes Verhalten. Vergütungen und Preise für medizinische Leistungen sind so wenig transparent, daß sie bei der Entscheidung über die Art der Leistungserbringung keine wesentliche Rolle spielen können.

Für die Krankenversicherung bleibt im allgemeinen undurchsichtig, welche Entwicklungen im Leistungsbereich im einzel-

nen für die Kostenveränderungen verantwortlich sind und welche Gesundheitsrisiken ihrer Versicherten dem zugrunde liegen. Daher bestehen heute auch keine Ansätze für eine mittelfristige Planung der Finanzierung und Steuerung der Gesundheitsversorgung, die solche Entwicklungen berücksichtigen kann. Ebenfalls weitgehend unbekannt sind die Verteilungswirkungen, die sich aus der Solidarfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben. Auch die Möglichkeiten, die Übereinstimmung zwischen gesundheitspolitisch vorrangigen Aufgaben und tatsächlicher Verwendung der hohen Gesundheitsausgaben zu überprüfen, sind gering.

Der Selbstverwaltung der Krankenkassen fehlen die notwendigen Informationen, um allgemein für ihre Versicherten, für bestimmte Gruppen darunter und für die Betriebe der beteiligten Arbeitgeber gezielte Initiativen zur Verbesserung der Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten, der Behandlung und Rehabilitation und nicht zuletzt der Beratung ihrer Versicherten entwickeln zu können.

Diese Situation war über lange Zeit kein politisches Thema. Eine weitergehende Leistungs- und Kostentransparenz schien in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht zwingend geboten zu sein, solange die Kosten- und Beitragsentwicklung bei allen Beteiligten grundsätzlich akzeptiert wurde.

Seit einigen Jahren rückt jedoch angesichts des zunehmenden Kostendrucks und steigender Beitragssätze die Forderung nach mehr Leistungs- und Kostentransparenz in den Vordergrund. Neben diesen allgemein ökonomischen Gründen hat auch dazu beigetragen, daß das Vertrauen in die sachlich richtige Abwicklung der Leistungs- und Finanzierungsabläufe durch die Zunahme negativer Einzelfälle gestört wurde.

Die Forderung nach mehr Leistungs- und Kostentransparenz gewinnt an Gewicht auch angesichts der Tatsache, daß sich die kritische Auseinandersetzung aller Beteiligten über die medizinische Notwendigkeit, Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der erbrachten und verordneten Leistungen in den letzten Jahren intensiviert hat.

Die Leistungs- und Kostentransparenz in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen, ist inzwischen ein allgemein akzeptiertes Ziel. Die Motive, die sich mit diesem Ziel verbinden, sind jedoch im einzelnen unterschiedlich. In der bisherigen Debatte spielen im wesentlichen die folgenden eine Rolle:

- Maßnahmen zur Strukturverbesserung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu entwickeln und zu begründen;
- die Planung/Allokation von Einrichtungen und Leistungsangeboten im Gesundheitswesen im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten zu verbessern;
- Elemente einer Qualitätskontrolle medizinischer Leistungen zu entwickeln und zu implementieren;
- zusätzliche sozialmedizinisch-epidemiologische Erkenntnisse zu gewinnen;
- die Absicht, den "Mißbrauch" im Sozialversicherungssystem zu bekämpfen und rechtswidriges Verhalten bestimmter Akteure zu identifizieren und zu sanktionieren;
- eine wirksamere Kostendämpfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen.

Zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz werden unterschiedliche Wege vorgeschlagen. Der folgende Abschnitt beschäftigt sich daher mit den bisherigen Erfahrungen mit Kostentransparenzaktionen in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

1.2 Bisherige Erfahrungen mit Kostenkenntnisaktionen

In den bisherigen Diskussionen um Leistungs- und Kostentransparenz wurde vor allem die Kostendämpfungsabsicht hervorgehoben. Einige Krankenkassen, die bisher schon ihre Ver-

sicherten unter dieser Zielsetzung unterrichtet haben (Jahn 1980, S. 74 ff.), gingen - vereinfacht - von folgendem Gedankengang aus: Die möglichst flächendeckende Verschickung von "Kontoauszügen", die die in Anspruch genommenen (bzw. erbrachten) Leistungen und deren Kosten darstellen, wurde als ein geeignetes Mittel gesehen, um durch eine Stärkung des Kostenbewußtseins bei allen Beteiligten zu einer wirksameren Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu gelangen. Indem den Betroffenen die (vor allem ökonomischen) Konsequenzen ihres Handelns noch einmal vor Augen geführt wurden, glaubte man zu einer freiwilligen Selbstbeschränkung bei der künftigen Leistungsanspruchnahme bzw. Leistungserbringung kommen zu können. Im Hintergrund dieser Überlegungen stand die These, eine optimale Information über das Leistungsgeschehen und seine Kosten führe zu einem verantwortungsvollen und vor allem sparsamen Handeln aller Beteiligten (Versicherte, Ärzte, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer) im Rahmen der Solidargemeinschaft der Krankenversicherung.

Diese Argumentation erscheint nur bei oberflächlicher Betrachtungsweise plausibel, zumal eine undifferenzierte "Kostenkenntnisaktion" wenig Erfolg verspricht und der durch § 223 RVO gegebenen Orientierung nicht entspricht (Kruse 1981, S. 297). Jede Krankenkasse kann ohne weiteres ihre Versicherten und die Leistungserbringer über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten informieren und dies auch flächendeckend tun; auf die Regelung nach § 223 RVO kann sie sich dabei jedoch nicht stützen, denn er schreibt ausdrücklich die Auswahl geeigneter Fälle vor und schließt eine umstandslose Information über Leistungen und Kosten insofern aus, als der Unterrichtung zwingend die Überprüfung der Krankheitsfälle voranzugehen hat (Piepersberg 1981).

Die Bewertung von Kostentransparenzmaßnahmen und schließlich auch einer Unterrichtung im Sinne von § 223 RVO muß sich an dem meßbaren Nutzen orientieren, d.h. es muß untersucht werden, ob sich als Folge dieser Maßnahmen Änderungen der Leistungsanspruchnahme und Kostenstruktur ergeben haben. Wie die Erfolgsaussichten einfacher Kosteninformationsaktionen einzu-

schätzen sind, wird in den folgenden Abschnitten dargestellt.

a) Betriebskrankenkasse Carl Zeiss, Oberkochen

Eine ausführlich dokumentierte Transparenzaktion (Häussler, 1968) wurde in den Jahren 1962 bis 1967 von der Betriebskrankenkasse der Firma Carl Zeiss, Oberkochen, und der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg in Verbindung mit der Betriebskrankenkasse Wieland-Werke in Ulm durchgeführt. "Jeder Versicherte der Betriebskrankenkasse Zeiss in Oberkochen sollte ab IV/62 vierteljährlich eine Aufstellung der von ihm und seinen Familienangehörigen im vorhergehenden Quartal verursachten Arzt-, Arzneimittel-, Krankenhaus- und Krankentagegeldkosten erhalten. Die laufende Überprüfung dieser Kostenkenntnisaktion - die selbstverständlich mit keinerlei finanzieller Selbstbeteiligung durch die Versicherten verbunden werden konnte - sollte Aufschluß über die im Einzelfall und der Altersgruppe entstehenden Kosten und deren Entwicklung geben. Darüber hinaus war es ein Anliegen der Betriebskrankenkasse, ihren Mitgliedern eine laufende, genaue Information über die Leistungen ihrer Krankenkasse zu vermitteln und ihnen damit eine verantwortliche Mitarbeit zu ermöglichen" (ebd., S. 15). Der Sinn dieser Aktion bestand darin, durch die Vermittlung von Kostenkenntnis an die Versicherten ein verantwortungsvolleres Inanspruchnahmeverhalten zu erzeugen. Dabei sollte sowohl dem Verdacht auf massenhafte mißbräuchliche Inanspruchnahme entgegengetreten als auch der beunruhigenden "Anspruchsinflation" entgegengewirkt werden. Man versprach sich neben besserer Kostenkenntnis einen Rückgang der Behandlungsfälle mit geringfügigem Behandlungsanlaß und damit - insgesamt gesehen - eine Verbesserung der medizinischen Versorgung: "Es (war) nicht die Absicht der Betriebskrankenkasse, mit dieser Aktion Einsparungen in größerem Umfang zu erreichen, sondern sie wollte, falls möglich, damit erreichen, daß die der Kasse zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel unter Mitwirkung der Ärzte gezielt angelegt wurden, d.h. daß der behandelnde Arzt durch geringere Inanspruchnahme in leichten Fällen die Möglichkeit

habe, sich bestimmten Patienten mit mehr Zeit und Aufmerksamkeit zuzuwenden" (ebd., S. 15).

Im Hintergrund der Aktion spielte allerdings die Frage eine wichtige Rolle, ob die Beteiligung der Versicherten an den ärztlichen Behandlungskosten sinnvoll und zumutbar sei. Es bestand die Hoffnung, daß ein Teil der Kosten durch eine verantwortungsbewußtere Inanspruchnahme eingespart werden könne. Daneben war allerdings auch die Überlegung motivierend, daß es in die allgemeine Verantwortung einer Krankenkasse fällt, ihre Versicherten über das Leistungsgeschehen aufzuklären: "Der Versicherte soll wissen, was diese Krankheit gekostet hat. Er soll sehen können, was der Arzt dafür erhält, welche Apothekerkosten entstanden sind, wie hoch die Krankenhauskosten waren und wieviel Krankengeld bzw. Hausgeld usw. von der Krankenkasse gezahlt wurde. Die Betriebskrankenkasse glaubt, daß sie diese Rechnungslegung ihren Versicherten schuldig ist. Man kann nicht dauernd von vielen Ausgaben reden, die in keinem Verhältnis mehr zu den Beitragseinnahmen stehen, wenn man nicht letzten Endes die Konsequenz daraus zieht und diese Ausgaben auch den Versicherten im einzelnen einmal belegt. Der Versicherte selbst kann anhand dieser Unterlagen die Ausgaben erkennen und ist in der Lage, eigene Vergleiche zu ziehen" (ebd., S. 18).

In der ersten Phase der Kostenkenntnisaktion (4. Quartal 1962 bis zum 1. Quartal 1964) wurden für ca. 4.500 Versicherte insgesamt 66.000 Rezepte und 34.800 Arztscheine erfaßt. Die Versicherten wurden quartalsweise über die von ihnen und ihren Familienangehörigen verursachten Kosten informiert. Das Resultat dieser Aktion war enttäuschend: Eine Veränderung der statistischen Kosten- und Mengenindikatoren war nicht festzustellen. Auch eine von der Geschäftsführung der BKK Zeiss vermutete Einstellungsänderung der Versicherten ("....haben jedoch den Eindruck, daß unsere Mitglieder etwas überlegter einen Arzt in Anspruch nehmen" - S. 26) ist nicht belegt. Der "weitaus überwiegende Teil der (am Ende der Aktion, d. V.) befragten Ärzte hielten ... die Kostenkenntnisaktion für wirkungslos" (S. 32).

Auch in einer zweiten Phase der Aktion konnten keine bemerkenswerten Effekte auf die Leistungsanspruchnahme festgestellt werden. Die von der BKK gewünschte Verlagerung der ärztlichen Behandlung von leichten Gesundheitsstörungen mit geringer Behandlungsnotwendigkeit auf intensivere Behandlung schwer Erkrankter stellte sich ebenfalls nicht ein.

Die gesamte Aktion wurde schließlich abgebrochen, positive Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen konnten nicht festgestellt werden: "Die Analyse ergibt keine statistisch signifikante Veränderung in der Inanspruchnahme der Ärzte durch die Versicherten der Betriebskrankenkasse Carl Zeiss" (S. 69). "Weder an der Morbidität noch an der Fallkostenzusammensetzung, noch an dem Krankenstand hat die Kostenkenntnisaktion statistisch überzeugende oder gar repräsentative Veränderungen verursacht" (S. 85). "Bei den Ärzten legten sich die anfänglichen Befürchtungen, die Kostenkenntnisaktion könnte die Versicherten vom rechtzeitigen Aufsuchen des Arztes abhalten, sehr rasch. Eine Änderung des Arzt-Patient-Verhältnisses wurden von ihnen nicht festgestellt. Die Mehrzahl hielt die Aktion für wirkungslos, sowohl in finanzieller Hinsicht als in bezug auf erwünschte pädagogische Effekte (z.B. Verpersönlichung des Krankseins, Aktivierung des Gesundheitswillens und der Mitverantwortung)" (S. 84).

b) Betriebskrankenkasse der Chemischen Werke Hüls AG, Marl

Seit 1978 führt die BKK der Chemischen Werke Hüls AG, Marl, unter Bezug auf den neu gefaßten § 223 RVO eine Kostenkenntnisaktion durch (Jacob 1979). Dabei werden den Versicherten unter dem Motto "Kostenbewußtsein setzt Kostenkenntnis voraus" Auszüge aus der Leistungsabrechnung zugeschickt. Welche Wirkungen allerdings von dem gehobenen Kostenbewußtsein ausgehen, bleibt im unklaren. Eine Steigerung des Solidarbewußtseins wird von dieser Aktion nicht erwartet. Auch mit Verhaltensänderungen der Versicherten (z.B. kurzfristige Zurückhaltung bei der Leistungsanspruchnahme) als Folge der Aktion wird nicht gerechnet. Vielmehr wird als langfristiger

Effekt eine größere Anerkennung der Leistungen der Krankenkasse durch die Versicherten erhofft. Durch die finanzielle Offenlegung des für die Versicherten im allgemeinen nicht durchsichtigen Dreiecksverhältnisses Patient-Arzt-Krankenkasse erhofft man sich zusätzlich eine atmosphärische Verbesserung zwischen den Vertragspartnern.

Eine pauschale, unkommentierte Information aller Versicherten über alle jeweils von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und verursachten Kosten wird abgelehnt. Man ist sich der zwiespältigen Wirkung einer solchen Kostenaufstellung ("Kontoauszug") durchaus bewußt: Versicherte, die Kosten verursachen, die geringer sind als ihre individuellen Beiträge, könnten sich zu "moral hazard"-Verhalten veranlaßt fühlen, Versicherte mit Kosten, die die Beitragsleistungen erheblich übersteigen, könnten den Kontoauszug als vorwurfsvoll gemeinte Vorhaltung empfinden; beide Reaktionsweisen sind gänzlich unerwünscht und gefährden die in der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegende Solidarität in der Lastenverteilung. Auf seiten der BKK sieht man daher die Notwendigkeit, erstens nur die Versicherten in die Aktion einzubeziehen, die sich mit dem Verfahren einverstanden erklären, zweitens diese nur über ausgewählte Leistungsbereiche und deren Kosten zu informieren und drittens in Verbindung mit der Information auf die allgemeinen Beratungsangebote der Kasse hinzuweisen.

Das konkret gewählte Verfahren bei der Auswahl der zu benachrichtigenden Versicherten besteht darin, daß dem Versicherten vorgeschlagen wird, ihn mit dem Kontoauszug zu beliefern; nur wenn er in einem besonderen Antwortschreiben seine Ablehnung erklärt, werden die Unterlagen nicht an ihn versandt. Für die Auswahl der Leistungsbereiche existieren keine detaillierteren Kriterien, die sich auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung beziehen. Der unspezifische Verweis auf Beratungsmöglichkeiten der Kasse und die freundlichen Genesungswünsche müssen eher unter Werbegesichtspunkten als unter dem Aspekt eines Beitrages zur Verbesserung der medizinischen und sozialen Versorgung der Versicherten gesehen werden.

Weitergehende, bislang jedoch noch nicht realisierte Möglichkeiten drängen sich der BKK Hül's auf: Im Bereich der Arzneimittelversorgung wird die Chance gesehen, Vielfach- und Übermedikationsfälle unter Hinzuziehung beratender Ärzte zu überprüfen und die Zweckmäßigkeit der Verordnungen im Hinblick auf die gestellten Diagnosen kritisch zu beurteilen. Diese bisher nicht weiter ausgeformte und konkretisierte Idee würde allerdings über die gegenwärtige Praxis der BKK Hül's weit hinausführen und in Richtung der stärker inhaltlich geprägten Konzepte in den hier beschriebenen Modellversuchen gehen.

c) AOK Minden-Lübbecke

Auch bei der AOK Minden-Lübbecke werden Maßnahmen zur Information der Versicherten über abgerechnete Behandlungskosten durchgeführt. Diese Information wird jedoch nicht generell, sondern gezielt vorgenommen, z.B. in folgenden Fällen: "... wir halten es beispielsweise für angebracht, Versicherte darauf aufmerksam zu machen, welche Mehrkosten für die Gemeinschaft entstehen, wenn ein Patient den Arzt fast regelmäßig außerhalb der Sprechstundenzeit aufsucht oder wenn der Arzt um einen Besuch gebeten wird, obwohl der Versicherte die Sprechstunde hätte aufsuchen können. Auch Parallelbehandlungen von Versicherten - diese können ja nur von der Krankenkasse erkannt werden, wenn der Versicherte den Arzt nicht davon verständigt - sind für uns Grund genug, den Versicherten darauf hinzuweisen, daß sein Verhalten bedenklich ist und welche Kosten dadurch entstehen" (Oevermann 1980, S. 2636).

Das Ziel der Information liegt im wesentlichen in der Kostendämpfung. Die Einsicht des Versicherten in die Kostenwirkung seines Verhaltens soll zu einem verantwortungsbewußteren und an dem Kriterium der Sparsamkeit orientierten Versichertenverhalten führen. "Wir bestreiten auch nicht, daß sich ein großer Teil der Versicherten nur mit Mühe oder vielleicht auch gar nicht an Einzelheiten bei der ärztlichen

Behandlung erinnert. Aber wird nicht doch die Information über Kosten oder das Gespräch mit dem Versicherten dazu führen, daß sich in der Bevölkerung die Erkenntnis durchsetzt, daß die Leistungen der Krankenkasse nicht umsonst zu haben sind?" (ebd.)

Die Versicherten werden im einzelnen nur über die ärztlichen Behandlungskosten informiert. Dabei werden die Kosten nach den Behandlungstagen gegliedert angegeben und nach

- Beratung,
- Besuch,
- eingehende Untersuchung,
- Injektionen und
- sonstige Leistungen

untergliedert (Deutsches Ärzteblatt Nr. 8/1981, S. 321). Schließlich werden die Gesamtkosten der Behandlung als DM-Betrag mitgeteilt. Die Kenntnisnahme des Informationsschreibens der AOK soll durch den Versicherten mit seiner Unterschrift bestätigt werden. Die Ärzte der Region sind in einer Versammlung und im Einzelfall schriftlich über die Aktion informiert worden. Daß die Versicherten anläßlich der Kostenkenntnisaktion mit ihren Ärzten über die Behandlung und ihre Kosten sprechen, ist eine erwünschte Nebenfolge der Aktion. Den Versicherten wird im Zusammenhang mit der Kostenkenntnisaktion Gelegenheit zu einem ausführlichen Gespräch über das Kosten- und Leistungsspektrum mit einem Kassenmitarbeiter der Leistungsabteilung angeboten.

Neben den Versicherten werden die niedergelassenen Ärzte über einzelne von ihnen innerhalb eines bestimmten Zeitraumes verordnete Leistungsmengen und deren Kosten informiert. So unterrichtet die AOK Minden-Lübbecke seit ca. 15 Jahren regelmäßig die Ärzte über die Entwicklung der Kosten für die von ihnen je Quartal für die Versicherten der AOK verordneten Arzneimittel. In den letzten Jahren informiert die AOK außerdem die niedergelassenen Ärzte mit hohen Krankenhaus-einweisungsraten über die Zahl ihrer Einweisungen und ihre

damit gegebene Position in der Einweisungsstatistik. Die Informationen über Kosten und Mengen der abgerechneten Leistungen beziehen sich nicht auf einzelne Krankheitsfälle, sondern auf arztbezogene Leistungsaggregate. Eine auf die Behandlung einzelner Versicherter bezogene Leistungs- und Kosteninformation für behandelnde Ärzte findet nicht statt.

Eine unmittelbare Auswirkung der Transparenzbemühungen der AOK Minden-Lübbecke auf die Entwicklung der Leistungsanspruchnahme und -kosten ist weder generell noch für einzelne Leistungen festzustellen. Die AOK Minden-Lübbecke hat allerdings seit den sechziger Jahren ihren Beitragssatz in geringerem Umfang erhöhen müssen als die meisten anderen Ortskrankenkassen und liegt heute mit ihrem Beitragssatz im Vergleich zum Durchschnitt des Landesverbandes sehr günstig. Wieweit die Kostenkenntnisaktionen möglicherweise mittelbar zu dieser positiven Entwicklung beigetragen haben, ist nicht genau abschätzbar, zumal sie nur eine Teilaktivität der Kasse im Rahmen breiter angelegter Informations- und Beratungsleistungen für Versicherte und Vertragspartner darstellen.

1.3 Kritik des "Kontoauszugsmodells"

Alle drei dargestellten Beispiele für Kostenkenntnisaktionen haben bisher keine empirisch greifbaren Erfolge aufzuweisen (Jahn 1980, S. 74 ff.). Sie folgen einem "naiven" Konzept, das davon ausgeht, daß die bloße Kostenkenntnis schon an sich zu einer unter Finanzierungsaspekten sowie Aspekten der Verbesserung der medizinischen Versorgung vernünftigeren Handlungsorientierung bei Versicherten und Leistungserbringern führen kann. Die bisherigen Erfahrungen zeigen jedoch, daß sie dieses Ziel verfehlen, wenn die Information erstens nicht problemorientiert an Versicherte und Ärzte herangetragen und zweitens nicht mit der Vermittlung zusätzlicher Kompetenz verbunden wird, die erst eine verantwortungsbewußte Verhaltensänderung bei Versicherten und Ärzten ermöglicht.

Das Kontoauszugsmodell zur Kosten- und Leistungstransparenz

in der Gesetzlichen Krankenversicherung beruht auf der Vorstellung einer Vergleichbarkeit mit der Strom-, Gas- oder Fernmelderechnung. Dort werden Gebühren oder Verbrauchseinheiten für einen bestimmten Zeitraum abgerechnet. Die Rechnung dokumentiert ein vergangenes Verhalten, für das es - und das ist entscheidend - für den Handelnden im größeren oder kleineren Umfang reale Handlungsalternativen gegeben hätte bzw. für die Zukunft gibt. Für den Telefonkunden gibt es neben dem Verzicht auf Anrufe und der Reduktion ihrer Dauer die Möglichkeit des Ausweichens auf kostengünstigere Kommunikationsformen (Briefe, Besuche etc.). Für den Strom- und Gaskunden stehen bis zu einem gewissen Grad Alternativen bei der Wahl der Energieträger zur Verfügung, und er kann zwischen verschiedenen Modellen des Energienutzungsverhaltens (z.B. Heiztemperatur) und des Investitionskalküls bei den Verbrauchseinrichtungen (Gerätetypen usw.) abwägen. Es kann in diesen Bereichen davon ausgegangen werden, daß die Handlungsalternativen hinreichend bekannt sind.

Bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und deren Kosten ist die Situation davon grundlegend verschieden. Selbst wenn zunächst von dem zentralen Unterschied zwischen einem individuell zu finanzierenden Kauf von z.B. Kommunikations- oder Energieleistungen und der Finanzierung der Krankenversorgung durch eine Solidargemeinschaft abgesehen wird, bleiben entscheidende Differenzen in den Handlungsstrukturen bestehen. Die erste Frage betrifft dabei die Handlungsmöglichkeiten bzw. den Grad der Handlungsautonomie vor allem der Versicherten in der Krankenversicherung, aber auch der Ärzte und anderer Leistungserbringer hinsichtlich der Entscheidungen über die Leistungsinanspruchnahme und ihre Kosten. Entscheidend sind dabei in jedem Fall der Grad der Sachkunde und die Entscheidungsfähigkeit der handelnden Personen. Beim Versicherten in der Krankenversicherung muß aber davon ausgegangen werden, daß er über die Erstinanspruchnahme hinaus das Leistungsgeschehen nicht maßgeblich bestimmt. Und gerade im Bereich der Erstentscheidung über die Inanspruchnahme sind die Kostenwirkungen gering. Alle weiteren Leistungen können nur mit Zustimmung der Leistungserbringer

(d.h. vor allem der Ärzte) bewirkt werden. Diese sind jedoch selbst nicht Mitglieder der Solidargemeinschaft, die die Kosten zu tragen hat. Sie orientieren ihr Handeln am Maßstab der zweckmäßigen Krankenversorgung (d.h. nach den Regeln der ärztlichen Kunst), aber auch zum Teil an ihren einzelwirtschaftlichen Zielen. Zwar sind die Leistungserbringer auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung verpflichtet, die Umsetzung dieses Prinzips in allgemein-verbindliche Regeln ist jedoch kaum möglich.

Die zweite bedeutende Frage liegt mehr auf normativer Ebene: Soll ein Versicherter auf Leistungsanspruchnahme, d.h. in den meisten Fällen auf einen Arztbesuch verzichten? Wenn an eine Reduktion der Leistungsanspruchnahme gedacht ist, muß dem entgegeng gehalten werden, daß es dem Ziel einer optimalen Gesundheitsversorgung gerade entspricht, wenn Erkrankungen so früh wie möglich einer ärztlich fachkundigen Begutachtung und Behandlung zugeführt werden, da in den meisten Fällen nur der Arzt kompetent über Behandlungsnotwendigkeiten befinden kann. Für die Versicherten erscheint subjektiv der Arztbesuch geboten; unterließen sie die rechtzeitige Erstinanspruchnahme des Arztes aufgrund des "Abschreckungseffektes" einer isolierten Kostenmitteilung, wäre dieses Verhalten unsinnig. Wünschenswert wäre dagegen eine Kompetenzerweiterung bei den Versicherten (d.h. hier die Erweiterung ihrer Kenntnisse, ihres Gesundheitswissens und ihrer Entscheidungsfähigkeit), die sie in die Lage versetzt, Befindlichkeitsstörungen und leichtere Erkrankungen zu erkennen, bei denen eine ärztliche Behandlung nicht notwendig ist und die sie gegebenenfalls selbst behandeln können (Hausmittel).

Aus diesen Überlegungen ergibt sich, daß für ein kostenbewußtes, verantwortliches Leistungsanspruchnahmeverhalten die Kompetenz (im erläuterten Sinn) für die damit verbundenen Entscheidungen von ausschlaggebender Bedeutung ist. Eine Unterrichtung über die Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen als isolierte Maßnahme kann in diesem Sinne wünschenswerte Verhaltensänderungen nicht erzeugen. Unterrichtsmaßnahmen erscheinen aber dementsprechend in dem Maße

als sinnvoll, in dem sie die Kompetenz der Versicherten und Ärzte durch Vermittlung von Informationen und Einsichten zu steigern vermögen. Auf diesem Wege könnten tatsächlich die Voraussetzungen bei den Versicherten für die Entscheidung über die Erstinanspruchnahme eines Arztes und bei den Ärzten für eine Veränderung ihres Leistungsverhaltens modifiziert werden.

Die bisherigen Versuche nach dem "Kontoauszugsmodell" scheinen nicht zuletzt auch aus folgenden Gründen gescheitert zu sein: Der bloße Verweis auf die Finanzierung der vom einzelnen Versicherten in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen durch die Solidargemeinschaft bewirkt bei den benachrichtigten Versicherten keineswegs automatisch eine Tendenz zur größeren Verantwortlichkeit bei der Leistungsanspruchnahme. Die Solidargemeinschaft ist für den einzelnen Versicherten nur eine abstrakte Bezugs-, jedoch keine relevante Orientierungsgröße. Sie ist so abstrakt und wird so wenig als sozialer Zusammenhang erlebt, daß der Hinweis auf sie meist ohne Folgen bleibt.

Die Transparenzaktionen gehen in jedem Falle davon aus, daß es einen relativ breiten Spielraum des Patienten gibt, Leistungen in Anspruch zu nehmen, ihre Ausweitung zu veranlassen oder auf Inanspruchnahme zu verzichten. Für die Einschätzung der Wirkung von Kostentransparenzaktionen ist entscheidend, welche Handlungsorientierung bei den Versicherten für ihr Inanspruchnahmeverhalten vorausgesetzt wird. Dabei stehen sich zwei grundsätzliche Modellvorstellungen gegenüber: ein Modell der Handlungsorientierung an der individuellen Nutzenmaximierung (moral hazard: für "meinen" Beitrag möglichst viele und teure Leistungen) und ein Modell zur Orientierung am persönlichen Bedarf an Gesundheitsleistungen (Inanspruchnahme nur dann, wenn es die eigene Gesundheitssituation erfordert). Tatsächlich wird das Handeln der Versicherten zwar mehr oder weniger verschränkt durch beide Modellorientierungen bestimmt sein (Braun 1981, S. 25 ff.), für die Diskussion sozialpolitischer Maßnahmen erscheint jedoch eine idealtypische Betrachtung hinsichtlich

beider Modelle als möglich. Die Verfasser sehen zwar das Handeln der Versicherten als im wesentlichen von Bedarfs Gesichtspunkten bestimmt, ohne damit die Komplexität des Problems in Abrede zu stellen. Kostentransparenzaktionen müssen jedoch in jedem Fall daraufhin untersucht werden, auf welches Handlungsmodell beim Versicherten sie stärker ansprechen und welche Auswirkungen davon zu erwarten sind.

Selbst in den Fällen, in denen die Finanzierung der in Anspruch genommenen Leistungen durch die Solidargemeinschaft bewußt gesehen wird, wird der Versicherte durch die Kosteninformation nicht unbedingt zu größerer Sparsamkeit bzw. Zurückhaltung bei der Leistungsinanspruchnahme angehalten. Durch die Verschickung unkommentierter "Kontoauszüge" wird den Versicherten vielmehr eine Überlegung nahegelegt, die von einer Orientierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen am Bedarf wegführt. Der isolierte "Kontoauszug" stellt das vergangene Leistungsgeschehen nur in seinem Kosten-Resultat dar. Mit dieser einseitigen Darstellungsform wird möglicherweise bei den Versicherten ein Kalkül provoziert, das in einzelnen Fällen sogar zu Handlungsorientierungen führen kann, die der Kostendämpfungsabsicht widersprechen. Dabei sind zwei Fälle denkbar:

- Der Versicherte stellt fest, daß die von ihm verursachten Leistungskosten sehr viel niedriger sind als seine Beitragszahlungen zur Krankenversicherung. Und dies ist bei der Masse der Versicherten der Fall. Das Aufstellen einer solchen individuellen Bilanz könnte den Versicherten geradezu verleiten, seinen individuellen Nutzen an der GKV durch zusätzliche Leistungsinanspruchnahme zu maximieren. Gerade in diesen Fällen hätte die Kosteninformation als Kostendämpfungsinstrument versagt.
- Der Versicherte stellt fest, daß die von ihm verursachten Kosten die von ihm gezahlten Beiträge übersteigen. Dies ist vor allem bei den Versicherten der Fall, bei denen tatsächlich hohe Kosten aufgrund schwerwiegender Erkrankungen im Erfassungszeitraum anfallen. Diese Ver-

sicherten werden sich - mit vollem Recht - darauf berufen, es sei gerade der Sinn und Zweck einer Versicherung, bei einem schwerwiegenden individuellen Schadensfall das ökonomische Risiko auszugleichen. Wenn schon das individuelle Leid nicht vermieden werden könne, so sollten doch legitimerweise dessen finanzielle Folgekosten durch die Gemeinschaft getragen werden. Im übrigen könnten diese Personen ebenfalls die in früheren Perioden "zuviel" (gegenüber den selbst verursachten Kosten) gezahlten Beiträge gegen die aktuell angefallenen Kosten aufrechnen.

In beiden Fällen zeigt sich, daß die isolierte Kosteninformation dazu führen kann, daß auch medizinisch nicht notwendige Leistungen und sogar ein individuell kostensteigerndes Verhalten als legitim empfunden werden kann. Aus Umfragen ist das Problem bekannt, daß viele Versicherte z.B. nicht bereit sind, auf ein gleich wirksames, aber preiswerteres Medikament "umzusteigen". Neben der Einstellung "das Beste (teuerste) ist gerade gut genug" kann hier auch ein ausgeprägtes "Markenartikelbewußtsein" eine Rolle spielen. Die isolierte Kosteninformation kann gegenüber solchen Einstellungen gerade nicht als ein Beitrag zur Verbesserung des solidargemeinschaftlichen Bewußtseins in der Gesetzlichen Krankenversicherung angesehen werden, weil sie individuelle Bilanzierungsüberlegungen nahelegt.

Außerdem sind in diesem Zusammenhang sozialselektive Effekte zu berücksichtigen: Gerade bei höher verdienenden Mitgliedern der GKV (Höchstbeitragszahler) würde gegebenenfalls das "Anspruchsdenken" gegenüber dem medizinischen Leistungssystem noch gestärkt. Individuelle Bilanzüberlegungen würden bei diesem Personenkreis noch viel weniger zu sparsamer bzw. restriktiver Inanspruchnahme führen als beim Durchschnitt der Versicherten.

Daß die einfache Offenlegung der Kosten bestimmter medizinischer Leistungen nicht ohne weiteres zu kostenreduzierendem Verhalten führt, zeigt auch der gesetzlich vorgeschriebene

Preisaufdruck bei Medikamenten. Im Gegensatz zu den ursprünglichen Kostendämpfungsintentionen dieser Regelung hat sie vielfach zu Akzeptanzproblemen bei wirksamen, "aber" preiswerten Arzneimitteln geführt und den Wunsch nach teureren Medikamenten hervorgerufen.

Die Orientierung an den erläuterten Nutzen-Maximierungs-Modellen ist für die Gesamtheit der Leistungsinanspruchnahme in der Gesetzlichen Krankenversicherung nur von marginaler Bedeutung. Zur verstärkten Ausrichtung der Gesundheitsversorgung am medizinischen Leistungsbedarf stellt die hier vorgeschlagene Konzeption für Verfahren zur Leistungs- und Kostentransparenz gerade die Kompetenzerweiterung für Versicherte und Ärzte in den Vordergrund. Im Gegensatz zur einseitigen Hervorhebung des Kostenaspekts beim "Kontoauszug" stellen Verfahren im Sinne des § 223 RVO die medizinisch-inhaltliche Argumentation zu den Behandlungsproblemen bestimmter Krankheitsfälle in den Vordergrund.

2. Prüfung des Leistungsgeschehens in der Gesetzlichen Krankenversicherung

2.1 Allgemeines

Ein wesentliches Element von Verfahren zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz ist die Überprüfung von Krankheitsfällen. Nach der Vorschrift von § 223 RVO, die als Leitfaden für die Entwicklung dieser Verfahren dient, ist eine solche Überprüfung explizit vorgesehen. Um den besonderen Charakter dieser Überprüfung herauszuarbeiten, muß sie einerseits gegenüber den sonst in der GKV praktizierten Prüfverfahren abgegrenzt werden. Andererseits kann für die Entwicklung eines angemessenen Prüfverfahrens auf die Erfahrungen der gesetzlichen Krankenkassen zurückgegriffen werden, die sie im Rahmen der verschiedenen Verfahren zur Prüfung des Leistungsgeschehens gewonnen haben.

Die Reichsversicherungsordnung bestimmt, daß die von den ge-

setzunglichen Krankenkassen gewährten Leistungen zur Krankenpflege, Krankenhauspflege, Behandlung in Kur- und Spezial-einrichtungen sowie zur Früherkennung von Krankheiten ausreichend und zweckmäßig sein müssen, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen (§§ 182 Abs. 2, 184 Abs. 1 Satz 2, 184 a Satz 2, 181 Abs. 2 Satz 1 RVO). Speziell zur kassenärztlichen Versorgung, zu deren Sicherstellung Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen zusammenwirken (§ 368 Abs. 1 Satz 1 RVO), führt die RVO aus, daß der Versicherte auf diejenige ärztliche Versorgung Anspruch hat, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist (§ 368 e Satz 1 RVO, übernommen in § 4 Abs. 2 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte). Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolgs nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt darf sie nicht bewirken oder verordnen und die Krankenkasse darf sie nicht nachträglich bewilligen (§ 368 e Satz 2 RVO, § 4 Abs. 2 Satz 2 BMV-Ä). Heilmaßnahmen, insbesondere Arzneien und Heilmittel, sind hinsichtlich ihrer Art und ihres Umfanges bei sorgfältiger Prüfung der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu verordnen (§ 28 Abs. 2 BMV-Ä). Ebenso wie die kassenärztliche Versorgung muß auch die Krankenhauspflege dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit genügen (§ 372 Abs. 2 Nr. 3 RVO, §§ 4 Abs. 1 u. 17 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz, § 17 Abs. 1 Bundespflegegesetzverordnung).

Die einschlägigen Bestimmungen lassen sich dahingehend zusammenfassen, daß die von den Krankenkassen gewährten Leistungen notwendig, ausreichend, zweckmäßig und insbesondere im Rahmen der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung und der Krankenhauspflege wirtschaftlich sein müssen, wobei der Leistungszweck darin besteht, Krankheiten zu erkennen, zu heilen, zu bessern/zu lindern und ihre Verschlimmerung zu verhüten (§§ 184 Abs. 1 Satz 1, 184a Satz 1 u. 368e Satz 1 RVO), und dieser Leistungszweck nach den Regeln der ärztlichen Kunst (§ 368e Satz 1 RVO) und unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wis-

senschaft und Technik sowie der Möglichkeiten der Rationalisierung und Modernisierung (§ 368 Abs. 3 RVO) erreicht werden soll.

Von den vier zentralen Begriffen "notwendig", "ausreichend", "zweckmäßig" und "wirtschaftlich", die allesamt unbestimmte Rechtsbegriffe sind, kennzeichnen die ersten drei vage ein Niveau medizinischer Versorgung, das je nach finanziellen Ressourcen, je nach herrschendem Verständnis von Behandlungsbedürftigen Krankheiten, je nach bestehenden Behandlungsmöglichkeiten durch Medizin und Medizintechnik, je nach Sozialgesetzgebung sowie Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten historisch unterschiedlich ausgeprägt und gesellschaftlich eben als ausreichend, notwendig und zweckmäßig anerkannt ist. Durch die Unbestimmtheit der Begriffe trägt die RVO flexibel dem kontinuierlichen Wandel des als notwendig, ausreichend und zweckmäßig geltenden Niveaus medizinischer Versorgung Rechnung, das zu unterschiedlichen Zeiten gesellschaftlich jeweils anders definiert wird. Was über dieses zeitgebundene Niveau hinaus jeweils an medizinischer Versorgung möglich ist ("Luxusmedizin"), kann zwar noch gesundheitlichen Nutzen stiften, geht aber über das Niveau des Notwendigen, Zweckmäßigen und Ausreichenden hinaus und weist einen abnehmenden Zuwachs an Nutzen auf. Das Notwendige, Ausreichende und Zweckmäßige wird im folgenden unter dem Begriff des Zweckmäßigen zusammengefaßt.

Nach der RVO soll das Zweckmäßige wirtschaftlich sein. Dabei deckt sich der RVO-Terminus Wirtschaftlichkeit nicht mit der ökonomischen Kategorie Effizienz; RVO-Sprache und ökonomische Begrifflichkeit sind nicht kongruent. Effizienz mißt sich u.a. daran, ob das jeweils Zweckmäßige mit dem geringstmöglichen Aufwand und zu den geringstmöglichen Kosten erreicht wird. In der GKV dagegen kommt es gar nicht auf die Zweck-Mittel-Relation an, wird bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit (der ärztlichen Behandlung und Arzneimittelverordnung) in der Regel nicht danach gefragt, ob mit dem Mitteleinsatz der Zweck überhaupt erreicht wird, sondern es wird lediglich gefragt, ob die (ärztlichen Behandlungs- und

Verordnungs-)Kosten nicht allzuweit vom Durchschnitt entfernt sind: Ein Durchschnittswert und eine Abweichung von diesem Wert in einem bestimmten Rahmen werden als wirtschaftlich angesehen (Töns 1983, S. 500). Dieser Wirtschaftlichkeitsbegriff der GKV basiert auf der Fiktion, alle Ärzte würden den Grad von Zweckmäßigkeit, das Niveau medizinischer Versorgung erreichen, das jeweils gesellschaftlich anerkannt ist, und der eine Arzt würde dabei mehr, der andere weniger Kosten verursachen.

Ob die Gebote der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit eingehalten werden, wird in der GKV in besonderen Verfahren überprüft. Darüber hinaus wird das Leistungsgeschehen im Hinblick darauf überprüft, ob Versicherte überhaupt berechtigt sind, Leistungen in Anspruch zu nehmen, ob die Krankenkasse verpflichtet ist, Leistungen zu tragen, ob die von den Leistungserbringern abgerechneten Leistungen rechtmäßig erbracht, richtig berechnet und ob sie tatsächlich erbracht - und nicht nur berechnet - wurden; diese Prüfungen werden hier als Richtigkeitsprüfung bezeichnet. Im folgenden werden die z.T. seit Bestehen der GKV angewandten und im Laufe der Entwicklung hinzugetretenen bzw. verfeinerten Verfahren zur Prüfung von Richtigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit behandelt. Die Mehrzahl der verschiedenen Prüfverfahren hat weitgehend die gleichen Sachverhalte (Leistungen) zum Inhalt, die lediglich aus verschiedenen Blickwinkeln (Richtigkeit, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit) betrachtet werden.

2.2 Richtigkeitsprüfung

Im Zusammenhang mit Leistungsgewährung und Leistungsabrechnung wird bei der Krankenkasse die Einhaltung der sozialversicherungsrechtlichen und verwaltungstechnischen Vorschriften geprüft. Auch wenn es für die Prüfungen z.T. kein gesondertes und formalisiertes Verfahren gibt, d.h. nur im normalen Verwaltungsvollzug auch auf die "Richtigkeit" der Vorgänge im oben bereits erläuterten Sinne (2.1) geachtet wird,

sollen diese Tätigkeiten der Kassen unter dem Oberbegriff "Richtigkeitsprüfung" zusammengefaßt werden.

Bei der Richtigkeitsprüfung handelt es sich zunächst um die Prüfung der Anspruchsberechtigung des einzelnen Versicherten. Diese Prüfung kann der allgemeinen wie einer besonderen, leistungsspezifischen Anspruchsberechtigung gelten. So wird z.B. in einzelnen Fällen hinsichtlich der allgemeinen Anspruchsberechtigung geprüft, ob die Person, für die Krankenscheine und Abrechnungen an die Krankenkasse geleitet werden, bei dieser Kasse versichert ist. Oder es wird überprüft, ob weiterversicherte Personen (von der Pflichtmitgliedschaft in freiwillige Mitgliedschaft übergegangene Versicherte), die in der Zeit vom 11. bis zum letzten Tag des Monats nach Beginn der Weiterversicherung erkranken, sich innerhalb der ersten 10 Tage des Monats für die Weiterversicherung entschieden und dies der Krankenkasse angezeigt haben, denn nur bei Einhaltung der Frist haben sie einen Anspruch auf Leistungen der Krankenhilfe.

Im Rahmen der besonderen, auf bestimmte Leistungen bezogenen Prüfung der Anspruchsberechtigung wird z.B. geprüft, ob ein arbeitsunfähig geschriebener Versicherter die Voraussetzungen für den Bezug von Krankengeld erfüllt. Bei häuslicher Krankenpflege wird u.a. geprüft, ob nicht eine im Haushalt des Versicherten lebende Person den Krankenversicherten pflegen kann. Bei Beantragung von Haushaltshilfe ist zu prüfen, ob die bisher den Haushalt führende Person z.B. wegen eines Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Entbindungsanstalt an der Weiterführung des Haushalts verhindert ist.

Auch die Prüfung der Frage, ob die Krankenkasse oder ein anderer Leistungsträger in konkreten Fällen leistungspflichtig ist, gehört zum traditionellen Verwaltungsgeschäft der Kassen. So wird z.B. geprüft, ob ein Versicherter mit ungewöhnlich langer Verweilzeit im Krankenhaus vielleicht nur deshalb Krankenhauspflege erhält, weil ein Platz im Pflegeheim nicht zur Verfügung steht; hier ist u.U. der Sozialhilfeträ-

ger leistungspflichtig. Bei stationärer Behandlung in Kur- und Spezialeinrichtungen, Behindertensport und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation ist die Krankenversicherung grundsätzlich nur nachrangig leistungspflichtig; Vorrang haben hier die Rehabilitationsträger anderer Sozialleistungsbereiche (z.B. Rentenversicherungsträger); die Krankenkasse ist nur dann leistungspflichtig, wenn der Versicherte Behandlung in Kur- und Spezialeinrichtungen nicht von einem anderen Träger der Sozialversicherung oder nach dem Bundesversorgungsgesetz erhalten kann bzw. wenn bei Behindertensport und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation die Krankenkasse oder ein anderer Träger der Krankenversicherung zuletzt Krankenhilfe gewährt hat oder noch gewährt.

Ein weiterer Typ von Richtigkeitsprüfung ist die sachliche und rechnerische Überprüfung der Abrechnungen (und Kostenpläne) der Leistungserbringer. Hierbei geht es u.a. um die Fragen, ob bestehende Einschränkungen beachtet wurden - so kann eine "eingehende ärztliche Untersuchung" eines Versicherten nur einmal im Quartal abgerechnet werden -, ob die Addition der einzelnen Werte korrekt ausgeführt wurde u.a.m. Zwar ist die sachliche und rechnerische Prüfung der Abrechnungen der Leistungserbringer vornehmlich Aufgabe ihrer Selbstverwaltungskörperschaften (Kassenärztliche Vereinigungen, Apothekenabrechnungsstellen), doch haben auch die Krankenkassen die Möglichkeit, hier prüfend tätig zu werden, was bei der Menge der anfallenden Belege von Ärzten, Apothekern, Optikern, Hilfsmittellieferanten usw. allerdings - wenn überhaupt - nur in sehr kleinen Stichproben geschieht.

Eine Prüfung, ob abgerechnete Leistungen auch tatsächlich erbracht wurden, erfolgt seitens der Krankenkassen bisher nur sehr selten. Nach dem zur Zeit praktizierten Abrechnungsverfahren bleibt es dem Zufall überlassen, ob Auffälligkeiten oder Unregelmäßigkeiten auf den Abrechnungsunterlagen entdeckt werden (z.B. nachträgliche Eintragungen auf Verordnungsblättern in anderer Schrift ohne Gegenzeichnung des verordnenden Arztes). Besteht der begründete Verdacht auf Betrug, so können die Krankenkassen die Strafverfol-

gungsbehörden einschalten, was u.U. strafrechtliche Sanktionen zur Folge hat.

Auf eine Intensivierung der "Tatsächlichkeitsprüfung" zielen die Vorschläge, nach denen die Versicherten den Empfang der Leistungen quittieren sollen.

2.3 Zweckmäßigkeitsprüfung

Die Prüfung der Zweckmäßigkeit orientiert sich an wissenschaftlichen und schulmedizinischen Normen sowie an praktischen, vor allem ärztlichen Erfahrungen. Sie kann eine einzelne Leistung (z.B. die Verordnung eines Medikaments), eine Behandlungsweise (z.B. medikamentöse Therapie) oder eine Behandlungsinstitution (z.B. Krankenhaus) betreffen. Die Zweckmäßigkeitsprüfung kann aufgrund von Informationen über den einzelnen Krankheitsfall (z.B. begründete Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit) oder aufgrund von behandlungsepidemiologischen Daten (z.B. stark überdurchschnittliche Werte eines Krankenhauses bezüglich Fallzahl und Verweildauer bei bestimmten Krankheiten) veranlaßt werden und erfolgt jeweils im Einzelfall. Sie wird vornehmlich von den Vertrauensärzten im Auftrag der Kassen (seit den 1930er Jahren), z.T. aber auch von Mitarbeitern der Leistungsabteilungen der Kassen (z.B. Rehabilitationssachbearbeiter) durchgeführt.

Der Vertrauensarzt prüft z.B. die Zweckmäßigkeit der ärztlichen Verordnung von Arbeitsruhe (Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit). In geringem Maße wird der Vertrauensärztliche Dienst von Krankenkassen auch zur Begutachtung von Arzneimittelverordnungen in Anspruch genommen (AGKV 1979); dabei prüft der Vertrauensarzt, ob die Arzneimittelverordnung überhaupt zweckmäßig oder andere Therapieformen (z.B. physikalische Therapie) angebracht bzw. ob die einzelnen verordneten Medikamente zweckmäßig sind. Bei Krankenhauspflege stellt sich ihm ebenfalls die Frage, ob diese notwendig oder ob ambulante Behandlung ausreichend ist. Eine wesentliche Aufgabe des Vertrauensarztes besteht in der Prüfung, ob und

welche Rehabilitationsmaßnahmen zweckmäßigerweise eingeleitet werden sollen. Hierbei kommt auch der Leistungsabteilung der Kasse eine prüfende Funktion zu, ebenso wie bei Krankheitsfällen, in denen außer Rehabilitationsmaßnahmen andere flankierende Maßnahmen, z.B. Beratung und Betreuung des Versicherten durch den Sozialen Dienst der Kasse, angezeigt sind.

Die Übergänge zwischen der Zweckmäßigkeitsprüfung von Rehabilitationsmaßnahmen und der Prüfung der Zweckmäßigkeit von Maßnahmen der tertiären Prävention (Verhütung von Reinzidenz) sind fließend. Auch bei Maßnahmen der primären Prävention (Verhütung von Inzidenz) findet eine Zweckmäßigkeitsprüfung statt, z.B. durch den Vertrauensärztlichen Dienst im Hinblick auf Kuren, die erforderlich und geeignet (zweckmäßig) sind, eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen oder einer Gefährdung der normalen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (§ 187 Abs. 2 Nr. 1 RVO). Andere Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen der einzelnen Kassenmitglieder (§ 187 Abs. 1 Nr. 2 RVO), z.B. orthopädisches Turnen zur Abwendung drohender Körperschäden, unterliegen ebenfalls der Zweckmäßigkeitsprüfung. Dabei handelt es sich jedoch um Maßnahmen, die in der Satzung der Kasse vorgesehen sein müssen und deren Durchführung im Einzelfall als zweckmäßig erachtet werden muß. Die Kassenverwaltung stellt nicht die Frage nach den Ursachen von Krankheiten und prüft nicht, welche Gesundheitsschutzmaßnahmen zweckmäßig sind, um Krankheiten zu verhüten und das Leistungs- und Kostenniveau zu senken.

2.4 Wirtschaftlichkeitsprüfung

Für die kassenärztliche Versorgung, die kassenzahnärztliche Versorgung und den Krankenhausbereich gibt es besondere Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

a) Prüfung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung geht in der Regel von einer statistischen Norm aus: Geprüft wird die Behandlungs- und Ordnungsweise eines Arztes, wenn seine Honoraranforderungen bzw. die durch ihn verursachten Arzneimittelkosten je Behandlungsfall den Durchschnitt der Honoraranforderungen bzw. Arzneimittelkosten aller Kassenärzte seiner (Fach-)Arztgruppe je Fall um einen bestimmten Satz überschreiten. Der zulässige Überschreitungssatz ist in Prüfvereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der (RVO-)Krankenkassen in unterschiedlicher Höhe festgesetzt. Nach der Rechtssprechung liegt die begründete Vermutung auf unwirtschaftliches Verhalten bei Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um mehr als 40 % vor. Steht der durchschnittliche Fallwert des Arztes in einem offensichtlichen Mißverhältnis zum durchschnittlichen Fallwert seiner Fachgruppe - bei einem Überschreitungssatz von ca. 60 % und mehr (Raddatz/Szidat 1979 ff.) - und lassen sich keine sog. kompensationsfähigen Ersparnisse oder Praxisbesonderheiten finden, die das offensichtliche Mißverhältnis gerechtfertigt erscheinen lassen, gilt die Unwirtschaftlichkeit als erwiesen. Liegt der durchschnittliche Fallwert des Arztes zwischen ca. 40 und 60 % über dem durchschnittlichen Fallwert seiner Gruppe, muß anhand von Einzelfällen geprüft werden, ob der Arzt sich unwirtschaftlich verhalten hat. Wird auf Unwirtschaftlichkeit erkannt, muß der Arzt im Gegenzug beweisen, daß er wirtschaftlich gehandelt hat, will er eine Honorarkürzung bzw. den Arzneimittelregreß vermeiden.

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der kassen-(vertrags)-ärztlichen Behandlung obliegt zunächst den Prüfärzten der Kassenärztlichen Vereinigungen, sodann den bei den Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichteten Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen (RVO-Kassen) bzw. Prüfungs- und Beschwerdekommisionen (Ersatzkassen), in denen Ärzte und Kassen vertreten sind. Die Prüfinitiative liegt grundsätzlich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, doch können auch die Krankenkassen die Prüfungsausschüsse/-kommissionen anrufen. In Bezug auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Arznei-

mittelverordnung geht die Initiative allein von den Kassen aus, da bei ihnen die entsprechenden Belege eingehen.

Die übliche, an Durchschnittswerten orientierte Prüfpraxis wird in mehrfacher Hinsicht kritisiert. Grundsätzlich ist zu sagen, daß das Durchschnittliche keineswegs per se als das Wirtschaftliche angesehen werden kann. Die durchschnittliche Behandlungs- und Ordnungsweise einer Facharztgruppe braucht nicht an sich wirtschaftlich zu sein. Sie wird aber im gegenwärtigen Verfahren als Maßstab der Wirtschaftlichkeit unterstellt. Kommt es z.B. zu einer Anhebung der Fallwerte einer Vielzahl von Ärzten einer Fachgruppe und zu einer gleichförmigen Intensivierung ihrer Arzneimittelverordnungen in einem Quartal, so werden weniger Ärzte einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen, obwohl sich mehr Ärzte unwirtschaftlich verhalten haben können.

Da die Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Ordnungsweise eines Arztes zunächst an dem durchschnittlichen Fallwert im Vergleich zum Fallwert seiner Fachgruppe gemessen wird, fördert die Wirtschaftlichkeitsprüfung tendenziell eine Fallzahlsteigerung auf "Kosten" der Behandlungsintensität des einzelnen Falles. Ein Arzt, der mehr Leistungen selbst erbringt, kommt auf einen höheren durchschnittlichen Fallwert und eher in die Wirtschaftlichkeitsprüfung als ein Kollege, der mehr überweist und einen geringeren durchschnittlichen Fallwert erreicht, dafür aber mehr Fälle behandeln kann. Die von einem Arzt veranlaßten Leistungen wie Überweisungen oder Einweisungen ins Krankenhaus werden in der Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Regel nicht berücksichtigt.

Wie bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arzneimittelverordnungsweise die Gesamttätigkeit des Arztes berücksichtigt werden soll (Nr. 9 Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen), was aber kaum geschieht, müßte auch zur Beurteilung der Behandlungsweise die Gesamttätigkeit des Arztes analysiert werden. Eine Ergänzung der praktizierten Wirtschaftlichkeitsprüfung wäre möglich durch Einbeziehung

- der vom Arzt verordneten Krankenhauspflege;
- der vom Arzt durch Überweisung veranlaßten ärztlichen Leistungen und weiterer ärztlicher Leistungen, die über den Überweisungsauftrag hinausgehen;
- der Verordnung von Arbeitsunfähigkeit;
- der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln;
- der Verordnung von Hauspflege (einschl. Hausbesuche).

In diesen Zusammenhang wären dann auch die Arzneimittelverordnungen zu stellen. Dabei wäre eine Verfeinerung in der Weise möglich, daß geprüft wird, ob der jeweilige Arzt bei Vorhandensein mehrerer gleichartiger, aber im Preis unterschiedlicher Medikamente die preisgünstigeren verordnet, was ihm z.B. mit Hilfe der "Preisvergleichsliste" (Arzneimittelrichtlinien) möglich ist.

Es müßten also die Ausgaben für die vom einzelnen Arzt erbrachten, veranlaßten und verordneten Leistungen je Fall in die Berechnung einbezogen und diese Ausgaben mit dem durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe verglichen werden. Die dazu benötigten Informationen liegen allerdings nur den Krankenkassen vor; die Kassenärztlichen Vereinigungen haben lediglich Daten über die vom Arzt erbrachten Leistungen. Zum Teil sind die Krankenkassen auch bereits dazu übergegangen, die gängige Wirtschaftlichkeitsprüfung "anzureichern". So werden von einer Reihe von Kassen die Verordnungen von Arbeitsunfähigkeit, im Zusammenhang mit dem "Bayern-Vertrag" die Krankenhauseinweisungen und von der AOK Dortmund die Überweisungen (Epping 1983) für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nutzbar gemacht.

Diese Ausdehnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung mag zu mehr Prüfgerechtigkeit unter den Ärzten einer Fachgruppe beitragen, ob sie auch zu mehr Wirtschaftlichkeit beiträgt, ist jedoch fraglich. Denn die Orientierung am Durchschnitt, der als das Wirtschaftliche schlechthin unterstellt wird, und die Vernachlässigung einer inhaltlichen Prüfung, nämlich der Zweckmäßigkeit von Leistungen im Zusammenhang der Wirtschaftlichkeitsprüfung (nur stichprobenweise in Einzelfällen), bleiben erhalten.

b) Wirtschaftlichkeitsprüfung der kassenzahnärztlichen Behandlung

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung kassenzahnärztlicher Behandlung entspricht im wesentlichen der Wirtschaftlichkeitsprüfung kassenärztlicher Behandlung, weist allerdings den Unterschied auf, daß prothetische Behandlungen, die - wie bei genehmigungspflichtigen Heil- und Hilfsmitteln in der kassenärztlichen Versorgung - anhand von Heil- und Kostenplänen vorher von den Krankenkassen zu prüfen und zu genehmigen sind, bislang noch der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen. Der Bundesverband der Ortskrankenkassen hat jüngst mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung ein neues Verfahren für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Zahnersatz und Zahnkronen vereinbart, das die nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung ausschließt. Danach sollen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen künftig Zahnärzte ermitteln, deren Abrechnungen auf ein "unausgewogenes Verhältnis" insbesondere zwischen konservierender Behandlung sowie Zahnersatz und Zahnkronen hindeuten, und diese Zahnärzte im Hinblick auf eine wirtschaftliche prothetische Behandlung beraten. Kommt es bei diesen Zahnärzten nicht zu einer wirtschaftlicheren Behandlungsweise, so werden ihre Heil- und Kostenpläne einem aus Vertretern der Zahnärzte und Krankenkassen bestehenden Gutachtergremium vorgelegt, das die Pläne ablehnen und wirtschaftlichere Alternativvorschläge unterbreiten kann, die der Zahnarzt bei seiner Behandlung beachten soll.

c) Wirtschaftlichkeitsprüfung für die stationäre Behandlung

Die Wirtschaftlichkeit der stationären Behandlung ist Thema der Pflegesatzverhandlungen zwischen den Vertretern der Krankenhäuser, der Sozialleistungsträger und der privaten Krankenversicherungen. Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit werden die Selbstkostenblätter der Krankenhäuser herangezogen. Auf Antrag eines Beteiligten kann die zuständige Landesbehörde eine besondere Überprüfung der Wirtschaftsfüh-

rung des Krankenhauses veranlassen (§ 17 Abs. 1 Satz 5 Bundespflegesatzverordnung). Darüber hinaus können die Krankenkassen auf der Basis des Krankheitsartenprofilblatts der Krankenhausverweildauer-Statistik, die vom Bundesverband der Ortskrankenkassen herausgegeben wird und die Fallzahlen und Verweilzeiten eines Krankenhauses nach Krankheitsarten den Durchschnittswerten vergleichbarer Krankenhäuser gegenüberstellt, eine am Durchschnitt orientierte Prüfung bestimmter Kennzahlen für die im Krankenhaus erbrachten medizinischen Leistungen vornehmen. Zur Überprüfung der Verweildauer können sich die Krankenkassen auch auf die nicht von Durchschnittswerten, sondern medizinisch-inhaltlichen Kriterien ausgehende Liste der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung sowie auf Einzelfall-Gutachten der Vertrauensärzte stützen. Während Verweildauer-Gutachten der Vertrauensärzte nicht selten angefordert und erstattet werden, sind die Vertrauensärzte kaum mit der Prüfung der Frage befaßt, ob stationäre Behandlung überhaupt notwendig ist und ambulante Behandlung ausreichend wäre.

Das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz von 1981 hat besondere Ausschüsse für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhauspflege vorgesehen. Nach Art. 2 Nr. 9 KHKG bzw. § 373 RVO haben diese Prüfungsausschüsse die Aufgabe, die Einhaltung der Wirtschaftlichkeit der Erbringung von Krankenhauspflege im Einzelfall zu überwachen und mit Unterstützung von Vertrauensärzten oder anderen Sachverständigen Empfehlungen abzugeben, die von den Vertragspartnern zu beachten sind. Im Unterschied zur Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Kassenärztlichen Versorgung kommt es hier also nicht zu einer Kürzung des Pflegesatzes bzw. einem Regreß. Inhalt der Prüfung im Einzelfall kann sein, ob die stationäre Behandlung überhaupt erforderlich war, ob die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen notwendig und zweckmäßig waren und ob die Verweildauer angemessen war; die Empfehlungen im Hinblick auf die Krankenhauspraxis können in künftigen Fällen entsprechenden Inhalt haben (Grünwald 1982). Dies bedeutet eine Orientierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung an medizinischen Normen. Da die Landesverbände der Krankenkassen und die

Krankenhausgesellschaften im Lande Prüfungsvereinbarungen, die das Nähere u.a. über das Verfahren vor den Prüfungsausschüssen regeln sollen, noch nicht abgeschlossen haben, existieren die Prüfungsausschüsse noch nicht.

2.5 Die Prüfung von Krankheitsfällen in der Richtigkeits-, Zweckmäßigkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfung

Wie gezeigt, findet in der Richtigkeits-, Zweckmäßigkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfung nur begrenzt eine Prüfung von Krankheitsfällen, wie sie im Sinne von § 223 RVO vorgesehen ist, statt. Zum großen Teil dienen die bestehenden Prüfverfahren anderen Zwecken. Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung werden z.B. die ärztliche Behandlungs- und Ordnungsweise geprüft, nicht Krankheitsfälle (zur Abgrenzung der Prüfung nach § 223 RVO von der Wirtschaftlichkeitsprüfung vgl. auch Kap. 3); gleichwohl wird dabei stichprobenweise im Einzelfall auf Krankheitsfälle rekuriert. Die formale Richtigkeitsprüfung hat nur entfernt etwas mit der inhaltlichen Prüfung von Krankheitsfällen gemeinsam. Am intensivsten werden einzelne Krankheitsfälle im Rahmen der Zweckmäßigkeitsprüfung inhaltlich geprüft; die Zweckmäßigkeitsprüfung kommt einer Prüfung im Sinne von § 223 RVO damit am nächsten.

3. Zum Verständnis von § 223 RVO

Für die Konzeption von Verfahren zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz in der Gesetzlichen Krankenversicherung stellt § 223 RVO die richtungsweisende Vorschrift dar. In diesem Kapitel wird sie daher ausführlich interpretiert.

Im Rahmen des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) von 1977 wurden die Krankenkassen durch § 223 RVO ermächtigt, in geeigneten Fällen im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhausträgern sowie den Vertrauensärzten Krankheitsfälle im Hinblick auf die in Anspruch genommenen Leistungen zu überprüfen und die Versi-

cherten und Ärzte über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten zu unterrichten. Der § 223 RVO wurde damals als eine zusätzliche Möglichkeit der Kassen geschaffen, die Leistungs- und Kostentransparenz im Gesundheitswesen zu verbessern. In der Zielsetzung des Gesetzes steht die Strukturverbesserung in der Gesetzlichen Krankenversicherung gleichberechtigt neben der Dämpfung der Ausgabenentwicklung. Dies gilt in dem Sinne, daß eine Sicherung und Verbesserung der medizinischen Versorgung unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erreicht werden sollte (Begründung des Gesetzentwurfs durch die Bundesregierung v. 11.3.1977, BTDrS 8/66).

§ 223 RVO gibt für die Krankenkassen eine grundsätzliche Orientierung bei der Konzeption und Durchführung von Verfahren zur Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz. In seiner generalklauselartigen Formulierung ergänzt er die übrigen Regelungen der RVO, im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung die Effektivität, Effizienz und Qualität der Behandlung und anderer Leistungen zu verbessern. Dabei darf § 223 nicht isoliert betrachtet werden; er muß im Zusammenhang des Krankenversicherungsrechts gesehen werden. Er regelt letztlich nichts, was nicht bereits durch andere Rechtsvorschriften ausdrücklich oder implizit vorgeschrieben wäre. Das betrifft die problemorientierte Auswahl der Krankheitsfälle, für die besondere Maßnahmen zur Verbesserung der Effektivität und Effizienz der medizinischen Behandlung ergriffen werden sollen, ebenso wie die Notwendigkeit, daß die Krankenkassen dabei mit den zuständigen Vertragspartnern zusammenzuarbeiten.

Er überschneidet sich nicht grundsätzlich mit anderen Aufgaben der Überprüfung des Leistungsgeschehens, insbesondere der Wirtschaftlichkeitsprüfung der kassenärztlichen Behandlungsweise nach § 368 n RVO. Aufgrund seiner Entstehungsgeschichte und in seiner allgemeinen Formulierung muß er als Auftrag des Gesetzgebers an die Krankenkassen verstanden werden, nicht nur alle Prüfungsmöglichkeiten des Leistungsgeschehens im Interesse der Steigerung von Effektivität und

Effizienz möglichst weitgehend auszuschöpfen, sondern auch außerhalb der bisher kodifizierten Verfahren neue Verfahren zu diesem Zweck zu entwickeln. Mit § 223 RVO wird explizit bekräftigt, daß den Krankenkassen eine eigenständige Prüfverpflichtung über die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen zukommt, die unabhängig von der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung zu erfüllen ist. Diese Prüfung kann sich je nach den besonderen Gegebenheiten der Kasse auf Einzelfälle oder Gruppen von Krankheitsfällen beziehen und ist damit nicht gebunden an die vom Durchschnittswert ausgehende Betrachtungsweise der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 368 n RVO.

Soll ein Verfahren nach § 223 RVO in diesem Sinne wirksam werden, müssen seine drei Elemente

- Auswahl geeigneter Fälle,
 - Überprüfung der Krankheitsfälle und
 - Unterrichtung der Versicherten und der behandelnden Ärzte
- in ihrem sachlogischen Zusammenhang gesehen werden. Wie die bisherigen Erfahrungen mit Unterrichtsmaßnahmen über die Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen gezeigt haben, ist die isolierte Kosteninformation weder ein geeignetes Mittel der Kostendämpfung noch ein Beitrag zur Strukturverbesserung im Gesundheitswesen. Das Verfahren nach § 223 RVO greift aus diesem Grunde auch darüber hinaus: In "geeigneten Fällen" sollen Krankheitsfälle überprüft und nach der Überprüfung Unterrichtsmaßnahmen durchgeführt werden. Damit ist ausgedrückt, daß nicht generell für alle Krankheitsfälle und den gesamten Leistungsumfang eine Überprüfung und Unterrichtung erfolgen soll. Daraus folgt, daß es einer gesonderten Entwicklung und Präzisierung von Kriterien für "geeignete Fälle" bedarf, die sich an den Kosten und der Struktur der medizinischen Leistung orientieren (vgl. Kapitel 4). Ein exemplarisches Vorgehen ist dementsprechend geboten.

3.1 Voraussetzungen und Bedingungen für die Überprüfung von Krankheitsfällen

Der § 223 RVO hebt ab auf die Überprüfung von "Krankheitsfällen". Der Begriff Krankheitsfall ist im Rahmen des Rechts der Krankenversicherung nicht definiert. Gegenüber dem Begriff des "Behandlungsfalles", der die Summe der für einen Versicherten bei einem Arzt je Quartal erbrachten bzw. abgerechneten Leistungen umfaßt, muß der Begriff des Krankheitsfalles entsprechend der Ausrichtung des § 223 RVO inhaltlich medizinisch definiert werden. Während demnach "Behandlungsfall" ein arztbezogener versicherungstechnischer Begriff ist, ist mit "Krankheitsfall" eine "morbide Episode" bezeichnet. Behandlungsfall und Krankheitsfall überschneiden sich insofern, als sich Behandlungsfälle - medizinisch betrachtet - natürlich aus morbiden Episoden zusammensetzen. Ein Behandlungsfall kann demzufolge mehrere morbide Episoden umfassen, eine morbide Episode, d.h. der Verlauf einer Krankheit, kann sich aber auch über mehrere "Behandlungsfälle" (Quartale) erstrecken. Im Rahmen der Überprüfung der Krankheitsfälle nach § 223 RVO wird auf die Überprüfung der Krankheitsfälle im medizinischen Sinn abgestellt; danach sind in die Überprüfung alle ärztlichen Leistungen einzubeziehen, die sich auf die betreffende Erkrankung beziehen, unabhängig davon, in welchem Quartalszeitraum sie erbracht worden sind. Eine solche am medizinischen Krankheitsbegriff orientierte "Fall"-Betrachtung (morbide Episode) ist im übrigen in der Krankenversicherung nichts Außergewöhnliches. So kennt beispielsweise das Berichtswesen der Gesetzlichen Krankenversicherung Krankenhausfälle, Arbeitsunfähigkeitsfälle, kieferorthopädische Behandlungsfälle, Behandlungsfälle in Kur- oder Spezialeinrichtungen, Mutterschaftshilfefälle, Mutterschaftsvorsorgefälle, Krankheitsfrüherkennungs-Fälle und Leistungsfälle von großer Psychotherapie. Bei allen diesen "Fall"-Begriffen ist eine bestimmte medizinische Charakteristik für die vorliegende Krankheit unterstellt und eine bestimmte darauf bezogene medizinische Behandlung gemeint. Die Benennung dieser "Fälle" macht gleichzeitig Aussagen über die vorliegende Erkrankung.

Nach diesen Überlegungen zum Begriff des "Krankheitsfalles" können für ein Verfahren nach § 223 RVO die folgenden operationalen Bestimmungsmöglichkeiten für überprüfbare Krankheitsfälle festgelegt werden:

Ein Krankheitsfall kann in mehrfacher Hinsicht charakterisiert sein, nämlich durch:

- die Diagnosen und Behandlungsweise bei einer Erkrankung im Einzelfall,
- die Krankheitsart, z.B. rheumatische Erkrankung,
- die diagnostischen und therapeutischen Leistungen, z.B. Laborleistungen, Verordnung von Medikamenten,
- die Charakteristik der Inanspruchnahme, z.B. hohe ambulante Kontaktdichte,
- die Ätiologie und Entstehungsbedingungen von Krankheit, z.B. besondere Gefährdungen und Belastungen (Risikopotentiale) als Anlässe für Vorsorge- bzw. Früherkennungsmaßnahmen.

Die Überprüfung von Krankheitsfällen nach § 223 RVO soll nach dem Gesetz jedoch nur in "geeigneten Fällen" vorgenommen werden. Die Frage, was "geeignete Fälle" sind, läßt sich in der Regel nicht von Einzelfällen her diskutieren. Für die Definition "geeigneter Fälle" sind grundsätzlich vier Kriterien zu berücksichtigen:

- Kann eine spezifische Kosten- und Leistungsstruktur einer Versichertengruppe beim gegenwärtigen Stand der Wissenschaft unter Berücksichtigung praktischer Erfahrung in der Gesetzlichen Krankenversicherung als nicht zweckmäßig bezeichnet werden?
- Können die Ursachen entsprechender Kosten- und Leistungsstrukturen bestimmt werden?
- Können die Ursachen im konkreten Fall (Krankheitsfall, Fallgruppe) von der Krankenkasse (bzw. von ihr veranlaßt) bestimmt werden (Prüfung)?

- Sind Maßnahmen, die dem System der sozialen Krankenversicherung entsprechen und im Kern aus § 223 RVO abgeleitet werden können, bekannt, um die Ursachen der nicht zweckmäßigen Leistungsstruktur zu beseitigen?

Nur wenn jeweils alle vier Bedingungen erfüllt sind, kann von "geeigneten Fällen" gesprochen werden.

Gelegentlich wird die Vermutung geäußert, die Nachfrage nach den krankenkassenfinanzierten medizinischen Leistungen sei auf breiter Front zu hoch und entspreche dem Kriterium der Verbrauchereffizienz nicht (Metze 1982, S. 75 ff., bes. S. 77 f.). Die Formulierung des § 223 RVO läßt nicht die Interpretation zu, daß von dem Verdacht auf generelle "Überinanspruchnahme" durch die Versicherten ausgegangen wird, der durch flächendeckende Kosteninformation Einhalt zu gebieten wäre. Für einen solchen globalen Verdacht fehlt im übrigen die empirische Bestätigung. Gerade z.B. im Bereich der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im Zusammenhang mit kurzzeitigen Arbeitsunfähigkeitsfällen könnte vermutet werden, daß diese Leistungen nicht notwendig wären. Eine Untersuchung des IGES ging dieser These unter der Fragestellung nach, ob ein Verzicht auf den Zwang zum ärztlichen Nachweis der Arbeitsunfähigkeit in diesen Fällen zur Vermeidung nicht-notwendiger ärztlicher Leistungen (und deren Kosten) führen könnte. Das Ergebnis dieser Untersuchung deutet darauf hin, daß der weit überwiegende Teil der erbrachten Leistungen medizinisch notwendig und damit keineswegs verzichtbar ist und nur ein - kostenmäßig irrelevanter - geringer Anteil der Leistungen hätte unter medizinischen Gesichtspunkten evtl. unterbleiben können. Abgesehen von solchen empirischen Befunden im Hinblick auf Überinanspruchnahme wäre eine bloße Kosteninformation auch in diesen Fällen nicht erfolgversprechend, da sie die Ursachen der Überinanspruchnahme nicht beeinflussen könnte. Aus dieser Überlegung wird deutlich, daß eine Unterrichtung nach § 223 RVO über die Form eines einfachen Kontoauszuges im Sinne der Vermittlung höherer Kompetenz durch Information und Beratung für Versicherte und Ärzte hinausgehen sollte.

Die Vorschrift des § 223 RVO ist charakterisiert durch ihre Offenheit gegenüber der Vielfalt und Komplexität des Leistungsgeschehens. Dem unterliegt schon seitens des Gesetzgebers die Einsicht, daß bisher ein umfassender Fundus gesicherter wissenschaftlicher Kenntnisse über das Leistungsgeschehen in der medizinischen Versorgung und seine Determinanten nicht existiert. Zwar sind Ergebnisse in Teilbereichen bekannt, sie reichen jedoch nicht aus, um allgemeine Aussagen über Inanspruchnahme- und Leistungsverhalten zu machen und daraus verbindliche Konsequenzen abzuleiten. E. Jahn beschreibt in seiner Vorstudie zu den Möglichkeiten des § 223 RVO die Ausgangslage so: "... im Laufe der Studie hat sich herausgestellt, daß es wissenschaftliche Untersuchungen darüber nicht gibt, was die Versicherten der deutschen sozialen Krankenversicherung zur Inanspruchnahme veranlaßt und welchen Einfluß sie selbst auf das Leistungsgeschehen haben. Freilich gibt es unzählige längere und kürzere Auslassungen und noch mehr beiläufige Bemerkungen darüber - auch in der wissenschaftlichen Literatur -, was über das Verhalten der Versicherten vermutet wird. Vieles davon läßt erkennen, welche Rolle dem Mißbrauch seitens der Versicherten zugeschrieben wird. Weniges aber spricht dafür, daß Einsicht in die Interdependenzen mit dem Verhalten anderer Beteiligter der sozialen Krankenversicherung - der Ärzte und Zahnärzte und ihrer Organisationen, der Krankenhäuser, der Arzneimittelhersteller usf. - hinter den überwiegend unfreundlichen Meinungsäußerungen steht" (Jahn 1980, S. 1).

Der § 223 RVO trägt dieser Situation Rechnung, indem er erstens schon die konkrete Problemstellung ("geeignete Fälle"), die bearbeitet werden soll, an den besonderen Bedürfnissen der Krankenkassen orientiert und ihrer Entscheidung überläßt; zweitens, indem er die Notwendigkeit der Überprüfung des Leistungsverlaufs bei den Krankheitsfällen betont und damit einräumt, daß schematisch-verwaltungsmäßige Beurteilungen und Richtlinien nicht allgemeinverbindlich fixiert werden können; drittens, indem er auf Zwangsmaßnahmen verzichtet und mit der Unterrichtung von Versicherten und Ärzten gemeinsame Überlegungen zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung in Gang setzen will.

3.2 Überzeugungsmaßnahmen statt rechtlich-ökonomischer Sanktionen

Gegenüber anderen in der RVO vorgesehenen Prüfungsverfahren liegt die Besonderheit des § 223 RVO im Zusammenhang aller drei in der Vorschrift angelegten Elemente:

- die Orientierung auf Probleme des Leistungsgeschehens (Identifikation geeigneter Fälle);
- Kriterien für Inhalt und Form der Überprüfung und
- Inhalt und Form der Unterrichtsmaßnahmen.

Ausschlaggebend für die Sonderstellung der Überprüfung der Krankheitsfälle nach § 223 RVO ist die spezifische Maßnahmenintention, die auf die übrigen Elemente zurückwirkt. Steht der Krankenkassenverwaltung bei anderen Überprüfungsmaßnahmen ein abgestuftes Maßnahmenpotential zu Gebote, das von der Verweigerung der Kostenübernahme über den Regreß bis hin zum Entzug der Zulassung oder die Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden (was allerdings den Rahmen der RVO überschreitet) reicht, zielt die Unterrichtung nach § 223 RVO allein auf Überzeugung. Nicht zusätzliche Kontrolle (von Versicherten und Ärzten) zur Identifikation von Mißbrauch oder Betrug liegt in der Absicht dieses Verfahrens. Es ist auch nicht die Absicht der Vorschrift, von der notwendigen Inanspruchnahme des Medizinsystems abzuhalten. Es geht vielmehr um eine Verbindung der beiden Ziele Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung. Im Zusammenwirken der Beteiligten sollen Probleme aufgedeckt, kooperativ geklärt und schließlich mit Hilfe der Beratung und Betreuung der Versicherten und verbesserter Information der Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser) gelöst werden. Diesen mit § 223 RVO verfolgten Zielen - das soll hier nochmals betont werden - wird eine globale und undifferenzierte Versendung von "Kontoauszügen" an Versicherte und Ärzte nicht gerecht.

Der Gesetzgeber hat bei § 223 mit gutem Grund auf die Benennung von Sanktionsmöglichkeiten verzichtet. Angesichts der

Komplexität und weitgehenden Undurchsichtigkeit der Abläufe im Leistungsgeschehen sind kooperative Lösungen durch Vereinbarungen der Vertragspartner (Selbstverwaltungen) dem Versuch vorzuziehen, durch staatliche Eingriffe und gesetzliche Reglementierung Lösungen zu erzwingen. Gerade § 223 stellt mit der "Unterrichtung" auf Überzeugung ab; Veränderungen im Handeln sollen nicht von oben - gesetzlich oder administrativ - durchgesetzt werden, sondern sie sollen sich auf Basis der durch gründliche Analyse gewonnenen Einsichten bei den Beteiligten einstellen.

Die Überprüfung der Krankheitsfälle nach § 223 RVO bezieht sich der Möglichkeit nach zunächst auf alle drei inhaltlichen Dimensionen der Überprüfung des Leistungsgeschehens: Richtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit (vgl. Kapitel 2).

Eine Überprüfung von Krankheitsfällen nach § 223 RVO wird jedoch die drei genannten Prüf-Dimensionen nicht in gleicher Weise berücksichtigen. Die Prüfung der Richtigkeit wird im Rahmen einer Überprüfung nach § 223 RVO eine untergeordnete Rolle spielen, da sie sich erstens rein verwaltungsintern abspielt und an rechts- und verwaltungstechnischen Normen orientiert, d.h. formal ist und damit die inhaltliche Dimension des Leistungsgeschehens nicht berührt. Zweitens sind in diesem Bereich für die jeweiligen Feststellungen zwingende Handlungsmuster für die Kassenverwaltung vorgeschrieben, z.B. Sanktionen bei der Abweichung von Rechtsnormen. Das heißt, daß bei einer Überprüfung des Leistungsgeschehens nach der Richtigkeit die spezifischen, flexibleren Maßnahmen des § 223 RVO - Information und Überzeugung - nicht vorrangig zum Tragen kommen können.

3.3 Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit in den Verfahren nach § 368 RVO und § 223 RVO

Ebenfalls eine weniger bedeutende Rolle im Verfahren nach § 223 RVO wird die Prüfung der Wirtschaftlichkeit spielen,

so wie sie im herkömmlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren praktiziert wird. In diesen Prüfungen wird die Wirtschaftlichkeit nur statistisch, d.h. als Abweichung von durchschnittlichen Kosten, nicht inhaltlich-medizinisch definiert. Wie im zweiten Kapitel bereits ausgeführt, ist eine solche Operationalisierung des Wirtschaftlichkeitskriteriums nur als Hilfskonstruktion zu verstehen, da (bisher) keine orientierenden inhaltlich-medizinischen Überprüfungskriterien für Effektivität und Effizienz im Leistungsgeschehen entwickelt werden konnten.

Die Überprüfung der Krankheitsfälle nach § 223 RVO unterscheidet sich schon vom Ansatzpunkt her grundlegend von der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 368 RVO (Piepersberg 1980, S. 337). Der § 223 RVO gehört zu den gemeinsamen Vorschriften des 2. Abschnitts (Gegenstand der Versicherung) des zweiten Buches (Krankenversicherung) der RVO und bezieht sich damit unmittelbar auf die Überprüfung der Leistungen, die in Krankheitsfällen durch die Krankenversicherung finanziert werden. Die Prüfungsabsicht richtet sich demzufolge direkt auf die Kriterien, die insbesondere für die Gewährung von Krankenpflege (§ 182 Abs. 2 Satz 2 RVO) vorgeschrieben sind: "Die Krankenpflege muß ausreichend und zweckmäßig sein; sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten". Gegenstand der Überprüfung müßten daher die bei einem Versicherten erbrachten Leistungen hinsichtlich der genannten Kriterien sein. Ansatzpunkt des § 223 RVO sind damit die Versicherten und die medizinisch-inhaltliche Seite der für sie erbrachten Leistungen. Logischerweise spricht der § 223 RVO daher von der "Überprüfung von Krankheitsfällen". Gegenstand des § 368 RVO ist dagegen die Tätigkeit des Kassenarztes. Seine Stellung im vierten Abschnitt (Verfassung) des 2. Buches der RVO unter VI. - Verhältnis zu Ärzten, Zahnärzten, Krankenkassen, Apothekern, Hebammen und Einrichtungen für Haushaltshilfe - charakterisiert ihn als Vorschrift, die auf der institutionellen Ebene das Verhältnis der Krankenkasse zu den Leistungserbringern der medizinischen Versorgung in vertraglicher und finanzieller Hinsicht regelt.

Ansatzpunkt der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist - nach der Präzisierung durch § 33 des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä) - demgemäß die "kassenärztliche Tätigkeit". Nach § 33 Abs. 3 BMV-Ä ist "bei der Prüfung der kassenärztlichen Behandlungs- und Verordnungsweise ... die Wirtschaftlichkeit der gesamten Tätigkeit des Kassenarztes zu berücksichtigen". § 34 Abs. 4 BMV-Ä fordert weiter: "Die Schadenersatzforderung ist - soweit möglich - an Hand des einzelnen Falles festzustellen". Aufgrund der auf die Tätigkeit des Kassenarztes ausgerichteten Perspektive und der verfahrensmäßigen Probleme der Einzelfallüberprüfung wird diese Forderung durch den anschließenden Satz relativiert: "Statt dessen kann sie (die Schadenersatzforderung, d.V.) nach einem Vomhundertsatz des vom Kassenarzt verursachten Gesamtaufwandes bemessen werden, wenn in Art und Umfang der Leistungen oder Verordnungen insgesamt oder auf Teilgebieten Unwirtschaftlichkeit festgestellt wird". Inhalt der Überprüfung ist somit nicht in erster Linie die medizinische Angemessenheit der bei einem Krankheitsfall erbrachten ärztlichen Leistungen, sondern die - bereits durch eine Schadenersatzforderung der Krankenkasse unterstellte - unwirtschaftliche Form der Behandlungsweise eines Arztes bei der Gesamtheit seiner Patienten. Zwar ergibt sich auch aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung die Möglichkeit, auf einzelne Krankheitsfälle zurückzugreifen, jedoch gilt dies nur unter dem eingeschränkten Aspekt der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 368 RVO auf den ökonomischen Aspekt der gesamten Tätigkeit des Kassenarztes bezieht, die Überprüfung von Krankheitsfällen nach § 223 RVO dagegen auf die Frage der Effektivität und Effizienz nicht nur ärztlicher Leistungen in Krankheitsfällen. Trotz der unterschiedlichen Ziele und Ausgangspunkte beider Verfahren kann es jedoch - allerdings wohl selten - einen gewissen Überschneidungsbereich bei der Überprüfung von Behandlungsfällen geben.

Die aus Transparenzverfahren gewonnenen Erkenntnisse könnten

jedoch für eine inhaltliche Anreicherung der übrigen Prüfungsverfahren bedeutsam werden. So beruht z.B. die "Grob-schlächtigkeit" der Wirtschaftlichkeitsprüfung im wesentlichen auf einer weitgehenden Unkenntnis der Kassen und Kassenärzte über die Struktur des Leistungsgeschehens. Entsteht nun durch die Überprüfung von Krankheitsfällen neues, präziseres und problemorientiertes Wissen über bestimmte Bereiche des Leistungsgeschehens, könnte dieses Wissen zur Richtschnur für eine Veränderung des ärztlichen Handelns werden. Ein derartiges Wissen könnte schließlich zur Vereinbarung von Richtlinien zwischen den Vertragspartnern führen, die eine bessere qualitative Überprüfung des Leistungsgeschehens erlauben; gerade die Wirtschaftlichkeitsprüfung könnte damit inhaltsvoller gestaltet werden.

3.4 Steigerung der Zweckmäßigkeit durch den Nachweis von Handlungsalternativen

Der inhaltliche Schwerpunkt der Überprüfung der Krankheitsfälle liegt auf Zweckmäßigkeit und Qualität. Wirtschaftlichkeit soll in diesem Rahmen bedeuten, daß Leistungen bei den überprüften Krankheitsfällen, die das Kriterium der Zweckmäßigkeit erfüllen, auch wirtschaftlich sein müssen, d.h. daß Nutzen und Aufwand der Leistungen bei einem Krankheitsfall in Anbetracht der konkreten gesundheitlichen Problemsituation (Krankheit, Diagnose) in einem angemessenen und vertretbaren Verhältnis zueinander stehen müssen. Der Begriff der Wirtschaftlichkeit wird im Rahmen der Transparenzverfahren insoweit in einem vom herkömmlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren abgelösten Sinne präzisiert und inhaltlich-medizinisch gefüllt.

Obwohl - wie gezeigt worden ist - Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Rahmen der Überprüfung von Krankheitsfällen nach § 223 RVO in einem von anderen Überprüfungsverfahren spezifisch unterschiedenen Sinn die entscheidende Rolle spielen, stellt diese Überprüfung verfahrensmäßig und technisch gegenüber den anderen Prüfungen nichts Außergewöhn-

liches dar. Der entscheidende Unterschied liegt in den inhaltlichen Implikationen des Verfahrens bzw. seiner Handlungskonsequenz: Unterrichtung, Überzeugung durch Information, Aufklärung und Beratung.

Durch die technische Verwandtschaft des Verfahrens im Sinne von § 223 RVO mit den anderen, von den Krankenkassen praktizierten Verfahren zur Überprüfung des Leistungsgeschehens kann sich natürlich eine Ausstrahlung auf diese anderen Verfahren ergeben, da sich durch die Überprüfung der Krankheitsfälle das medizinisch-inhaltliche Wissen über das Leistungsgeschehen bei den Beteiligten verbessert. Als Nebeneffekt der im Rahmen der Überprüfung von Krankheitsfällen nach § 223 RVO verbesserten Datenbasis (inhaltliche Tiefe der Erfassung und Nutzen der mehrdimensionalen und flexiblen Auswertungskonzepte), der entwickelten Auswertungsinstrumente und -routine können z.B. alle Prüfungsverfahren nach allen drei Dimensionen der Prüfung hin verbessert werden.

Entscheidendes Charakteristikum des Verfahrens im Sinne von § 223 RVO ist die Produktion von Wissen, das in der Unterrichtung zu Überzeugungszwecken eingesetzt werden soll. In diesem Verfahren produzieren die Krankenkassen bisher nicht verfügbare Erkenntnisse über die innere Struktur des Leistungsgeschehens, machen sie verfügbar und geben sie in Form der Unterrichtung weiter. Wichtig ist dabei, daß dieses Wissen bereits problemorientiert gewonnen wird. Als Voraussetzung für die Auswahl und den Zugang zu bestimmten Problembereichen, aus denen in Transparenzverfahren Krankheitsfälle überprüft werden sollen, wird auf die bereits vorhandenen medizinischen, epidemiologischen, pharmakologischen etc. Erkenntnisse zurückgegriffen. Die Entscheidung für einen bestimmten Prüfbereich ("geeignete Fälle" und Kriterien für Prüffelder) wird problemorientiert begründet. Die wissenschaftliche Begleitung der Modellversuche ist in diesem Zusammenhang von entscheidender Bedeutung. Gewöhnlich bestehen gerade für die in ihrer Praxis wesentlich auf Verwaltungsaufgaben orientierten Krankenkassen erhebliche Zugangsbarrieren zu diesen Kenntnissen. Die Modellversuche sollen wis-

senschaftliche Erkenntnisse dieser Art für die Krankenkassen in der Weise aufbereiten, daß ihnen auch für eine spätere routinemäßige Anwendung der Transparenzverfahren ein Umgang mit diesen Erkenntnissen möglich ist. Auf dieser Basis soll es den Kassen möglich sein, auch nach der Modellversuchsphase begründete Auswahlentscheidungen für bestimmte Prüfungsbereiche zu treffen.

Wenn § 223 RVO auf Überzeugung ausgerichtet ist, muß die Unterrichtung auf Handlungsmöglichkeiten hinweisen. Dem Unterrichteten müssen überzeugende Wege/Alternativen erkennbar sein. In problematischen Behandlungsfällen liegen bei Versicherten und Ärzten subjektive Gründe und handlungsleitende Einstellungen vor, die durch die bloße Kenntnis ihrer kostenmäßigen Effekte (oder durch Sanktionen) nicht geändert werden. Es erscheint hier erfolgversprechend, daß die Kassen die Möglichkeiten zur Beratung und Betreuung der Versicherten und zur Ursachendiskussion mit den Ärzten nutzen. Gerade in jenen Bereichen, in denen z.B. bereits hinreichende Kenntnisse über ein nicht an schulmedizinischen Normen orientiertes Behandlungsverhalten vorliegen, erscheint eine Änderung der zugrunde liegenden Handlungsprämissen durch argumentative Informationsarbeit möglich.

Dieser Ansatz zur Auswahl von Prüfbereichen bedeutet jedoch nicht, daß die Überprüfung der Krankheitsfälle und die Unterrichtung auf die Implementation von verbindlichen Behandlungsnormen ausgerichtet wären. Die Abweichung von üblicherweise praktizierten Behandlungsweisen oder von pharmakologisch definierten Standards kann in bestimmten Fällen durchaus geboten sein. Für die Behandlung bestimmter Krankheiten stehen unterschiedliche therapeutische Konzepte zur Wahl. Die Therapiefreiheit der Ärzte und die Freiheit der Arztwahl bei den Versicherten sollen durch die Transparenzverfahren in keiner Weise eingeschränkt werden. Sinn des Unternehmens ist es vielmehr, die Vielfalt der verschiedenen Handlungsweisen von Ärzten und Versicherten überhaupt erst einmal deutlich zu machen und die dafür ausschlaggebenden Gründe zu erkennen.

Es kann von vornherein in allgemeiner Weise eingeräumt werden, daß auch stark unterschiedliche Verhaltensweisen sinnvoll und angemessen sein können. Es muß jedoch im Interesse der Solidargemeinschaft der Versicherten in der GKV und der Rationalität der medizinischen Versorgung darauf bestanden werden, daß die verschiedenen Verhaltensweisen begründet und Rationalisierungspotentiale im Gesundheitswesen ausgeschöpft werden. Der problemorientierte Ansatz der Transparenzverfahren soll dazu einen Beitrag leisten. Gerade angesichts der besonderen Sensibilität des Gesundheitsbereiches gegen direkte gesetzliche Eingriffe mit ihren großen Legitimations- und Akzeptanzproblemen, wie z.B. an der Diskussion um die sogenannte Arzneimittel-"Negativliste" zu sehen war, ist dafür ein Steuerungsinstrument außerhalb des justiziablen Bereichs von besonderem Interesse, wenn es wirksam eingesetzt werden kann.

4. Konzeption für Verfahren zur Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz

Entsprechend dem in Kapitel 3 entwickelten Verständnis von § 223 RVO wurde eine Ablaufkonzeption erarbeitet, die im Modellversuch ein exemplarisches und gegebenenfalls später ein routinisiertes Vorgehen erlaubt.

Für die Verfahrenskonzeption sind die folgenden drei Fragen von zentraler Bedeutung:

- was sind "geeignete Fälle",
- was heißt "Überprüfung der Krankheitsfälle" im einzelnen und
- was ist die zweckmäßige Form der "Unterrichtung"?

Entsprechend dem Sinn des Paragraphen sind dazu Interpretationen entwickelt worden, die in konkrete Ablaufschritte für ein Verfahren umgesetzt werden können. Es ergeben sich fünf Schritte, die in den folgenden Unterabschnitten dieses Kapitels näher erläutert werden:

- Erster Schritt - Bestimmung des Prüfbereichs:
Die Krankenkasse wählt (gegebenenfalls schon im Kontakt mit den Beteiligten) einen Problembereich aus, in dem die Überprüfung der Krankheitsfälle als zweckmäßig erscheint. Diese Auswahl wird zunächst durch den Rückgriff auf Routinedaten aus der Arbeit der Krankenkasse plausibel gemacht. Die beteiligten Institutionen werden von dem Vorhaben der Kasse unterrichtet.
- Zweiter Schritt - Vorbereitung des Prüf- und Unterrichtsverfahrens:
Für den ausgewählten Prüfungsbereich wird zunächst bei der Kasse eine nähere Analyse vorgenommen, bei der sich die Auswahl der zu überprüfenden Krankheitsfälle, die nähere Spezifikation des Prüfungsverfahrens und die Entwicklung der anschließenden Unterrichtsmaßnahmen ergeben.
- Dritter Schritt - Abstimmung mit den Beteiligten:
Das im zweiten Schritt entwickelte Überprüfungskonzept wird mit den Beteiligten abgestimmt und gegebenenfalls modifiziert, die Einzelheiten der Zusammenwirkung bei der Überprüfung werden vereinbart.
- Vierter Schritt - Durchführung der Überprüfung:
Die Überprüfung der Krankheitsfälle wird entsprechend den Vereinbarungen durchgeführt, und gemäß den vorgegebenen Alternativen des Handlungskonzepts wird über die Unterrichtsmaßnahmen entschieden. Hier wird das im zweiten und dritten Schritt festgelegte Vorgehen umgesetzt.
- Fünfter Schritt - Unterrichtung:
Die Unterrichtung wird entsprechend den Ergebnissen der Überprüfung durchgeführt. Dabei kooperiert die Krankenkasse gemäß der Vereinbarung mit den Beteiligten.

Im Rahmen des Modellversuchs werden zwei zusätzliche Arbeitsschritte durchgeführt: die Evaluation der Modellversu-

che im einzelnen und die Erstellung von Handbüchern für ein routinisiertes Verfahren. Beide Arbeitsschritte gehören zur wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs und entfallen daher bei einer verwaltungsmäßigen Durchführung solcher Verfahren durch die Kassen.

In diesem Verfahrenskonzept sind die Schritte zwei und drei im Bereich konzeptioneller Entwicklung angesiedelt. Haben sich im Verlauf des Modellversuchs und gegebenenfalls längerer Erprobung bestimmte Bereiche herauskristallisiert, in denen eine regelmäßige Überprüfung der Krankheitsfälle als sinnvoll erscheint, können die Inhalte beider Arbeitsschritte möglicherweise mit den Beteiligten fest vereinbart (Rahmenvereinbarung) werden. Bei Vorliegen einer Rahmenvereinbarung verkürzt sich das "Routineverfahren" auf die Schritte eins, vier und fünf, wobei der erste Schritt die Festlegung eines Prüfungsbereichs gemäß der "Rahmenvereinbarung" enthält.

4.1 Bestimmung des Prüfbereiches

Die Krankenkasse bestimmt den Themen-/Problembereich, der für eine Prüfung der Krankheitsfälle geeignet ist. Welche Aspekte des Leistungsgeschehens eine Krankenkasse für problematisch hält und welche Bereiche für sie daher als für die Überprüfung geeignet erscheinen, kann nicht allgemein definiert werden.

Intention des § 223 RVO ist es, eine problemorientierte Auswahl für die Überprüfung von Krankheitsfällen zu treffen. Das künftige Leistungsgeschehen soll auf Basis einer krankheitsfallbezogenen Analyse der Problemfälle aus abgelaufenen Perioden beeinflusst werden. Wie bereits in Kapitel 1 dargestellt, wird die globale und undifferenzierte Versendung von "Kontoauszügen" an Versicherte und Ärzte in den wenigsten Fällen ein adäquates Verfahren sein, für die konkreten Probleme der beteiligten Krankenkassen eine Lösung herbeizuführen. Kostenkenntnis allein genügt nicht, um problematische

Handlungsorientierungen zu verändern; hierzu bedarf es der Aufklärung über Sachzusammenhänge, die auch Handlungsalternativen erkennbar werden läßt. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, die Verfahren auf solche Bereiche auszurichten, in denen von einer Überprüfung der Krankheitsfälle und einem Unterrichtungsverfahren auf problematische Zusammenhänge im Leistungsgeschehen eingewirkt werden kann.

Die Krankenkasse ergreift die Initiative für das Transparenzverfahren und bestimmt definiert die auszuwählenden Problembereiche aus ihrer spezifischen Perspektive und nach ihren Bedürfnissen. Die Kriterien für die Auswahl des Problembereichs ("geeignete Fälle") hängen eng mit den besonderen Umständen der jeweiligen Kasse zusammen (Kassenart, Finanzlage, Versichertenstruktur, regionale Besonderheiten, Struktur des medizinischen Versorgungsangebots, gesundheitspolitische Initiativen etc.).

Die Auswahl "geeigneter Fälle" kann nach zwei grundsätzlichen Gesichtspunkten (Ausgabenschwerpunkte und Zweckmäßigkeitsgesichtspunkte) systematisiert werden. Dabei können innerhalb beider Bereiche jeweils noch Prüfeinstiege unterschieden werden, die über das Leistungsverhalten der behandelnden Ärzte oder die Inanspruchnahme der Versicherten auf die zu überprüfenden Krankheitsfälle zugreifen. Für beide Zugangsweisen können im einzelnen sowohl qualitative Kriterien (Art der Behandlung durch Ärzte, Inanspruchnahmeformen, Diagnosen, soziodemographische Merkmale als Indikatoren für mögliche soziale und medizinische Problemlagen bei den Versicherten) als auch quantitative Kriterien (Mengenkomponenten der Verordnungen und Inanspruchnahme usw.) gewählt werden.

a) Orientierung an Ausgabenschwerpunkten

Die meisten bisher von den Krankenkassen in ersten Überlegungen betrachteten "Krankheitsfälle" sind zunächst unter dem Gesichtspunkt hoher Kosten in einem oder mehreren Lei-

stungsbereichen definiert (z.B. für ärztliche Behandlung, Arzneimittelverordnungen, Krankengeld); damit erfolgt eine Konzentration auf ausgabenintensive Bereiche.

b) Orientierung an medizinisch-epidemiologischen Gesichtspunkten (Zweckmäßigkeit)

Für eine sachbezogene Beratung ist die Kenntnis der Ursachen für hohe Ausgaben Voraussetzung. Dabei stehen im Modellversuch nicht die betriebswirtschaftlichen Fragen und Fragen der Preisgestaltung im Vordergrund, sondern Fragen nach der Zweckmäßigkeit einzelner Leistungen. Diese sollen im Zusammenhang aller Leistungen betrachtet werden, die für Versicherte insgesamt über einen längeren Zeitraum in verschiedenen Leistungsbereichen erbracht werden. Wichtig sind insbesondere die gesundheitlichen und kostenmäßigen Auswirkungen,

- die eine anhaltende Bearbeitung sozialer Probleme durch das medizinische Leistungssystem hat (z.B.: Streßbewältigung durch Dauermedikation mit Beruhigungs-, Anregungs- und Schlafmitteln; Verlagerung von Alkoholabusus auf Medikamentenabusus etc.) und
- die unrealistischen Erwartungen der Versicherten hinsichtlich der Wirksamkeit medizinischer Leistungen haben (z.B.: Verbrauch einer hohen Zahl von Arzneimitteln nebeneinander, wobei die Wechselwirkungen nicht mehr kontrollierbar sind).

Weiter kann die Analyse der Ursachen der Ausgaben ansetzen bei der Frage nach der (epidemiologischen) Häufigkeit bestimmter Leistungen, bezogen auf die Anzahl der Versicherten, z.B.: Krankenhaushäufigkeit für bestimmte Behandlungsanlässe je 10.000 Versicherte.

An einem Beispiel soll dies anschaulich gemacht werden: Die Ausgaben für Arzneimittel für Rentner sind hoch und wachsen deutlich stärker als die Ausgaben insgesamt. Ergebnisse aus

Untersuchungen einer Krankenkasse (Ingolstadt 1975) lassen erkennen, daß ca. ein Siebtel der Rentner mehr als 40 Verordnungen im Jahr erhält, im Mittel ca. 70 Verordnungen. Von einer globalen Unterrichtung der Rentner über Zahl und Kosten der Verordnungen werden keine nachhaltigen Wirkungen erwartet. Erforderlich ist eine Analyse der Ursachen für hohe Verordnungszahlen. Mehr als die Hälfte der Verordnungen erfolgt im Zusammenhang der Behandlung chronischer Krankheiten. Auch hier sind allgemeine Ansätze nicht hilfreich, weil in den einzelnen Therapiebereichen unterschiedliche Ursachen wirken.

So ist für die Behandlung des hohen Blutdrucks z.B. zu untersuchen, ob die Anzahl der medikamentös Behandelten aus epidemiologischer Sicht gerechtfertigt erscheint und inwieweit die Forderung der Schulmedizin nach kontinuierlicher Behandlung der Patienten in der kassenärztlichen Versorgung erfüllt ist. Ein anderes Vorgehen ist z.B. bei Rheumapatienten angebracht, bei denen geprüft werden kann, ob die Verordnung von Antirheumatika und von medizinisch-physikalischer Therapie in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen. Auf der Grundlage entsprechend detaillierter Analysen entsteht die Information für eine zielgerichtete Unterrichtung und eine sachbezogene Beratung der Versicherten und der behandelnden Ärzte.

Da das Verfahren auf die Veränderung von Verhaltensweisen bei Versicherten und Leistungserbringern abstellt, muß der Zugang zu Prüfbereichen immer auf die Ursachenanalyse in den betreffenden Einzelfragen ausgerichtet sein. Nur die Ursachendiskussion kann bei der Unterrichtung zu Einsichten und damit wirksamen Veränderungen von Handlungsmustern führen. Selbstverständlich ist die Erforschung sozialmedizinischer, epidemiologischer oder medizinischer Sachverhalte und Zusammenhänge selbst nicht Aufgabe des Verfahrens oder der Modellversuche. Auf die dazu bereits vorhandenen wissenschaftlichen Ergebnisse muß jedoch zurückgegriffen werden.

Die Auswahlentscheidung für einen bestimmten Prüfbereich

wird in der Regel durch den Rückgriff auf Routinedaten der Krankenkasse plausibel gemacht. Die Krankenkasse informiert die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenhausträger und/oder den Vertrauensärztlichen Dienst über das Vorhaben.

Beispielhaft sollen einige Themen für Prüfbereiche genannt werden:

- Krankheitsfälle mit fragwürdigen Medikamentenverordnungen aus einem bestimmten Indikationsbereich;
- Krankheitsfälle mit einer nicht-schulmedizinischen Inanspruchnahme von Leistungen;
- Krankheitsfälle, bei denen Überweisungen nicht spezifiziert sind und daher angenommen werden kann, daß die fachliche Arbeitsteilung der Ärzte nicht optimal ist.

Ausgearbeitete Beispiele für geeignete Fälle finden sich im II. Abschnitt dieses Berichts.

4.2 Zusammenhang von inhaltlicher Konzeption der Modellversuche und der Informationsgrundlage

Die Entscheidung für einen Problem- bzw. Prüfbereich muß die Überlegung einschließen, welche Daten bei der Durchführung der Überprüfung notwendig sind. Umgekehrt haben Entscheidungen über die Bereiche der Datenerfassung und vor allem über die Erfassungstiefe weitreichende inhaltliche Implikationen. Die Inhalte der Überprüfung und die Möglichkeiten bei der Unterrichtung hängen weitgehend davon ab. Die inhaltlichen Auswertungsperspektiven müssen demnach von ihrem Nutzen her langfristig den datentechnischen Aufwand legitimieren.

Die Möglichkeiten für die Analyse des Leistungsgeschehens hängen zunächst davon ab, welche Daten über das Leistungsgeschehen zur Verfügung stehen. Die Krankenversicherung hat vielfältige Daten über das Leistungs-, Finanzierungs- und Ausgabengeschehen sowie ein entwickeltes Berichtswesen.

Als große Komplexe sind hier zu nennen:

- a) Die Jahresstatistiken (KJ 1, KG 1, KG 2): sie enthalten neben Informationen über die Ausgaben nach Leistungsart für die Versicherten nach ihrem Versichertenstatus sowie für einzelne Leistungsarten (Krankenhauspflege, Arbeitsunfähigkeit, Krankengeldzahlungen und Früherkennung) auch Angaben zur Menge der erbrachten Leistungen.
- b) Die Leistungskarten, auf denen mitgliedsbezogen alle genehmigungspflichtigen Leistungen notiert werden:
 - Arbeitsunfähigkeit bzw. Krankengeld,
 - Krankenhauspflege,
 - genehmigungspflichtige Heil- und Hilfsmittel,
 - weitere genehmigungspflichtige Leistungen wie z.B. Zahnersatz, Kuren etc.
- c) Das Selbstkostenblätter und - für einen Teil der stationären Behandlungsfälle - das Krankheitsartenprofilblatt: Krankenhausbezogen enthalten sie Informationen über Kostenarten, Fallzahlen, Fallkosten und Krankheitsarten.
- d) Die Frequenzstatistik enthält arztbezogen (niedergelassene Ärzte) die ärztlichen Leistungen (nach Positionen der Gebührenordnung).

Drei Mängel in bezug auf Leistungs- und Kostentransparenz wurden an diesem Berichtskomplex gesehen:

- Die Informationen aus den Krankenhäusern ermöglichen keinen Vergleich der Leistungs- und Kostenstruktur zwischen den Krankenhäusern.
- Das Leistungsgeschehen bei Arzneimitteln und auch bei Heil- und Hilfsmitteln ist bisher kaum erfaßt.
- Das ambulante Leistungsgeschehen kann bisher (außer in Ausnahmefällen mit hohem Aufwand) nicht transparent gemacht werden; eine Zusammenschau, insbesondere der ärztlichen Leistungen und Arzneimittelverordnungen z.B. bei den Versicherten mit einer bestimmten Erkrankung, ist bisher kaum möglich.

Deshalb sind im Rahmen von Modellvorhaben zur Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz Sondererfassungen zu diesen Bereichen durchgeführt worden, die einen erheblichen Kostenaufwand verursachten:

- 1976 vom LdO in Bayern für die AOKen Ingolstadt und Lindau (abgeschlossen);
- 1980 ff. bei der AOK Dortmund (laufend);
- 1982/83 im Auftrag des BMA für die AOK Main-Kinzig, die BKK VW, die IKK Göppingen und die Techniker-Krankenkasse;
- 1983 ff. im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Baden-Württemberg für die RVO-Kassen in der Region Heilbronn (laufend).

Die bisher vorliegenden Auswertungen dieser Datenkörper befassen sich zunächst mit der Klärung methodischer Probleme und dann mit Fragen der Richtigkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Für die Daten über das ambulante Leistungsgeschehen (ärztliche Leistungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) ist zu unterscheiden,

- a) in welcher inhaltlichen Tiefe das Leistungsgeschehen erfaßt ist und
- b) ob das Leistungsgeschehen für die Grundgesamtheit aller Versicherten oder für eine Stichprobe von Versicherten erfaßt ist.

Erfassungstiefe bedeutet für die ärztlichen Leistungen, ob z.B. nur der Gesamtbetrag in DM je Behandlungsschein erfaßt ist oder ob auch die einzelnen Positionen gemäß Gebührenordnung, die Tage, an denen Leistungen erbracht wurden, gegebenenfalls die Behandlungsanlässe (Diagnosen) erfaßt sind. Für die Verordnungsblätter bedeutet Erfassungstiefe, ob etwa nur der Gesamtbetrag je Blatt oder zusätzlich das Datum und einzeln die Arznei-, Heil- bzw. Hilfsmittel nach Art und Menge erfaßt sind.

Die Erfassungstiefe bestimmt offensichtlich, welche inhaltlichen Einstiege in die Analyse genommen werden können. So

kann z.B. ein Prüfbereich "Laborleistungen" nicht näher untersucht werden, wenn die ambulanten Leistungen nach GO-Positionen nicht erfaßt sind.

Die Frage, ob für die Datengrundlage von der Grundgesamtheit der Versicherten oder einer Stichprobe ausgegangen werden soll, ist zunächst einmal unter Kostengesichtspunkten zu betrachten. Für die inhaltliche Vorbereitung des Prüf- und Unterrichtsverfahrens ist die Frage "Grundgesamtheit oder Stichprobe" nicht von Bedeutung. Hierfür muß bei einer Stichprobe nur sichergestellt sein, daß sie für die Versicherten der Kasse repräsentativ und für die Analyse des Leistungsgeschehens im Prüfbereich hinreichend groß ist.

Die Unterrichtung der Versicherten als personenbezogene Unterrichtung ist von den am Modellversuch beteiligten Kassen nicht vorgesehen. Das Interesse richtet sich auf problemgruppenbezogene Überprüfungs- und Unterrichtungskonzepte, bei denen die Stichprobengröße nur darüber entscheidet, ob eine aussagefähige Anzahl der betreffenden Krankheitsfälle erfaßt wird.

Auch die Unterrichtung der Ärzte ist schwerpunktmäßig als gruppenbezogene Unterrichtung vorgesehen; die Unterrichtung einzelner Ärzte in besonders zu spezifizierenden Fällen wird jedoch nicht ausgeschlossen. In solchen Fällen sind bei ausreichendem Stichprobenvolumen auch ohne Gesamterfassung aussagefähige Überprüfungsergebnisse zu erzielen. Hinsichtlich der Stichprobenfrage ist schließlich darauf hinzuweisen, daß in bezug auf einen behandelnden Arzt selbst das als Grundgesamtheit erfaßte Leistungsgeschehen einer Krankenkasse nur einen Teil seines Leitungsgeschehens - sozusagen in einer kassenspezifischen Stichprobe - abbilden würde.

Eine weitere, im Zusammenhang mit der Datenbasis zu erörternde Frage ist das Problem der Zeitnähe der Prüfung bzw. Unterrichtung. Wird aus Aufwands- und Kostengründen auf eine kontinuierliche Erfassung der Leistungsdaten verzichtet und das Basismaterial für die Verfahren nur für einen begrenzten

Zeitraum bereitgestellt, stellt sich die Frage, ob nicht das Timelag zwischen dem in der Vergangenheit abgelaufenen Leistungsgeschehen und der vorzunehmenden Unterrichtung von nachteiliger Wirkung ist. Dies träfe beispielsweise zu, wenn in einem überprüften Bereich von Krankheitsfällen im Zeitraum zwischen Datenerfassung und Unterrichtung ein grundlegender Wandel in den Behandlungsformen eingetreten wäre. Selbst bei einer kontinuierlichen Leistungserfassung wäre diese Frage noch relevant unter dem Gesichtspunkt, mit welcher Verzögerung auf Basis der erhobenen Daten die notwendige technische Aufbereitung für ein Transparenzverfahren vorgenommen, die Überprüfung der Krankheitsfälle durchgeführt und geeignete Unterrichtsmaßnahmen eingeleitet werden können.

4.3 Vorbereitung des Prüf- und Unterrichtsverfahrens

Damit eine Überprüfung der Krankheitsfälle und eine auf Überzeugung angelegte Unterrichtung durchgeführt werden kann, müssen die folgenden Aufgaben im einzelnen erfüllt werden:

- Die Bestimmung der konkreten Auswahlkriterien für die zu prüfenden Krankheitsfälle aus dem festgelegten Prüfbereich.
- Die Klärung der datenschutzrechtlichen Bedingungen im einzelnen.
- Die Konkretisierung des Inhalts der Prüfung selbst, d.h. der Sachverhalte, welche die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Patienten und die Leistungen der behandelnden Einrichtungen als problematisch erscheinen lassen, sowie der Sachverhalte, die als Ursachen dafür in Frage kommen.
- Die Entwicklung eines Handlungskonzeptes für die Unterrichtung, in dem jeweils entsprechend den im Krankheits-

fall festgestellten Ursachen Regeln enthalten sind über Adressaten, Form und Inhalt der Unterrichtung.

Sofern über diese Fragen vorab keine Klarheit besteht, z.B. weil für den definierten Prüfbereich eine von allen Beteiligten anerkannte Richtlinie für die Prüfung nicht vorliegt, ist eine entsprechende Vorbereitung erforderlich. Diese kann durch die Kasse selbst erfolgen. Im Modellversuch erfolgt sie mit Unterstützung der wissenschaftlichen Begleitung. Sie stützt sich auf eine Analyse des vorgefundenen Leistungsgeschehens.

Für die Überprüfung der Krankheitsfälle in einem bestimmten Problembereich (z.B. Arzneimittelkonsum bei älteren Menschen) kommen allein schon unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit des Aufwandes der Überprüfung keine flächendeckenden Strategien in Frage, d.h. eine Überprüfung aller Krankheitsfälle des definierten Problembereichs ist nicht angebracht. Es wird daher zu einer eingegengten Definition der Problemsektoren kommen, die eine sinnvolle Auswahl der im einzelnen zu überprüfenden Krankheitsfälle ermöglicht.

Es ist davon auszugehen, daß zunächst für eine Reihe von Teilfragen eine spezifizierende Ursachenanalyse mit Hilfe sozialmedizinischer und gesundheitsökonomischer Ansätze durchgeführt wird. Daraus werden die erforderlichen Maßnahmen der Unterrichtung und Beratung inhaltlich und methodisch abgeleitet. Zur Durchführung dieses Vorgehens ist der Sachverstand und die Mitarbeit aller in § 223 RVO Genannten erforderlich.

Soweit in der Hauptphase des Modellversuchs "geeignete Fälle" definiert werden und eine Prüfung, Unterrichtung und Beratung erfolgt, wird es sich zunächst um ein exemplarisches Vorgehen handeln, nicht jedoch um eine flächendeckende Umsetzung der insgesamt möglichen Maßnahmen. Im Rahmen des Modellversuchs ist das Interesse stärker darauf gerichtet, Beispiele für "geeignete Fälle" unterschiedlichen Typs zu erproben, als darauf, die Variationsbreite der Anwendung von

Transparenzverfahren in einem Problembereich möglichst vollständig auszuschöpfen. Die entwickelten Beispiele für "geeignete Fälle" haben in dem Sinn Modellcharakter, als sie auf andere, ähnlich gelagerte Probleme der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit des Leistungsgeschehens mit geringem Aufwand angepaßt werden können. Im übrigen sind für die den Modellversuch durchführenden Kassen nach Abschluß der Hauptphase im Spektrum der erprobten Verfahren weitreichende Austauschmöglichkeiten für die Modellversuchsthemen gegeben; die Durchführung der Modellversuche wird bereits auf die Anwendbarkeit im Routineverfahren bei den Krankenkassen abgestellt.

"Überprüfung der Krankheitsfälle" (vgl. § 223 RVO) ist eine interpretationsbedürftige Vorgabe. Wie der Inhalt der Überprüfung zu konkretisieren ist, kann nur für die einzelnen Anwendungsfelder des Verfahrens nach beschrieben werden. Im folgenden kann demzufolge nur eine allgemeine Charakterisierung der möglichen Inhalte der Überprüfung vorgenommen werden.

Gegenstand der Überprüfung sind gemäß dem allgemeinen gesetzlichen Auftrag der Krankenkassen Berechtigung, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der erbrachten Leistungen. Dabei sind bei der Überprüfung der Zweckmäßigkeit der Leistungen auch Art und Menge der erbrachten Leistungen vom Stand des gesicherten medizinischen Fachwissens her zu beurteilen. Bei der Überprüfung der Zweckmäßigkeit und des Umfangs der erbrachten Leistungen spielt auch die Überlegung eine Rolle, welche anderen Leistungen bzw. anderen Leistungsmengen im gegebenen Krankheitsfall nach den Regeln der ärztlichen Kunst angemessener gewesen wären. Bei der Überprüfung, ob die Versorgung zweckmäßig und ausreichend ist, geht demzufolge ein vergleichender Aspekt mit ein. Ziel der Überprüfung ist somit die Feststellung der sachlichen Adäquanz der Leistungen in dem betreffenden Krankheitsfall. Die medizinisch-inhaltliche Seite steht im Vordergrund. Der Aspekt der Wirtschaftlichkeit wird insoweit berücksichtigt, als Behandlungsweisen, die als nicht zweckmäßig angesehen

werden, selbstverständlich im Sinne des Gesetzes auch als unwirtschaftlich gelten müssen. Als unwirtschaftlich sind aber auch solche Behandlungsweisen einzuschätzen, bei denen kostengünstigere, aber ebenso erfolgversprechende, d.h. gleichwertige Therapiekonzepte angewandt werden könnten. Die Überprüfung der Krankheitsfälle in einem bestimmten Prüfbereich durch die Kasse und die fachkundigen Partner hat damit den Charakter einer genaueren Analyse des betreffenden Problemfeldes.

Die "Überprüfung" soll mehr leisten als eine bloße versichertenbezogene Dokumentation des Leistungsverlaufs. Als Handlungsperspektive einer bloßen Dokumentation käme nur die Mitteilung des Leistungsverlaufs bzw. des dokumentierten Leistungsgeschehens an Versicherte und Ärzte in Frage (vgl. Kapitel 1). Dafür wäre auch das Zusammenwirken mit den fachkompetenten Partnern aus den Leistungsbereichen nicht unbedingt erforderlich. Die Zusammenstellung einer einfachen Dokumentation könnten und dürften die Krankenkassen auch ohne Rekurs auf die Anweisung des § 223 RVO leisten.

Die gegebenen Informationen müssen in ihrem problematischen Gehalt eingeschätzt werden können, und gegenüber nicht zweckmäßigen oder nicht wirtschaftlichen Behandlungsweisen müssen Handlungsalternativen aufgezeigt werden. Eine Leistungs- und Kostendokumentation allein wird kaum diesem Anspruch genügen können. Deshalb müssen die Informationen so dargebracht werden, daß die Versicherten und Ärzte unterstützt werden, Probleme der Leistungsinanspruchnahme bzw. Behandlungs- und Verordnungsweise sowie Handlungsalternativen zu erkennen.

4.4 Abstimmung mit den Beteiligten

Sofern eine von den Beteiligten (Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhausträger, Vertrauensärztlicher Dienst) akzeptierte Richtlinie für die Prüfung entwickelt worden ist, ist eine spezifische Abstimmung nicht mehr erforderlich; jedoch

sind im Einzelfall insbesondere organisatorische Abklärungen zu leisten. Besteht keine Richtlinie vorab, so ist das im zweiten Schritt entwickelte Verfahren mit den Beteiligten abzustimmen. Hinsichtlich dieser Abstimmung erscheint es sinnvoll, den Kontakt auch schon bei der Bestimmung des Prüfbereiches wie auch bei der Vorbereitung des Prüf- und Unterrichtsverfahrens zu suchen.

Die Krankenkasse ist Initiator des gesamten Verfahrens, indem sie Problembereiche für eine Überprüfung von Krankheitsfällen definiert; ihr obliegt auch die Leitung der Überprüfung. Die Krankenkasse muß dabei auf die jeweils zuständigen Partner für das vom Gesetzgeber vorgeschriebene Zusammenwirken zugehen. Das in der Vorschrift geforderte Zusammenwirken hat verpflichtenden Charakter für beide Seiten. Auf dieser Grundlage sollten bereits für die Bestimmung der "geeigneten Fälle" zweckmäßige Formen des Zusammenwirkens gefunden werden. Dementsprechend ist es sachlich geboten, daß die Kasse den Partnern nähere Informationen über die von ihr vorgeschlagenen Problembereiche und konkretere Vorschläge für die Überprüfung der Krankheitsfälle unterbreitet, wenn sie an sie herantritt.

Die für das Zusammenwirken mit den Krankenkassen vom Gesetz genannten Partner wirken nicht alle in jedem Fall mit. Sinnvollerweise bezieht sich die Verpflichtung zum Zusammenwirken nur auf diejenigen Institutionen, die mit dem definierten Problembereich selbst zu tun haben. So wären beispielsweise in spezifisch den Heil- und Hilfsmittelbereich betreffenden Verfahren die Krankenhausträger nicht zu beteiligen. Die Zusammenwirkungspflicht erstreckt sich sinngemäß auch auf nicht explizit genannte Institutionen, wie z.B. die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, soweit Transparenzverfahren im Bereich der zahnärztlichen Leistungen durchgeführt werden sollen.

4.5 Durchführung der Prüfung

Die Durchführung der Überprüfung von Krankheitsfällen erfolgt im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhausträgern für den jeweiligen Bereich sowie den Vertrauensärzten. Die Durchführung der Überprüfung erfolgt, sofern vorhanden, auf der Grundlage einer von allen Beteiligten akzeptierten Richtlinie, sofern nicht vorhanden, auf der Grundlage des im dritten Schritt abgestimmten Verfahrens.

a) Überprüfung von Einzelfällen oder von Gruppen von Fällen

Die Überprüfung mit Hilfe anonymisierter Stichproben-Daten in einem Prüfbereich kann sich auf einzelne Krankheitsfälle, aber auch auf eine Gruppe von Krankheitsfällen beziehen, z.B. Krankheitsfälle eines behandelnden Arztes, bestimmte Krankheitsfälle der Versicherten einer Teilregion oder eines Berufs (z.B. Unfälle bei Gußputzern) oder eines Betriebes, Krankheitsfälle von Versicherten mit einer bestimmten Besonderheit im Leistungs- bzw. Inanspruchnahmeverhalten (z.B. Versicherte mit Vielfachmedikation).

b) Mitwirkung der behandelnden Ärzte an der Prüfung

In vielen Fällen ist es nicht möglich, ohne Mitwirkung der behandelnden Ärzte zu einem Ergebnis bei der Überprüfung von Krankheitsfällen zu kommen, weil Unklarheiten bei der Analyse des Leistungsgeschehens bestehen, die durch ein Gespräch mit den Ärzten (möglicherweise) ausgeräumt werden können. In diesem Fall ist das Entsprechende durch die Mitwirkung von KVen und Krankenhausträgern zu regeln.

4.6 Unterrichtung

Entsprechend dem Ergebnis der Überprüfung erfolgt die Unter-

richtung der Versicherten und/oder der behandelnden Ärzte. Dabei wird nach dem vereinbarten Unterrichtungskonzept (vgl. 4.3 und 4.4) vorgegangen.

Auch zu einer Beschreibung der Unterrichtung - abgelöst von konkreten Beispielen - können nur sehr allgemeine Aussagen getroffen werden. Zur Illustration der hier notwendig abstrakten Darstellung wird auf die Beispielsammlung im II. Abschnitt dieses Berichts verwiesen.

In allgemeiner Weise sind in diesem Punkt fünf Fragen zu klären:

- a) Wer unterrichtet?
- b) Wer wird unterrichtet?
- c) Über was wird unterrichtet (Inhalt)?
- d) Wie wird unterrichtet (Form)?
- e) Zu welchem Zweck wird unterrichtet?

In den folgenden Unterabschnitten werden die möglichen Alternativen zur Lösung dieser Fragen schematisch (und teilweise stichwortartig) systematisiert. In einer allgemeinen Darstellung zu diesem Gegenstand kann nicht jeweils auf die wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen den Entscheidungen für die Auswahl eines Prüfbereichs, eines Überprüfungskonzepts und alternativen Unterrichtsverfahren eingegangen werden. Wie diese Abhängigkeiten aussehen, kann nur an einzelnen konkreten Beispielen diskutiert werden. Wird z.B. von einer Krankenkasse ein Transparenzverfahren zum Problem des Arzneimittelkonsums durchgeführt, bei dem das erforderliche Problemwissen bereits auf der Ebene des bundesweiten Arzneimittelindex formuliert werden kann (z.B. hoher Verbrauch von Glibenclamid in der Bundesrepublik), hat das sinnvollerweise ein anderes Vorgehen bei der Überprüfung und Unterrichtung zur Folge, als wenn z.B. die Krankheitsfälle einer eng begrenzten Berufsgruppe im Hinblick auf mögliche Präventionsmaßnahmen (Verbesserung des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz) geprüft werden.

Die Ebene der Formulierung der Ausgangsprobleme - also auch

die Ebene des verfügbaren Vorwissens über ein Problemfeld - wird zu unterschiedlichen Typen der Überprüfung führen und schließlich auch die Ebene der Unterrichtsmaßnahmen bestimmen, bei deren Wahl man eine erfolgversprechende Veränderung von Handlungsorientierungen erwarten kann.

a) Wer unterrichtet?

Der Wortlaut des § 223 RVO spricht die Funktion der Unterrichtung zunächst der Krankenkasse zu. Dies kann schriftlich oder auch mündlich geschehen. Dabei können die Sachbearbeiter in der Leistungsabteilung der Krankenkasse, die Rehabilitationssachbearbeiter und Mitarbeiter in Sozialen Diensten und Eigeneinrichtungen, insbesondere der Gesundheitsberatung, mitwirken. In vielen Fällen kann es sinnvoll sein, daß die Krankenkasse nicht nur direkt informiert; so könnte etwa die Unterrichtung der Versicherten durch den Vertrauensärztlichen Dienst oder den behandelnden Arzt erfolgen. Die Unterrichtung der behandelnden Ärzte kann auch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen. In den Fällen, in denen ein solches Vorgehen als sinnvoll erscheint, wären seitens der Krankenkassen vorab mit den entsprechenden Partnern Vereinbarungen über ein Zusammenwirken bei der Unterrichtung zu treffen.

b) Wer wird unterrichtet (Adressat)?

Die Krankenkasse muß entscheiden, mit wem sie entsprechend dem abgestimmten Prüf- und Unterrichtungskonzept in Kontakt tritt. Nach dem Wortlaut von § 223 RVO kann die Krankenkasse Versicherte und behandelnde Ärzte unterrichten. Nicht in jedem Fall wird eine Unterrichtung von Versicherten und behandelnden Ärzten bzw. anderen Leistungserbringern sinnvoll sein. Welche Alternativen bestehen, soll im folgenden kurz ausgeführt werden.

Unterrichtung der Versicherten

Da in bezug auf die Versicherten ausschließlich mit anonymisierten Daten gearbeitet wird, kommt hier vor allem in Frage, daß Versicherte als Mitglieder einer "Zielgruppe" unterrichtet werden, ohne daß in jedem Fall eine Einzelprüfung des Krankheitsfalles vorgenommen worden sein muß. In der Unterrichtung wird auf statistische Kennziffern Bezug genommen. Ein derartiges Verfahren ist immer dann sinnvoll, wenn die Zielgruppen hinreichend eingegrenzt und ohne größere Streuverluste angesprochen werden können. Auf seiten der Versicherten ist für den Erfolg einer derartigen Unterrichtsform vorausgesetzt, daß sie sich bei der Zielgruppenansprache auch als Mitglied dieser Gruppe erkennen können. Zum Beispiel bei Versicherten mit Vielfachmedikation kann eine Unterrichtung unspezifisch über Medien erfolgen, da die Versicherten sich selbst als Mitglieder dieser Zielgruppe identifizieren können.

Unterrichtung der behandelnden Ärzte

Als behandelnde Ärzte können Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte angesprochen werden. Sie werden auf der Basis von statistischen Kennziffern über das Leistungsgeschehen unterrichtet. Es erscheint zweckmäßig, insbesondere die Gruppen von Ärzten (Fachgruppen etc.) über das Ergebnis einer Überprüfung von Krankheitsfällen zu unterrichten, die in besonderer Weise für die Behandlung der betreffenden Krankheitsfälle zuständig sind (Beispiel: Bei der Überprüfung der Krankheitsfälle mit Verordnungen oraler Antidiabetika sollten vor allem die Internisten und Allgemeinmediziner unterrichtet werden).

Unter besonderen Bedingungen kann auf der Basis zeitnah erhobener und für die ausgewählten Krankheitsfälle eng spezifizierter Daten auch eine Unterrichtung einzelner Ärzte vorgesehen werden. Sie werden in diesem Fall nur über einzelne geprüfte Krankheitsfälle oder über eine Gruppe von Krank-

heitsfällen aus ihrer Praxis unterrichtet (Beispiel: Unterrichtung eines Arztes über die von ihm behandelten Krankheitsfälle mit umfangreicher Verordnung von Beruhigungsmitteln). Diese Ärzte können immer nur über die von ihnen selbst erbrachten Leistungen informiert werden.

Unterrichtung weiterer Institutionen

Auch sonstige Ärzte (Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Betriebsärzte etc.) können über die Ergebnisse der Überprüfung von Krankheitsfällen in allgemeiner Form unterrichtet werden. Dabei enthält die Unterrichtung immer nur das statistische Ergebnis vieler Einzelfallprüfungen. Inwieweit darüber hinaus weitere Informationsmaßnahmen der Kasse sinnvoll sind, bleibt in der jeweiligen Situation zu entscheiden, insbesondere im Kontext primärpräventiver Aufgaben (Unfallversicherung, Gewerbeaufsicht, Umweltschutzinstanzen, Gesundheitserzieher etc.).

c) Über was wird unterrichtet (Inhalt)?

Gegenstand der Unterrichtung kann sein:

- die in Anspruch genommenen Leistungen und/oder
- ihre Kosten und/oder
- das Ergebnis der Überprüfung.

Nach dem hier vorgestellten Verfahrenskonzept muß das Ergebnis der Überprüfung den zu Unterrichtenden so mitgeteilt werden, daß für sie alternative Handlungsmöglichkeiten erkennbar sind, die einem wirtschaftlichen bzw. zweckmäßigen Verhalten entsprechen. Um dieses Ziel zu erreichen, werden den Versicherten und behandelnden Ärzten die Gründe dargelegt, die zur Auswahl des betreffenden Prüfbereichs geführt haben.

Mit der Darstellung des Ergebnisses der Überprüfung wird auch angegeben, welche Zielsetzung die Unterrichtung hat.

Die Veränderung des Verhaltens der Versicherten und Ärzte wird in dem Maße Erfolg haben, wie es gelingt, von medizinisch zweckmäßigen und wirtschaftlichen Handlungsalternativen zu überzeugen. Die Einbeziehung dieses Elements in die Unterrichtung wird auch vorgeschlagen, weil es zu den allgemeinen Aufgaben der Krankenkassen gehört (vgl. SGB I), durch Beratung und Betreuung ihrer Versicherten und durch Information und Gespräche mit ihren Vertragspartnern einen Beitrag zur Steigerung von Effektivität und Effizienz der medizinischen Versorgung zu leisten.

Unterrichtsinhalte könnten z.B. sein:

- Unterrichtung der Versicherten, die in einem Betrieb beschäftigt sind, der behandelnden Ärzte und der Betriebsärzte über die Inanspruchnahme von Leistungen und deren Kosten im Zusammenhang mit arbeitsbedingten Erkrankungen.
- Unterrichtung der Versicherten über allgemeine Gesichtspunkte und Probleme der Arzneimitteltherapie (z.B. Gefahren der gleichzeitigen und ärztlich nicht koordinierten Einnahme mehrerer Medikamente; Preisunterschiede bei gleich wirksamen Arzneimitteln etc).
- Unterrichtung der behandelnden Ärzte über ein von schulmedizinischen Standards abweichendes Ordnungsverhalten/Überweisungsverhalten bei einem bestimmten Typ von Krankheitsfällen und die möglichen Ursachen dieser Abweichung.

d) Wie wird unterrichtet (Form)?

Die Unterrichtung kann in schriftlicher oder mündlicher Form erfolgen. Bei der schriftlichen Unterrichtung sind z.B. folgende Möglichkeiten gegeben:

- persönliche Ansprache (Brief) (z.B. bei der Unterrichtung einzelner Ärzte über ihr Ordnungsverhalten),
- zielgruppenorientiertes Verfahren mit spezieller Anspra-

che (z.B. Unterrichtung von Facharztgruppen über die Behandlung bestimmter Krankheitsfälle),

- zielgruppenorientiert, aber mit unspezifischer Ansprache über Medien (z.B. Unterrichtung der Versicherten über die Gefahren der Vielfachmedikation)..

Bei der mündlichen Unterrichtung sind die folgenden Varianten denkbar:

- Gespräch mit Mitarbeitern der Krankenkasse (vor allem über sozialversicherungsrechtliche Fragen etc.),
- Gespräch unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung (bei Ärzten),
- Gruppenunterrichtung (Versicherte), wobei die Einladung zu derartigen Veranstaltungen zielgruppenspezifisch erfolgen sollte.

e) Zu welchem Zweck wird unterrichtet?

Ziel der Transparenzverfahren ist Verhaltensänderung durch Überzeugung infolge der Unterrichtung über nicht wirtschaftliche bzw. nicht zweckmäßige Inanspruchnahme/Leistungserbringung. Dieses Ziel sollte bei der Unterrichtung stets in allgemeiner Form und für den betreffenden Prüfbereich näher spezifiziert genannt werden.

Das Ziel von Unterrichtsmaßnahmen ist damit die Verbesserung von Effektivität und Effizienz des Leistungsgeschehens durch Bereitstellung problemorientierten Wissens. Dazu können die folgenden Einzelbeispiele genannt werden:

- Modifizierung der medizinisch-therapeutischen Konzepte,
- stärkere Berücksichtigung wirtschaftlicher Gesichtspunkte bei den diagnostischen Konzepten,
- Substitution/Flankierung medizinischer Maßnahmen durch z.B. Selbsthilfe, Soziale Dienste usw.,
- Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens der Versicherten,
- Vermeidung von Krankheitsentstehung; "durch mehr Gesundheitsschutz zu weniger Krankheitsfällen".

4.7 Evaluation der Verfahren

Bei der Durchführung von Modellversuchen zu Transparenzverfahren ist es notwendig, eine Evaluation der Aktivitäten durchzuführen. Dabei werden die eingesetzten Verfahren nach drei Gesichtspunkten bewertet:

- nach ihrer Eignung für die Zielsetzung des Modellversuchs,
- nach ihrer Eignung, in Verwaltungsverfahren ohne wissenschaftliche Begleitung eingesetzt zu werden,
- nach den Auswirkungen auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten und das Leistungsverhalten der medizinischen Einrichtungen, die mit der Durchführung des Modellversuchs im Zuständigkeitsbereich der Modellkasse erkennbar geworden sind.

Vereinfachend können Verfahren zur mittelfristigen Kontrolle der Auswirkungen von Überprüfung und Unterrichtung durch statistische Beobachtung des Leistungsgeschehens bei Krankheitsfällen aus den Prüfbereichen entwickelt und implementiert werden. So könnte beispielsweise eine verhältnismäßig kleine Rezeptstichprobe eingesetzt werden, um den Verbrauch von oralen Antidiabetika festzustellen.

Gleichzeitig sind bei der Evaluation der Verfahren Aufschlüsse darüber zu erwarten, welche (weiteren) Problembereiche für Transparenzverfahren geeignet erscheinen und wie sich bestimmte Verfahrensteile (Informationsbereitstellung, Überprüfung, Zusammenwirkung, Unterrichtung) verbessern und gegebenenfalls routinisieren lassen. Vor allem für die Auswahl der zu überprüfenden Krankheitsfälle und die Prüfung selbst sind Verbesserungsmöglichkeiten durch erweiterte Erfahrungen mit Transparenzverfahren gegeben.

4.8 Erstellung von Handbüchern für Verwaltungsverfahren zur Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz

Für "Routineverfahren" zur Prüfung von Krankheitsfällen, die

im wesentlichen ohne wissenschaftliche Begleitung bzw. Beratung durchgeführt werden sollen, werden die erforderlichen Arbeitsschritte der Informationsbereitstellung und Datenanalyse, der Prüfung und Unterrichtung dokumentiert. Diese Dokumentation soll es anderen Krankenkassen ermöglichen, ohne größeren Aufwand in ihrem Bereich die Verfahren zu den Modellversuchsthemen zu wiederholen.

Hat sich im Verlauf des Modellversuchs gezeigt, daß eine regelmäßige Prüfung von Krankheitsfällen zweckmäßig erscheint, kann auf dieser Grundlage mit den Beteiligten eine Richtlinie vereinbart werden. Besteht eine solche Richtlinie, verkürzt sich das Verfahren auf die Schritte 4.1 - Bestimmung der Prüfbereiche, 4.5 - Durchführung der Prüfung (gemäß Richtlinie) und 4.6 - Unterrichtung (gemäß Richtlinie).

II. ABSCHNITT: AUSGEWÄHLTE ANWENDUNGSBEISPIELE

Im folgenden sind Beispiele für konkrete Anwendungsmöglichkeiten von Transparenzverfahren zusammengestellt. Diese Beispiele sollen der Diskussion und Klärung der Frage dienen, auf welchen inhaltlichen Feldern solche Verfahren in die Praxis - zunächst in Form von Modellversuchen - umgesetzt werden können. Sie dienen zugleich einer Veranschaulichung der im I. Abschnitt entwickelten Vorgehensweise.

Wir haben uns bemüht, Vorschläge aufzugreifen, die in der Diskussion über eine Verbesserung der Transparenz in der Gesetzlichen Krankenversicherung gemacht worden sind. Die an den Modellversuchen beteiligten Krankenkassen, die Verbände der Krankenkassen, die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften usw. waren vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung aufgefordert worden, solche Vorschläge zu unterbreiten. Zum Teil gehen die Beispiele auf eigene Vorarbeiten im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung und in der Berliner Arbeitsgruppe Strukturfor- schung im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, zurück.

Bei der Präsentation der Beispiele mußten wir uns auf eine knappe Darstellung beschränken, womit eine gewisse Reduktion der Komplexität und Vernachlässigung der jeweiligen Besonderheiten des Krankheitsgeschehens verbunden ist. Worauf es hier ankam, war, kurz das Krankheitsgeschehen im Zusammenhang mit der Intention und Konzeption der Transparenzverfahren darzustellen. Die Beispiele sollten auch als Anregung zur weiteren Diskussion und als Angebot zum vertieften Dialog aufgefaßt und gelesen werden. Es lassen sich darüber hinaus durchaus auch andere Beispiele für Anwendungsmöglichkeiten - evtl. in bisher noch nicht erwähnten Themenbereichen - denken.

Bei den hier angeführten Beispielen handelt es sich um Ideen für Transparenzverfahren. Bei den Themenvorschlägen wird zwar die verwaltungsmäßige Durchführung ins Auge gefaßt. Es wird jedoch nicht der Anspruch erhoben, daß bereits alle rechtlichen Bedingungen für das Verwaltungshandeln der Krankenkassen und der mit ihnen zusammenwirkenden Institutionen in den einzelnen Handlungsfeldern mit den skizzierten Verfahren rechtssystematisch abgeleitet wären. Für jedes Handlungsfeld ergibt sich in dieser Beziehung ein spezifischer Begründungsbedarf. Über den allgemeinen Auftrag des § 223 RVO an die Kassen, zur Erhöhung von Leistungs- und Kostentransparenz beizutragen, hinaus, müssen jeweils die konkreten Vorschriften des Krankenversicherungsrechts ausgeführt werden. Ebenso müssen die datenschutzrechtlichen Bedingungen für die Handlungsfelder im einzelnen abgeklärt werden. Zur Verdeutlichung der notwendigen Ausarbeitung in diesem Sinne sind im Anhang konkretisierte Vorhabenbeschreibungen für drei Handlungsfelder dokumentiert.

5. Krankheitsfälle nach spezifischen Gefährdungen und Belastungen der Gesundheit (am Beispiel berufs- und tätigkeitsspezifischer Belastungen)

5.1 Analyse des Prüfbereichs

Die arbeitsmedizinische Forschung hat eine Fülle von Erkenntnissen über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Erkrankungen erbracht. Nicht in jedem Fall hat die betriebliche Arbeitsschutzpraxis die arbeitsmedizinischen Erkenntnisse ausreichend berücksichtigt. Reduzieren ließen sich bei entsprechender Umsetzung arbeitsmedizinischer Erkenntnisse nicht nur die arbeitsbedingten Erkrankungen, sondern auch ihre Folgekosten (Entgeltfortzahlung, Krankengeldzahlung, Behandlungskosten, nicht zuletzt die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen sowie Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten).

Das Umsetzungsdefizit hängt neben vielem anderen auch damit zusammen, daß - abgesehen von dem generellen Vermittlungsproblem zwischen Forschung und Praxis - arbeitsmedizinische

Erkenntnisse nur selten in betriebsspezifischer Form aufbereitet werden und von daher die Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen im einzelnen Betrieb oft nicht in ausreichendem Maße erkannt werden. Zudem verfügt der einzelne Betrieb zwar über Informationen bezüglich des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens, aber nicht bezüglich des Krankheits- und Behandlungsgeschehens. In dieser Beziehung kann die Krankenkasse die Informationsgrundlage für Arbeitsschutzmaßnahmen gegen arbeitsbedingte Erkrankungen verbessern.

5.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle

Zunächst werden die Krankheitsfälle der Beschäftigten von Betrieben/Betriebsteilen ausgewählt, die mehr als 100 Beschäftigte haben, da schon allein aus statistischen Gründen nur in solchen größeren Betrieben/Betriebsteilen Zusammenhänge zwischen Erkrankung/Behandlung und Arbeitsbedingungen mit dem hier gewählten Verfahren erkennbar sind. Für diese Betriebe/Betriebsteile werden die Ausgaben für Gesundheit (Entgeltfortzahlung, Krankengeld, Krankenhauskosten, Kosten für ambulante Behandlung) alters- und geschlechtsstandardisiert errechnet.

5.3 Durchführung der Prüfung

Für die Beschäftigten in mitwirkungsbereiten Betrieben werden drei Übersichten erstellt:

- eine Übersicht der Diagnosen und medizinischen Leistungen;
- eine Arbeitsunfähigkeitsübersicht (AU-Tage und -Fälle nach Krankheitsarten/Diagnosegruppen);
- eine Belastungsübersicht (Art, Häufigkeit und Intensität von Belastungen am Arbeitsplatz).

Die Prüfung geht der Frage nach, ob und welche Zusammenhänge zwischen dem hohen Behandlungsaufwand und AU-Volumen sowie

den Arbeitsbedingungen bestehen, und hat zum Ziel, konkrete Krankheitsursachen oder krankheitsfördernde Faktoren zu identifizieren. Sie wird von einem (beratenden) Arbeitsmediziner der Kasse in Zusammenarbeit mit dem Betriebsärztlichen Dienst, den Sicherheitsfachkräften des Betriebs/Betriebs- teils sowie gegebenenfalls in Rücksprache mit den Arbeitsschutzexperten des Unfallversicherungsträgers und der Gewerbeaufsicht durchgeführt.

5.4 Unterrichtung

Die Krankenkasse (der Arbeitsmediziner) unterrichtet die Betriebe schriftlich über die Ergebnisse der Prüfung, d.h. über die ermittelten Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Arbeitsunfähigkeit/Erkrankungen/medizinischen Leistungen, unterbreitet den Betrieben gegebenenfalls Vorschläge über entsprechende Gesundheitsschutzmaßnahmen und fordert die Betriebe zu Stellungnahmen zu den Ergebnissen und Vorschlägen auf.

Die Kasse unterrichtet ebenfalls die Ärzte im Kassenbereich schriftlich und allgemein über die Ergebnisse der Prüfung, um sie auf betriebliche Hintergründe von Erkrankungen aufmerksam zu machen und um sie verstärkt in die Lage zu versetzen, ihre Behandlungsweisen gegebenenfalls zu spezifizieren.

6. Krankheitsfälle mit der Möglichkeit der Substitution kostengünstiger durch kostengünstige Therapiemaßnahmen gleicher Art (am Beispiel gleichartiger Medikamente)

6.1 Analyse des Prüfbereichs

In der Bundesrepublik werden von Ärzten jährlich etwa 1 Mrd. Einzelverordnungen ausgestellt; der Jahresumsatz mit Arzneimitteln beträgt rd. 21 Mrd. DM (Westphal 1982). Die Kassen-/Vertragsärzte der gesetzlichen Krankenkassen stellten 1981

etwa 770 Mio. Verordnungen auf ca. 400 Mio. Rezepten aus, wodurch die Krankenkassen mit knapp 14 Mrd. DM belastet wurden (ohne Berücksichtigung der Preissteigerung im 4. Quartal 1981 hochgerechnet nach Reher 1982).

Die im internationalen Vergleich hohe Zahl von Arzneimittelverordnungen in der Bundesrepublik Deutschland und die Höhe der Kosten für Arzneimittel ist - neben vielen anderen Faktoren - u.a. auf ein Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten und ein Ordnungsverhalten der behandelnden Ärzte zurückzuführen, das nicht immer ein ausreichendes Bewußtsein über Nutzen und Kosten der Medikamente widerspiegelt. Schätzungen gehen davon aus, daß die Krankenkassen 2 Mrd.DM einsparen könnten, wenn statt der verordneten Medikamente gleichartige, jedoch preiswertere Alternativpräparate verschrieben würden (Westphal 1982). Unter den nach Verordnungshäufigkeit führenden 20 Arzneimitteln befinden sich 6 Präparate, die unter Beachtung der "Preisvergleichsliste" der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch gleichartige Alternativpräparate ersetzt werden könnten, wodurch sich Einsparungen von etwa 150 Mio. DM allein bei diesen 6 Präparaten ergäben (Reher 1982).

Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß eine Arzneimittelverordnung im Zusammenwirken von Arzt und Patient erfolgt: Erwartungen der Patienten und Verordnungsgewohnheiten der Ärzte spielen zusammen. "Für die Patienten ist der hohe Preis eines Präparates häufig ein Indikator für die gute Qualität des Produkts" (Eggensberger 1982). Es ist zu vermuten, daß den Versicherten zum großen Teil nicht bekannt ist, daß sie die Verordnung von Arzneimitteln, die für die Heilung oder Linderung einer vorliegenden Erkrankung unwirtschaftlich sind, nicht beanspruchen können, daß die Ärzte ihnen solche Arzneimittel auf Kosten der Krankenkassen nicht verordnen und die Krankenkassen sie nicht nachträglich bewilligen dürfen. Nach Nr. 7 der Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen haben die Krankenkassen ihre Versicherten allgemein und soweit nötig im Einzelfall über diese Bestimmungen aufzuklären.

Auch der Arzt soll den Anspruchsberechtigten - soweit nötig - auf die Bestimmungen hinweisen (Nr. 8 Arzneimittelrichtlinien). Er soll stets prüfen, ob sich der angestrebte Erfolg auch durch preisgünstigere Arzneimittel erreichen läßt (Nr. 10). Er ist gehalten, sich im Rahmen des Möglichen über die Preise der von ihm verordneten Arzneimittel zu unterrichten (Nr. 24). Der Rahmen des Möglichen ist jedoch infolge der ärztlichen Arbeitssituation in der Praxis eng begrenzt: Dem Arzt bleibt wenig Zeit für Information; dies gilt auch für Preisvergleiche. Die Kassenärztliche Vereinigung, die den Arzt hinsichtlich einer wirtschaftlichen Verordnungsweise beraten soll (Nr. 12 Arzneimittelrichtlinien), ist wegen der ihr fehlenden Informationen nicht in der Lage, den einzelnen Arzt im Hinblick auf sein Verordnungsverhalten spezifisch zu beraten.

Den Krankenkassen stehen diese Informationen jedoch grundsätzlich zur Verfügung; im Rahmen eines Modellversuchs können sie aufbereitet werden. Diese Aufbereitung könnte zunächst mit Daten erfolgen, die hinsichtlich der Ärzte und Versicherten anonymisiert sind. Viele der angesprochenen Probleme lassen sich an anonymisierten Fallbeispielen und/oder der statistischen Auswertung der Verordnungsdaten für bestimmte Arztgruppen (Fachrichtungen etc.) oder Versicherungengruppen diskutieren. In besonders zu spezifizierenden Fällen könnte - nach Klärung der datenschutzrechtlichen Bedingungen - auch eine auf den einzelnen Arzt bezogene Auswertung vorgenommen werden.

Damit ließe sich ein Überblick über das Verordnungsverhalten der Ärzte und das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten gewinnen. Diese Transparenz wäre für alle Beteiligten von Nutzen: Die Kasse könnte ihre Aufgabe, die Versicherten darüber aufzuklären, daß sie eine Verordnung von unwirtschaftlichen Arzneimitteln nicht beanspruchen können, besser wahrnehmen; entsprechend könnte die Kassenärztliche Vereinigung ihre Aufgabe, die Ärzte im Hinblick auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu beraten, gezielt wahrnehmen; und der einzelne Arzt würde gegebenenfalls in die Lage versetzt zu

erkennen, wo für ihn persönlich Spielräume für eine wirtschaftliche Verordnungsweise bestehen.

6.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle

Es sollen Krankheitsfälle geprüft werden, in denen eine Medikation mit Präparaten erfolgt, die durch gleichartige, aber preiswertere Medikamente ersetzt werden können. Dazu erstellt die Kasse nach Absprache mit den Beteiligten einen kassenspezifischen Arzneimittelindex der nach Verordnungshäufigkeit führenden 300 (oder 500) Arzneimittel. Es wird eine Tabelle mit denjenigen Präparaten aus den 300 (500) nach Verordnungshäufigkeit führenden Arzneimitteln erstellt, zu denen es laut Preisvergleichsliste gleichartige, aber preiswertere Alternativpräparate gibt. Es werden alle die Krankheitsfälle ausgewählt, in denen diese teureren Präparate verordnet wurden.

6.3 Durchführung der Prüfung

Für die im Zusammenwirken von Kasse und Kassenärztlicher Vereinigung erfolgende Prüfung erscheint es zweckmäßig, sich auf Krankheitsfälle zu beschränken, in denen die Verordnung preisungünstiger Medikamente gehäuft auftritt. Die Prüfung besteht darin, in Rücksprache mit den Ärzten die Gründe für die Verordnung der teureren Arzneimittel zu klären.

6.4 Unterrichtung

Stellt sich bei der Prüfung heraus, daß die Verordnung von teureren Medikamenten auf mangelnde Information der verordnenden Ärzte zurückzuführen ist, kann die Kasse der Kassenärztlichen Vereinigung arztgruppen- oder gegebenenfalls arztbezogene Aufstellungen zur Verfügung stellen, die die verordneten teureren Medikamente mit Preisen sowie die entsprechenden Alternativprodukte mit Preisen enthält und die

die Kassenärztliche Vereinigung zur Grundlage einer Beratung der Ärzte machen kann. Stellt sich bei der Prüfung heraus, daß das Ordnungsverhalten der Ärzte auf Medikationsempfehlungen von Krankenhausärzten in Entlassungsbriefen beruht, kann die Krankenhausgesellschaft im Lande einbezogen werden, um die Krankenhausärzte zu motivieren, ihre Medikationsempfehlungen gegebenenfalls auf preiswertere Medikamente umzustellen.

Allgemein kann die Kasse die Versicherten schriftlich darauf hinweisen, daß sie eine Verordnung von unwirtschaftlichen Arzneimitteln nicht beanspruchen können, z.B. durch Veröffentlichungen in der Mitgliederzeitschrift der Kasse.

7. Krankheitsfälle mit dem Erfordernis einer therapeutischen Gesamtkonzeption (am Beispiel der Vielfachmedikation)

7.1 Analyse des Prüfbereichs

Detaillierte Untersuchungen über die Probleme der Vielfachmedikation liegen für die Bundesrepublik Deutschland kaum vor. Für solche Untersuchungen bietet sich insbesondere eine Analyse des Arzneimittelverbrauchs älterer Menschen (65 Jahre und älter) an. Eine Untersuchung auf der Basis der Datenbank des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern für eine regional begrenzte Stichprobe und das Jahr 1975 (n = 30.444 ganzjährig versicherte Patienten) ergab, daß ca. 25 % der 65 bis 74 Jährigen und ca. 30% der über 75 Jährigen mehr als 40 Verordnungen im Jahr erhielten (BASiG 1980). Eine weitere Untersuchung auf der Basis einer Sondererhebung des LdO in Bayern für 1975 (n = 44.787 Versicherte) ergab, daß 26,8 % (1.593) der Versicherten im Alter von 65 und mehr Jahren über 40 Verordnungen im Jahr erhielten (Schulte 1982).

Dabei zeigte sich, daß die ambulante Behandlung dieser Versicherten im Alter von 65 und mehr Jahren und mit mehr als 40 Verordnungen durch eine hohe Anzahl von Kontakten mit niedergelassenen Ärzten (durchschnittlich 40 Kontakte im

Jahr) gekennzeichnet ist, wobei Krankheiten des Kreislaufsystems mit 35,3 %, Krankheiten des Nervensystems mit 9,7 % und Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes mit 8,7 % die häufigsten Behandlungsanlässe darstellen. Im Durchschnitt werden 65 Arzneimittel auf 27 Rezepten verordnet (Preis je Verordnung durchschnittlich 10,32 DM - 1975). Nach Indikationsbereichen geordnet stehen die Herzkreislauf-Mittel (Kardiaka, Coronarmittel, Diuretika, Antihypertensiva) mit 19,1 % an der Spitze, gefolgt von Rheuma- und Schmerzmitteln (Spasmolytika, Antirheumatika, Migränemittel, Analgetika) mit 16,5 %, Psychopharmaka mit 15,0 %, atemwegswirksamen Mitteln (Antitussiva, Bronchospasmolytika, Antiasthmatica, Grippemittel, Rhinologika) mit 9,4 %, gefäßwirksamen Mitteln (Arteriosklerosemittel, durchblutungsfördernden Mitteln, Geriatrika, Venenmittel) mit 8,6 %, Magen-Darm-Mitteln mit 4,4 %, Hautmitteln und Antiphlogistika mit 3,4 %, Antidiabetika mit 2,6 % sowie sonstigen Medikamenten mit 20,8 %. 27 % der Patienten im Alter von 65 und mehr Jahren und mit mehr als 40 Verordnungen in 1975 wurden auch stationär behandelt (durchschnittlich 38 Tage).

Aus der Versichertengruppe der mehr als 64 Jahre alten Versicherten mit mehr als 40 Verordnungen (n = 1.593) wurde eine nach Alter und Geschlecht geschichtete 5 %-Stichprobe (n = 66) gezogen; die Behandlungsverläufe dieser Versicherten (21 Männer, 45 Frauen) wurden auf der Grundlage von Versichertenblättern detailliert analysiert. Trotz der Unterschiedlichkeit der 66 Behandlungsverläufe konnten folgende Gruppen von Patienten nach typischen Merkmalen des Behandlungsverlaufs unterschieden werden:

- Patienten, die sehr viele (mehr als 80) Verordnungen und sehr viele (mehr als 21) verschiedene Arzneimittel erhalten, ohne daß aus den Versichertenblättern auf "Übermedikation" geschlossen werden kann (18 %);
- Patienten, die neben indizierten Medikamenten zur Dauerbehandlung einer chronischen Erkrankung Kombinationspräparate, Arzneien ohne nachgewiesene Wirksamkeit und auch

Psychopharmaka, Sedativa, Hypnotika und Analgetika in hohem Maße erhalten (37 %);

- Patienten ohne erkennbare Dauerbehandlung einer chronischen Erkrankung, die jedoch mit sehr vielen verschiedenen Arzneimitteln (mehr als 18) symptomatisch behandelt werden und Kombinationspräparate, Medikamente ohne nachgewiesene Wirksamkeit und häufig Psychopharmaka, Sedativa, Hypnotika und Analgetika erhalten (45 %). Bei dieser Gruppe wird ein pharmakotherapeutisches Grundmuster sichtbar, das als "polypragmatisch" bezeichnet werden kann.

Schwerpunkte der Arzneimitteltherapie im hohen Alter sind Herzinsuffizienz, Hypertonie, Koronarinsuffizienz, Diabetes mellitus und COLD (Chronic Obstructive Lung Disease). Die medikamentöse Therapie dieser Erkrankungen ist möglich und regelmäßig nötig. Notwendig kann ebenfalls z.B. die punktuelle Arzneitherapie eines Harnwegsinfekts oder einer Pneumonie sein.

Insbesondere die medikamentöse Behandlung von Durchblutungsstörungen erfolgt mit einer Vielzahl besonders teurer Medikamente. Der Wirksamkeitsnachweis für viele dieser Medikamente fehlt, insbesondere bei dauernder Anwendung. Gerade weil die allgemeine Arteriosklerose bekanntlich medikamentös nicht therapierbar ist, die Patienten aber unter vielfältigen Beschwerden leiden, ist dies ein Feld für eine Polypragmasie.

Da fast jeder der Patienten aus der untersuchten Versichertengruppe an diversen Beschwerden leidet, deren Therapie medikamentös nicht sicher möglich ist, führt dies oftmals zu einem häufigen Präparatewechsel auf der Suche nach einem vermeintlich auffindbaren wirksamen Medikament, zu polypragmatischem Vorgehen. Durch Nicht-Verordnung solcher Medikamente und auch durch zurückhaltende Verordnung z.B. äußerer Antirheumatika und stärkere Orientierung auf physikalische Therapie könnte die Verordnung eines beträchtlichen Teils der Medikamente, deren Wechselwirkungen im übrigen nicht im-

mer genügend bedacht werden (Musch/Gugler 1981), und ein Teil der entstehenden Kosten vermieden werden.

Obwohl Diagnosen, die den Einsatz von Psychopharmaka rechtfertigen, selten sind, stehen diese Medikamente mit 15 % an dritter Stelle auf der Verordnungsrangliste. Dies deckt sich mit den Ergebnissen des GKV-Arzneimittelindex, nach dem Psychopharmaka den dritten Platz in der Verschreibungshäufigkeit und den zweiten Platz im Umsatz halten (Reher 1982). Nach den Arzneimitteltherapiegeboten der American Medical Association (AMA 1974) sollen Psychopharmaka bei Bagatelbeschwerden oder -klagen vermieden werden und der Eindämmung schwerer Symptome vorbehalten bleiben. Der Diagnostizierung der zugrunde liegenden Störung sollte der Vorzug vor der Verordnung von Psychopharmaka gegeben werden, Suchtanfälligkeit des Patienten und Suchtpotential des Medikaments sind zu berücksichtigen, niedrige Dosierung und passagere Therapie sind zu bevorzugen, Verschreibungen größerer Mengen sollten vermieden werden.

Sicherlich erkranken alte Menschen häufiger als junge, und sicherlich leiden sie häufiger als junge Menschen an mehreren chronischen Krankheiten, was sich in häufigeren, regelmäßigen Konsultationen niedergelassener Ärzte, z.T. in Parallelinanspruchnahme mehrerer Primärärzte niederschlägt. Ältere Patienten konsultieren vielleicht aber auch deshalb ihre Ärzte häufiger, weil sie oft einer sozialen Desintegration unterliegen und die Voraussetzungen für eine psychosoziale und sozialpflegerische Betreuung in der Familie oft nicht mehr gegeben sind (Anteil der Ein-Personen-Haushalte an allen Haushalten mit einem Haushaltsvorstand im Alter von 65 und mehr Jahren 1980: 54 % - Statistisches Bundesamt 1981), weil "kleine Netzwerke", die die Familien ersetzen könnten (Altengruppen, Altenwohngemeinschaften), zu wenig ausgebildet sind und weil ehrenamtliche und professionelle soziale Hilfen (mobile Sozialdienste, Sozialstationen, geriatrische Einrichtungen) häufig fehlen. Der Kontakt zum Arzt mag für ältere Menschen oft wesentlicher Teil ihrer sozialen Kontakte sein. Da sie im Vergleich etwa zu Berufstätigen

tigen über relativ viel freie Zeit verfügen, haben sie die Möglichkeit, intensive Kontakte zu Ärzten zu pflegen.

Die intensive Arzneimitteltherapie ist legitimiert durch die vorliegenden Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen und gesellschaftlich akzeptiert, entspricht gängigen Handlungsmustern der Ärzte und den Erwartungen der Patienten, mag sozial zwar funktional, jedoch medizinisch und gesundheitspolitisch nicht immer vertretbar sein. Die intensive Arzneimitteltherapie kann außer aus sozialen Mechanismen auch aus Informationsdefiziten bei Ärzten und Patienten über den therapeutischen Nutzen der Arzneimittel, ihre Neben- und Wechselwirkungen sowie Wirkungskumulationen, darüber hinaus auch daraus resultieren, daß bei Parallelbehandlung von Patienten durch mehrere Ärzte diese darüber oft nicht informiert sind und daher ihr Ordnungsverhalten nicht aufeinander abstimmen können.

7.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle

Auf der Basis einer ersten Auswertung der Leistungsdaten der Kasse im Arzneimittelbereich können nach einfachen Mengenindikatoren wie

- Zahl der Rezepte,
- Zahl der Verordnungen,
- Zahl der verschiedenen verordneten Medikamente,
- Höhe der Arzneimittelkosten

Schwellenwerte bestimmt werden, bei deren Überschreitung die Krankheitsfälle mit einer aufwendigen Arzneimitteltherapie ausgewählt werden. Besondere Bedeutung kommt dabei der Bewertung verschiedener, in großer Zahl gleichzeitig verordneter Wirkstoffe, auch aus verschiedenen therapeutischen Klassen, zu.

7.3 Durchführung der Prüfung

Auf der Basis von Versichertenblättern (Behandlungsverläufe) können - im Zusammenwirken der Beteiligten - die ausgewählten Fälle mit Vielfachmedikation im Kontext aller Behandlungsanlässe und der gesamten Behandlung inhaltlich geprüft werden. Dabei steht die Frage nach der medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit von Verordnungen im Vordergrund, also etwa die Frage, ob die Verordnung vieler Medikamente verschiedener therapeutischer Klassen auf einem schlüssigen Konzept zur Therapie z.B. chronischer Multimorbidität beruht oder ob sie auch auf Parallelinanspruchnahme mehrerer Ärzte, häufigen Arztwechsel oder hohe Überweisungsraten zurückzuführen ist, ob Kombinationspräparate zur Behandlung einer chronischen Krankheit und Arzneien ohne nachgewiesene Wirksamkeit verordnet werden, ob in hohem Maße Psychopharmaka, Sedativa, Hypnotika und Analgetika verschrieben werden, ob Polypragmasie vorliegt u.a.m. Die Prüfung kann nach Abstimmung der Beteiligten und in Zusammenarbeit mit dem Vertrauensärztlichen Dienst von einem Pharmakologen durchgeführt werden, der über ein spezifisches Wissen über pharmazeutische Qualität, die Bioverfügbarkeit, die Metabolisierung, die Kontraindikationen, die Darreichungsformen und Packungsgrößen, die unerwünschten Wirkungen von Medikamenten und ihre Wechselwirkungen mit anderen Stoffen verfügt und die Preis-Nutzen-Relation von Medikamenten abzuschätzen in der Lage ist.

7.4 Unterrichtung

Die Kassenärztliche Vereinigung oder der Pharmakologe unterrichtet gegebenenfalls die einzelnen behandelnden Ärzte im persönlichen Gespräch, indem er ihnen die jeweiligen Ergebnisse der Prüfung der Krankheitsfälle mit problematischer Vielfachmedikation mitteilt und ihnen sein spezifisches pharmakologisches Wissen in praxisnah aufbereiteter Form zur Verfügung stellt. Für Gruppen von Ärzten und nach thematischen Schwerpunkten, etwa für bestimmte Arzneimittelklassen,

kann die Kasse Gesprächsforen anbieten, auf denen der Pharmakologe Probleme der Vielfachmedikation aus seiner Sicht und Erfahrung darstellt. Ebenso können Fortbildungsveranstaltungen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt werden.

Die Unterrichtung der Versicherten über die Probleme der Vielfachmedikation, über deren Wirkungen vor allem bei Parallelinanspruchnahme mehrerer Ärzte sowie über die Nützlichkeit anderer Heilmittel bei bestimmten Indikationen kann sowohl allgemein, breitgestreut in den Informationsmitteln der Krankenkassen (Mitgliederzeitschriften, Broschüren usw.) als auch gruppenspezifisch nach den Ergebnissen der Prüfung von Krankheitsfällen in Form von Vorträgen durch Pharmakologen erfolgen.

Soweit sich bei der Überprüfung von Krankheitsfällen Anhaltspunkte dafür ergeben, daß die Vielfachmedikation psychosozial indiziert sein kann - Familienstand als grober Indikator für Sozialkontakt, Psychopharmaka als Indikator für psychosoziale Probleme -, kann der Soziale Dienst der Krankenkasse gegebenenfalls beratend tätig werden. Er kann die Versicherten aus betroffenen Zielgruppen beraten, ihnen Hilfen geben, sie z.B. in Altentreffs, -gruppen usw. einführen, sie bei der Bildung von solchen Gruppen unterstützen, sie in psychotherapeutische Beratung vermitteln u.a.m. Auch die behandelnden Ärzte sollten dafür gewonnen werden, ihren Patienten derartige Betreuungsmöglichkeiten zu empfehlen.

8. Krankheitsfälle, die mit unterschiedlichen Formen der Arbeitsteilung zwischen niedergelassenen Ärzten behandelt werden

8.1 Analyse des Prüfbereichs

Es ist bekannt, daß ein spezifischer Behandlungsanlaß bei verschiedenen Ärzten zu sehr unterschiedlichen Behandlungsverläufen führen kann. Dabei spielt die Arbeitsteilung zwi-

schen den verschiedenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle. Ein Teil dieser Arbeitsteilung drückt sich im Überweisungsverhalten zwischen den verschiedenen Facharztdisziplinen aus. Von entscheidender Bedeutung ist dabei vor allem das Überweisungsverhalten der Ärzte mit Primärarztfunktion. Durch ihre Überweisungstätigkeit übernehmen sie eine wichtige Verteilungsfunktion für die Einrichtungen der medizinischen Versorgung und beeinflussen im Einzelfall den künftigen Behandlungsverlauf eines Patienten erheblich.

Die im Laufe der letzten Jahre zu beobachtende Tendenz zu einer immer ausgedehnteren Überweisungstätigkeit der Ärzte - auch mit erheblichen damit verbundenen Kosten - wirft die Frage auf, ob in jedem Fall durch Überweisungen ein Beitrag zu einer Verbesserung der Versorgung der Patienten geleistet wird.

Es ist bekannt, daß die durchschnittlichen Überweisungsraten der verschiedenen Facharztgruppen unterschiedlich sind, aber auch zwischen den Ärzten einer Fachrichtung gibt es eine hohe Schwankungsbreite in den Überweisungsraten. Für ähnliche Krankheitsfälle kommen auf diese Weise stark unterschiedliche Behandlungsverläufe zustande, d.h., daß nach Art und Menge sehr verschiedene Leistungen initiiert werden. Daraus ergibt sich einerseits die Frage, ob bei den Fällen mit einem großen Umfang der insgesamt erbrachten Leistungen auch alle Leistungen sinnvoll sind, andererseits ob in Fällen mit sehr geringem Leistungsumfang alles Notwendige und Zweckmäßige unternommen wurde.

Diese Probleme bestehen umso mehr, als das Überweisungsverhalten der Ärzte nicht ausschließlich von Erwägungen der medizinischen Zweckmäßigkeit bestimmt wird. Neben ökonomischen Faktoren spielen vielfach eingeschliffene Routinen und Verhaltensweisen bei der Entscheidung für oder gegen eine Überweisung eine Rolle, die häufig im Einzelfall nicht mehr auf ihre Sinnhaftigkeit überprüft werden. Schließlich spielen in diesem Bereich die Erwartungen der Versicherten eine wichti-

ge Rolle. Dem medizinischen Fortschritt und der daraus folgenden Arbeitsteilung unter den fachärztlichen Disziplinen kommt in den Medien eine hohe Aufmerksamkeit zu. Die auf diese Weise verbreiteten und verfestigten Vorstellungen über den Nutzen der Inanspruchnahme beispielsweise bestimmter Spezial-Fachärzte sind teilweise nicht sachgerecht. Es ist z.B. anzunehmen, daß viele Versicherte eher zu hohe Erwartungen bezüglich des Nutzens von Überweisungen hegen und auch gegenüber ihren Primärärzten artikulieren.

Diese Umstände geben Anlaß, die Überweisungsvorgänge unter dem doppelten Gesichtspunkt von Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen. Neben dem allgemeinen Ziel, auch in diesem Bereich mehr Leistungs- und Kostentransparenz zu gewinnen, wird damit die Erwartung verbunden, ein in der einen oder anderen Richtung fragwürdiges Überweisungsverhalten positiv beeinflussen und gleichzeitig gegebenenfalls auf bestimmte Erwartungen der Versicherten korrigierend einwirken zu können.

In der AOK Dortmund werden schon seit einiger Zeit Analysen der Behandlungsverläufe vorgenommen, die auch die durch Überweisung veranlaßten Leistungen miteinbeziehen. Dort steht der Vergleich der Gesamtkosten bei Behandlungsverläufen mit höheren oder niedrigeren Überweisungsquoten im Vordergrund. Hier liegt der Schwerpunkt des Interesses dagegen auf der Beurteilung von Effektivität und Effizienz der erbrachten Leistungen unter medizinischen Gesichtspunkten. Eine auf einzelne Ärzte beschränkte Betrachtung muß dieses Ziel verfehlen; nur die Betrachtung der bei einer Erkrankung eines Patienten in Anspruch genommenen Leistungen in ihrem Gesamtzusammenhang, d.h. von allen beteiligten Ärzten, kommt diesem Ziel nahe. Eine vergleichende Überprüfung von Effektivität und Effizienz in der Behandlung gleicher Krankheitsarten bei Fällen mit und ohne Überweisungen ist daher sinnvoll. So kann beurteilt werden, ob vor allem das spezialisiere Wissen der Fachärzte, an die überwiesen wird, tatsächlich zu einer Verbesserung der medizinischen Behandlung der betreffenden Krankheitsfälle führt. Die Verbesserung der

Qualität der medizinischen Versorgung erfordert ein gezielteres Überweisungsverhalten der Ärzte und den Schutz der Versicherten vor Vielfachleistungen (Parallelbehandlungen, Doppeldiagnostik etc.). Aus dem Forschungsprojekt der AOK Dortmund ist z.B. bekannt, daß nur in etwa 20 % aller Überweisungsfälle eine Bestimmung der geforderten Leistungen erfolgt und in vielen Fällen nicht einmal eine Diagnose bezeichnet wird.

Die Überprüfung von Krankheitsfällen unter diesem Aspekt ist vor allem in Regionen erfolgversprechend, in denen eine hohe Versorgungsdichte mit allen Arztdisziplinen besteht und dementsprechend hohe Anreize zur Inanspruchnahme vom Angebot ausgehen.

8.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle

Die Überprüfung von Krankheitsfällen soll sich auf die Fälle konzentrieren, bei denen im Zusammenhang mit Überweisungen angenommen werden kann, daß die Behandlung nicht den Kriterien von Effektivität und Effizienz genügt. Dazu geht das Auswahlverfahren in mehreren Schritten vor.

Zunächst müssen die verschiedenen Überweisungsarten unterschieden werden, die sich danach unterscheiden, wieweit die beim erstbehandelnden Arzt liegende Verteilungskompetenz für weitere medizinische Leistungen abgegeben wird. Die Systematisierung der verschiedenen Überweisungsformen folgt dem Kommentar von Nienhaus/Hess zum Bundesmanteltarifvertrag Ärzte (1979).

- a) Überweisungen zur Durchführung bestimmter Leistungen (Auftragsleistungen). Der Überweisungsnehmer führt in diesen Fällen keine Leistung über die definierten Aufträge hinaus durch.
- b) Überweisungen zur Mitbehandlung. In diesen Fällen erfolgt die Überweisung wegen einer bestimmten Erkrankung;

der Überweisungsnehmer ist daher berechtigt, alle Leistungen zur Behandlung dieser Erkrankung (einschließlich der dazu notwendigen weiteren Überweisungen) zu erbringen bzw. zu veranlassen, die er für notwendig hält.

- c) Überweisungen zur Weiterbehandlung. In diesen Fällen gibt der überweisende Arzt die Verantwortung für die Behandlung des Patienten in vollem Umfang ab.
- d) Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung. Hier darf der Überweisungsnehmer alle Untersuchungen durchführen, die ihm notwendig erscheinen. Er soll dann mit einem rückkoppelnden Bericht an den überweisenden Arzt seine Ergebnisse in das Gesamtbild einbringen. Therapieren darf er in diesen Fällen nicht.
- e) Überweisung auf eigenen Wunsch des Patienten. Diese Überweisungs-"Art" ist vertragsrechtlich nicht vorgesehen, tritt in der Praxis jedoch häufig auf. Unproblematisch erscheint dieser Überweisungstyp in den Fällen, in denen von einem Arzt der Basisversorgung zu einem Facharzt mit engem Organfachgebiet (Augen, Frauen, Orthopädie) überwiesen wird. Problematisch erscheinen dagegen derartige Überweisungen zwischen Ärzten der Basisversorgung. In diesen Fällen könnten Parallelbehandlungsvorgänge und Doppeldiagnostik etc. vorliegen oder aber eine Störung im Vertrauensverhältnis Arzt-Patient. Gleichfalls problematisch erscheinen auch Überweisungen "a.e.W.", wenn sie von einem Arzt der Basisversorgung an einen Facharzt ausgestellt werden, ohne daß spezifische Angaben für die Behandlung erfolgen, d.h. die faktische Überweisung zur Mitbehandlung nicht gezielt für eine Erkrankung erfolgt. Außer in den o.g. unproblematischen Fällen dieser Art erscheint eine Überprüfung der betreffenden Krankheitsfälle im Hinblick auf die bei beiden Ärzten in Anspruch genommenen Leistungen als sinnvoll, da hier der Verdacht besteht, daß durch die fehlende Übermittlung von Befunden bzw. Aufträgen die Rationalität des Behandlungsverlaufs vermindert wird.

Schließlich müssen alle Überweisungen ohne nähere Spezifizierung der Überweisungsabsicht als problematisch angesehen werden. Bei ihnen ist - ähnlich wie bei den Überweisungen "a.e.W." - ein Mangel an Transparenz zu konstatieren.

Nicht weiter betrachtet werden solche Überweisungen, die unter medizinischen Gesichtspunkten offenkundig gerechtfertigt sind, z.B. Überweisungen, bei denen sich die Behandlung des Überweisenden und des nach der Überweisung behandelnden Arztes nicht auf die gleiche Erkrankung bezieht. Dies ist z.B. bei Überweisungen zum Augenarzt der Fall, die mit den Ursachen der Behandlung beim Überweisenden Arzt nicht im Zusammenhang stehen.

Im Gesichtsfeld der Untersuchung verbleiben damit alle Überweisungen von Ärzten der Primärversorgung an andere Ärzte (vor allem Fachärzte) zur Mit- und Weiterbehandlung, wobei sich die Leistungen auf dieselben Erkrankungen beziehen.

Im nächsten Schritt werden die Ärzte in ihren Facharztgruppen entsprechend der Häufigkeit ihrer verbleibenden Überweisungen (Quote Anzahl der Überweisung durch Auswahl der Behandlungsfälle) betrachtet. Um signifikante Unterschiede für einen Vergleich zu erreichen, werden dann die Krankheitsfälle bei den Ärzten im unteren Bereich (unterste 20 %) dieser Rangreihen und im oberen Bereich verglichen. Eine weitere Einengung der Auswahl von Krankheitsfällen wäre durch die Analyse einer Überweisungsmatrix begründbar. Die Krankheitsfälle werden jeweils nach Krankheitsarten bzw. Diagnosegruppen systematisiert. In die Überprüfung einbezogen werden nur Krankheitsgruppen, die in ausreichender Häufigkeit vertreten sind. Darunter werden sich voraussichtlich

- Herz- und Gefäßkrankheiten,
- akute Infektionen der Atmungsorgane,
- Krankheiten der Verdauungsorgane und
- Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes befinden.

8.3 Durchführung der Prüfung

Innerhalb der Krankheitsgruppen werden, für Männer und Frauen nach Altersgruppen getrennt, die Behandlungsverläufe der Krankheitsfälle von Ärzten mit hohen und niedrigen Überweisungsquoten verglichen. Unter den leitenden Gesichtspunkten von Effektivität und Effizienz sind im Rahmen der Datenanalyse die folgenden Fragen zu untersuchen:

- Sind in einer Krankheitsgruppe bei Ärzten mit niedriger Überweisungsquote (und erwartungsgemäß höheren Fallwerten, aber geringeren Gesamtkosten/Fall) die medizinischen Leistungen ausreichend?
- Sind umgekehrt in einer Krankheitsgruppe bei Ärzten mit hoher Überweisungsrate (und erwartungsgemäß niedrigeren Fallwerten, aber durch längere Überweisungsketten hohen Gesamtfallkosten) die medizinischen Leistungen in jedem Punkt sinnvoll?
- Erscheinen bei den verschiedenen Arztgruppen, die für bestimmte Krankheitsarten als Primärärzte anzusehen sind, die Behandlungsmuster unter medizinischen Gesichtspunkten in gleicher Weise rational?
- Welche Gründe sind für Überweisung bzw. Nicht-Überweisung ausschlaggebend. In welchen Fällen muß angenommen werden, eine sinnvolle Überweisung sei nicht vorgenommen worden bzw. eine vorgenommene Überweisung sei nicht notwendig gewesen (insbesondere bei Überweisungen "auf eigenen Wunsch")?

Durch Rücksprache mit den behandelnden Ärzten sollen weitere Ursachen für die festgestellten Besonderheiten im Überweisungsverhalten aufgedeckt werden (Patientenwünsche hinsichtlich der Überweisungen, unregelmäßiger Arztbesuch trotz kontinuierlichem Behandlungsbedarf, zurückhaltende Verordnungsweise eines Arztes, die zum Arztwechsel mit oder ohne Überweisung führt etc.).

8.4 Unterrichtung

In Fällen, in denen eine hohe oder niedrige Überweisungsrate auf ausdrückliche Wünsche der Versicherten zurückgeht, werden die Versicherten über den Nutzen und die Probleme von Überweisungsbehandlungen und deren vertragsrechtliche Bedingungen beraten.

Im größeren Teil der Fälle wird jedoch eine Unterrichtung der Ärzte geboten sein. Die Ergebnisse von Datenanalyse (zum Überweisungsverhalten in bezug auf bestimmte Krankheiten) und Überprüfung der Krankheitsfälle ermöglichen einen Überblick zu den Problemen des Überweisungsverhaltens bei bestimmten Krankheitsarten.

Zunächst werden die Ärzte der Region, deren Fachgruppen beim Überweisungsgeschehen eine wichtige Rolle spielten, in allgemeiner Form über die Prüfergebnisse unterrichtet. In einzelnen Fällen können auch Einzelgespräche angezeigt sein.

Mit den Erfahrungen dieser Schritte sollen in Zusammenarbeit mit den örtlichen KVen Informations- bzw. Fortbildungsveranstaltungen ausgearbeitet werden, die den Problemen des Überweisungsverhaltens besondere Aufmerksamkeit widmen.

9. Krankheitsfälle mit dem Erfordernis einer Langzeit-Therapie und Patientenführung (am Beispiel der Pharmakotherapie des hohen Blutdrucks)

9.1 Analyse des Prüfbereichs

Es sind vielfach Behandlungsverläufe zu beobachten, in denen keine den Diagnosen entsprechenden Verordnungen erfolgen bzw. die Medikation sehr restriktiv oder diskontinuierlich erfolgt. Letzteres soll am Beispiel der Medikation des Bluthochdrucks veranschaulicht werden. Über die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Therapie des Hochdrucks sowie über Therapieschemata und Kombinationen verschiedener hochdruckwirksamer Substanzen herrscht in der Schulmedizin eine Einmütigkeit, wie sie nur bei wenigen Krankheiten besteht.

Auf der Basis der Daten einer Krankenkasse wurden die Behandlungsverläufe von 88 Versicherten detailliert analysiert (Abholz 1982). Um Patienten z.B. mit "situativem" oder labilem Hochdruck auszuschließen, wurden nur solche Versicherte einbezogen, auf deren Krankenscheinen die Diagnose "Hochdruck" innerhalb eines Jahres mindestens 4 mal genannt war. Nur zehn der 88 Patienten (12 %) erhielten eine wirklich regelmäßige Hochdruckmedikation. Weitere 12 Patienten wurden in Zeiträumen von 5 bis zu 44 Tagen nicht behandelt. Sieht man derartige Pausen in der Praxis ambulanter Versorgung als unvermeidlich an, so kann man von insgesamt 22 "kontinuierlich" behandelten Patienten (25 %) ausgehen. Bei 35 % der Patienten erfolgt - trotz Diagnose einer Hypertonie - keine oder nur eine sehr sporadische Therapie (für weniger als 180 Tage). Bei fast 40 % wurden Behandlungspausen zwischen 2 und 6 Monaten festgestellt. Für die diskontinuierlichen Behandlungsverläufe stellt sich die Frage, inwieweit eine Verordnung deshalb nicht erfolgt, weil der Patient zum entsprechenden Zeitpunkt nicht in Kontakt zum Arzt stand. Die Analyse zeigt, daß in der Mehrzahl der Fälle eine Verordnung nicht erfolgte, obwohl der Patient die Praxis aufsuchte. Einschränkend muß hinzugefügt werden, daß es möglicherweise deswegen zu keinen weiteren Verordnungen gekommen ist, weil die Patienten aufgrund von nicht regelmäßiger Einnahme noch über eine ausreichende Anzahl von Tabletten verfügten. Allerdings ist dann die Frage zu stellen, ob es nicht mit zu den Aufgaben des Arztes gehört, durch entsprechende Beratung und Aufklärung eine regelmäßige Tabletteneinnahme sicherzustellen, und wie der Arzt dabei unterstützt werden kann. Das Problem einer Kontinuität der Therapie beim Bluthochdruck wird häufig unter der Compliance-Problematik diskutiert. Da das gesamte Konzept der Behandlung des Bluthochdrucks (insbesondere leichterer Formen) auf eine langjährige Dauerbehandlung angewiesen ist, stellt die hohe Diskontinuität die Effektivität der Behandlung insgesamt in Frage. Wegen der hohen Praevalenz des Risikofaktors Bluthochdruck entstehen hier erhebliche Probleme für den Patienten (häufige Nebenwirkungen ohne Nutzen) und Kosten für die Krankenkasse.

9.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle

Es werden alle die Krankheitsfälle ausgewählt, für die im Zeitraum eines Jahres mehrmals die Diagnose Bluthochdruck gestellt wurde und die eine diskontinuierliche Medikation aufweisen.

9.3 Durchführung der Prüfung

Die Prüfung wird nach Absprache der Beteiligten vom Vertrauensarzt oder von einem beratenden Arzt mit besonderer Sachkunde durchgeführt. In Rücksprache mit den behandelnden Ärzten wird geklärt, warum die Pharmakotherapie diskontinuierlich war.

9.4 Unterrichtung

In den Fällen, in denen Bluthochdruck diagnostiziert wurde und nach Aussage der behandelnden Ärzte auch therapiebedürftig war, aber dennoch längere Behandlungspausen auftraten, die auf das Verordnungsverhalten der Ärzte zurückgeführt werden können, unterrichtet - nach Abstimmung unter den Beteiligten - die Kassenärztliche Vereinigung oder der beratende Arzt der Kasse die behandelnden Ärzte schriftlich über Zahl und Dauer der Behandlungspausen und weist sie auf die Notwendigkeit kontinuierlicher Therapie bei Bluthochdruck hin. In den Fällen, in denen sich erweist, daß Behandlungspausen auf fehlenden Arztkontakt seitens der Patienten oder auf Nichteinnahme verordneter Medikamente zurückzuführen ist, bietet die Kasse den behandelnden Ärzten ihre Unterstützung an. Diese Unterstützung kann darin bestehen, daß die Kasse die Versicherten auf die Notwendigkeit regelmäßigen Arztkontakts und kontinuierlicher Medikamenteneinnahme hinweist (z.B. durch Artikel in der Mitgliederzeitschrift der Kasse).

10. Krankheitsfälle mit einer epidemiologisch seltenen Therapie und definierten schulmedizinischen Standards (am Beispiel der Verordnung von Resochin)

10.1 Analyse des Prüfbereichs

Für Resochin wies die "Rote Liste" 1975 (BPI 1975) folgende Indikationen aus: rheumatoide Arthritis, Spondylarthritis Rheumatika, Arthrosen mit entzündlichen Schüben, chronische Erythenatodes, Rosacea, Lichen ruber planus sowie Therapie und Prophylaxe der Malaria. Die rheumatische Arthritis, eine chronisch-progredient verlaufende entzündliche Erkrankung vor allem der "kleinen" Gelenke, ist hierzulande das häufigste Indikationsgebiet. Das übliche Therapieschema sieht Dosen von 250 mg täglich über einen längeren Zeitraum (6 bis 12 Monate, ggf. länger) vor. Ein Therapieerfolg ist erst nach 3 bis 6 Monaten und auch dann nur bei 40 % der Patienten zu erwarten (Fülgraff/Palm 1979).

Chloroquin, der Wirkstoff von Resochin, wird in inneren Organen (Leber u.a.) und vor allem in melaninhaltigen Geweben, z.B. der Netzhaut des Auges, angereichert. Entsprechend werden als Langzeit-Nebenwirkungen auf die Haut Exantheme und Pigmentstörungen, auf den Magen-Darm-Trakt Übelkeit, Brechreiz, Diarrhöen, auf das zentrale Nervensystem Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Akkomodationsstörungen, Kopfschmerzen u.a.m. sowie auf die Augen Konjunktivitis, Hornhauttrübungen, Chloroquin-Retinopathie, Gesichtsfeldausfälle und Störungen des Farbensehens bis zur Erblindung beschrieben.

Die erforderliche, lange Behandlungsdauer, der unsichere Erfolg der Therapie und die z.T. erheblichen Nebenwirkungen verlangen eine kritische Prüfung der Indikation vor der Anwendung von Resochin sowie eine konsequente Beobachtung der Patienten hinsichtlich Nebenwirkungen während der Therapie. Besondere Aufmerksamkeit verlangen die Nebenwirkungen am Auge, da sie oft irreversibel und für den Patienten besonders gravierend sind (Stadler 1983).

Als Voraussetzungen für die Therapie entzündlich-rheumati-

scher Gelenkerkrankungen mit Chloroquin sind deshalb anzusehen:

- gesicherte Diagnose einer rheumatoiden Arthritis (Ausschluß einer Polyarthritits anderer Ätiologie);
- augenärztliche Untersuchung, vor allem des Augenhintergrundes und der Hornhaut, vor Beginn der Therapie (BPI 1975, Stadler 1983);
- keine Kombination mit anderen Basistherapeutika (Schattenkirchner 1981, Mathies 1977);
- konsequente Therapie über mindestens 6 Monate (Mathies 1977, 1978);
- regelmäßige augenärztliche Kontrollen während der Therapie in Zeitabständen von in der Regel 3 bis 6 Monaten (Mathies 1977, 1978, Stadler 1983);
- Kontrollen des Blutbildes und der Nierenfunktion vor und während der Therapie (Fülgraff/Palm 1979, Saller 1979);
- sicherer Ausschluß einer Schwangerschaft zumindest bei der Basistherapie der rheumatoiden Arthritis, da Chloroquin als placentagängiges Medikament wahrscheinlich embryo- und fetotoxische Wirkungen aufweist (Fülgraff/Palm 1977, Saller 1979).

Aufgrund der Leistungsdaten einer Allgemeinen Ortskrankenkasse von 1975 wurden die Behandlungsverläufe von 26 Patienten, denen Resochin verordnet wurde, anhand von Versichertenblättern im Hinblick darauf untersucht, ob die genannten Voraussetzungen für die Therapie erfüllt waren (Zink 1982):

- Nur 11 Patienten wiesen als Diagnose eine rheumatoide Arthritis auf, bei den übrigen 15 Patienten fanden sich Diagnosen aus dem dermatologischen Bereich (Ekzeme, Atrophie, Hypotrophie der Haut usw., bei denen eine Therapie mit Resochin erwogen werden kann) oder es wurden nicht näher bezeichnete Affektionen der Gelenke diagnostiziert. In zwei Fällen handelte es sich um akutes rheumatisches Fieber, wobei eine Langzeit-Therapie mit Penicilin um eine Resochin-Behandlung "ergänzt" wurde; nach der Literatur ist allerdings nicht davon auszugehen, daß diese Kombination sinnvoll ist.

- In allen Fällen erfolgte die Therapie mit Resochin ohne vorherige augenärztliche Untersuchung, obwohl dies in der Herstellerinformation ausdrücklich angeraten wird. Im Verlauf der Therapie wurde bei einem einzigen Patienten eine Untersuchung des Augenhintergrundes abgerechnet, bei weiteren fünf Patienten eine augenärztliche Untersuchung ohne Spiegelung des Augenhintergrundes. Alle übrigen 20 Patienten blieben im Untersuchungszeitraum von 1 Jahr ohne ophtalmologische Überwachung. Bei einer Reihe von Patienten zeigten sich jedoch Symptome der Augen, die jeweils von den behandelnden Allgemeinmedizern therapiert wurden (in drei Fällen eine Konjunktivitis).
- In zwei Fällen wurde die Chloroquin-Behandlung einer rheumatoiden Arthritis kombiniert mit einer Basistherapie mit Goldsalzen (Aureotan bzw. Tauredon). Dies ist nach Ansicht von Rheumatologen nicht sinnvoll, da sich hierdurch die Erfolgsaussichten nicht verbessern und eine Kontrolle der Nebenwirkungen erschwert wird (Schattenkirchner 1981, Mathies 1977). In einem Fall wurde die zusätzliche Therapie mit Aureotan nach der ersten Injektion eingestellt, vermutlich wegen des Auftretens der häufigen allergischen Komplikationen (Indikator dafür ist die Verordnung eines Antihistaminikums nach der ersten Injektion). Für den anderen Fall konnte die Kombinationsbehandlung mit Chloroquin und Goldsalzen über 5 Monate nachverfolgt werden, wobei sich keine Hinweise auf eine regelmäßige Kontrolle der Nierenfunktion fanden, die prinzipiell gefordert ist, weil Goldsalze u.a. nephrotoxisch sind und eine Urinkontrolle vor jeder weiteren Injektion verlangen (Fülgraff/Palm 1979).
- Nur in drei Fällen konnte aufgrund der Verordnungen davon ausgegangen werden, daß konsequent therapiert wurde. Alle übrigen 23 Patienten wiesen diskontinuierliche Therapieverläufe mit erheblichen Unterbrechungen auf.
- 4 Patientinnen waren im gebärfähigen Alter. Den vorlie-

genden Daten konnte nicht entnommen werden, daß eine Schwangerschaft vor Beginn der Therapie sicher ausgeschlossen worden wäre (z.B. durch Schwangerschaftstests).

Da Chloroquin insgesamt eine relativ selten verschriebene Substanz ist, verwundert es nicht, daß nicht jeder Arzt alle Maßnahmen zur Kontrolle seiner Therapie ergreift, die heute von Fachleuten im allgemeinen für unabdingbar gehalten werden. Dies verwundert auch deshalb nicht, weil in vielen Fällen trotz unterlassener Kontrollen die Therapie erfolgreich sein kann. Netzhautschäden aufgrund von Verordnungen von Chloroquin sind insgesamt selten - Goldsalze können wirksam sein, ohne toxische Wirkungen zu entfalten. Trotzdem sind die Folgen für die betroffenen Patienten u.U. so gravierend, daß der Aufwand intensiver Kontrollen gerechtfertigt erscheint. Auch werden Therapien oft unverändert fortgeführt, obwohl unerwünschte Nebenwirkungen auftreten.

Bei einem erheblichen Teil der behandelnden Ärzte bestehen offensichtlich gravierende Informationsdefizite, die nicht behoben werden. Die ambulante Versorgung der Patienten, deren Behandlungsverläufe analysiert wurden, ist gekennzeichnet durch ein unkoordiniertes Nebeneinander diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, das sich z.B. in wenig flexiblen Reagieren auf unerwünschte Medikamentenwirkungen manifestiert. Alternative therapeutische Strategien werden nur selten eingesetzt.

Die Orientierung der Therapie auf das alleinige, langfristige Verordnen von Medikamenten ist gerade bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises folgeschwer und kaum zu vertreten. Nach einhelliger Auffassung von Rheumatologen bedarf die medikamentöse Therapie der Ergänzung durch physiotherapeutische Maßnahmen (aktive und passive Bewegungsübungen zur Erhaltung der Gelenkfunktionen, Bäder, Peloidbehandlungen, Diathermie usw.), dies vor allem deshalb, weil die durch Medikamente erzielte Besserung der Symptome erst durch eine gleichzeitig durchgeführte Physiotherapie erhalten und in eine Besserung der pathologisch veränderten Gelenkfunk-

tionen umgesetzt werden kann. In den beobachteten 26 Fällen wurden kein einziges Mal physikalisch-therapeutische Maßnahmen durchgeführt, was nur z.T. mit dem Widerstand der Patienten gegen eine für sie zeitlich aufwendige Physiotherapie erklärt werden kann, da es äußerst fraglich erscheint, daß Patienten, die Nebenwirkungen medikamentöser Therapien über Jahre erleben bzw. mit ihnen zu rechnen haben, nicht zu einer zwar lästigen, aber sicher weniger belastenden Therapieform zu motivieren sind.

10.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle

Zunächst werden alle Versicherten bestimmt, denen für die Therapie einer rheumatischen Arthritis Resochin verordnet wurde. Zur Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle werden sodann auf der Grundlage der Versichertenblätter die Behandlungsverläufe dieser Versicherten analysiert. Es werden diejenigen Krankheitsfälle zur Prüfung ausgewählt, bei denen folgende Kriterien erfüllt sind:

- keine gesicherte Diagnose;
- keine augenärztlichen Untersuchungen vor und/oder während der Therapie;
- Kombinationen von Resochin mit anderen Basistherapeutika;
- Therapiedauer unter 6 Monaten;
- keine Kontrollen des Blutbildes und der Nierenfunktion vor und/oder während der Therapie;
- kein sicherer Ausschluß einer Schwangerschaft;
- keine Verordnung physikalischer Therapie.

10.3 Durchführung der Prüfung

Die ausgewählten Krankheitsfälle werden anhand der Behandlungsverläufe einer eingehenderen Analyse unterzogen. Diese kann - nach Abstimmung unter den Beteiligten - ein Pharmakologe in Zusammenarbeit mit einem Vertrauensarzt vornehmen. Dabei wird die Resochin-Verordnung im Zusammenhang der Gesamtmedikation und -behandlung des Einzelfalles pharmakologisch und medizinisch begutachtet.

10.4 Unterrichtung

Der Pharmakologe oder die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die behandelnden Ärzte in Einzel- und/oder Gruppengesprächen über die Ergebnisse der Prüfung und über nicht-medikamentöse Behandlungsalternativen bzw. -angebote. Flankierend dazu klärt die Kasse die Versicherten über die Notwendigkeit eines langfristig angelegten therapeutischen Konzepts bei rheumatischen Erkrankungen und über die Nützlichkeit einer physikalischen Therapie auf.

11. Krankheitsfälle mit der Möglichkeit der Substitution stationärer durch ambulante Behandlungsformen (am Beispiel der gynäkologischen Behandlungsanlässe)

11.1 Analyse des Prüfbereichs

In einer IGES-Untersuchung (Krebstakies/Maag/Schröder 1983) wurde festgestellt, daß die Krankenhaushäufigkeit (Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte) im Bereich Gynäkologie/Geburtshilfe bei einer bestimmten Allgemeinen Ortskrankenkasse deutlich über dem Durchschnitt aller Ortskrankenkassen lag, während sich für die Krankenhaushäufigkeit insgesamt (alle Fachgebiete einschließlich Psychiatrie) keine Abweichung zeigte. Bei näherer Analyse ergab sich, daß die Abweichung im Bereich Gynäkologie/Geburtshilfe fast ausschließlich durch gynäkologische Behandlungsfälle zustande kam, und zwar insbesondere bei den ICD-Positionen Sonstige bösartige Neubildungen der Gebärmutter (ICD 182, 8. Revision, 3-stellig), Sonstige gutartige Neubildungen der Gebärmutter einschließlich Gebärmutterfibrom (ICD 218, 219), Sterilisation (ICD 618), Gebärmutter- und Scheidenvorfall (ICD 623), Sonstige Krankheiten der Gebärmutter (ICD 625), Störungen der Menstruation (ICD 626) sowie klimakterische Symptome (ICD 627). Bei diesen Behandlungsanlässen betrug die Abweichung insgesamt + 114,7 %.

Zur Erklärung der Abweichung wurden epidemiologische Faktoren (regionale Abweichung in der Altersstruktur der Versi-

cherten, genetische Faktoren und spezifische regionale Gesundheitsbelastungen und -gefährdungen), Besonderheiten in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Versicherten in der Region sowie Angebotsfaktoren (insbesondere Quantität und Qualität des Bettenangebots) herangezogen. Es stellte sich heraus, daß die Abweichung nur zum allergeringsten Teil auf regionale Besonderheiten in der Versichertenstruktur, jedoch zum weit überwiegenden Teil auf die Angebotsituation zurückzuführen war. Die hohe Angebotsdichte an Krankenhausbetten in der Region und der Zwang zur Kapazitätsauslastung, die Nähe zu einer Universitätsklinik und die möglicherweise überproportionale Ausstattung der Krankenhäuser in der Region mit angehenden Fachärzten, die für ihre fachärztliche Zulassung eine bestimmte Zahl operativer Eingriffe nachweisen müssen, lassen vermuten, daß die relativ weiten Behandlungsspielräume (ambulant und stationär) bei den o.g. Anlässen extensiv genutzt und Versicherte stationär behandelt wurden, obwohl ambulante Behandlung ausgereicht hätte. So zeigte sich z.B., daß ein Großteil der wegen Gebärmutterkörperkrebs (ICD 182) behandelten Frauen jeweils nur für einen Tag ins Krankenhaus aufgenommen wurde, wahrscheinlich ausschließlich zum Zweck des Erhalts von Zytostatika, wobei diese therapeutische Maßnahme andernorts ambulant durchgeführt wird. Bei gutartigen Neubildungen der Gebärmutter (ICD 218, 219) z.B. ist ein stationärer Aufenthalt in der Regel erst bei starken Symptomen und Beschwerden angebracht. Hierbei wie auch bei Gebärmutter- und Scheidenvorfall (ICD 623) war eine starke Präferenz für den Totaleingriff, also die Gebärmutterentfernung, zu erkennen, obwohl gegenüber einer zu breiten Indikation zur Uterusextirpation zunehmend Kritik erhoben wird (Frese/Cubasch 1980, Ehret 1981, Boston Women's Health Book Collective 1980).

11.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle

Es werden die Krankheitsfälle aus denjenigen Krankheitsgruppen (ICD-Positionen) geprüft, die in der Krankenhaushäufigkeit eine hohe positive Abweichung von den Durchschnittswerten

ten der Kassenart in Bund oder Land aufweisen, wobei diese Abweichung nicht hinreichend mit einer spezifischen Versichertenstruktur erklärt werden kann.

11.3 Durchführung der Prüfung

Die Prüfung kann nach Absprache unter den Beteiligten von einem vertrauensärztlichen Gynäkologen oder beratenden Gynäkologen der Kasse auf der Basis aller verfügbaren Informationen zum Krankheits- und Behandlungsverlauf der Patientinnen und u.U. in Rücksprache mit den niedergelassenen/einweisenden Gynäkologen sowie den Krankenhausärzten durchgeführt werden und geht der Frage nach, ob stationäre Behandlung notwendig war bzw. ambulante Behandlung ausgereicht hätte. Im einzelnen ist zu prüfen, ob die vor und nach dem Krankenhausaufenthalt erbrachten Leistungen und die Aufnahmediagnosen in Verbindung mit der Verweildauer auf die Notwendigkeit und Angemessenheit der Krankenhausbehandlung hindeuten. Bei einem Verdacht auf nicht notwendige Krankenhausbehandlung kann zusätzlich der Auslastungsgrad der Krankenhäuser und der Belegabteilungen sowie die Ausstattung der Krankenhäuser mit angehenden Fachärzten geprüft werden.

11.4 Unterrichtung

Die Krankenkasse unterrichtet die niedergelassenen Gynäkologen und die Krankenhausärzte über die Ergebnisse der Prüfung (Umfang und Kosten der als medizinisch nicht notwendig erachteten Krankenhausesfälle samt Begründung) mit der Bitte um Überprüfung ihres Einweisungs- und Behandlungsverhaltens.

Die Krankenkasse stellt den niedergelassenen Gynäkologen und den Krankenhäusern Informationsmaterial für ihre Patientinnen zur Verfügung, in dem Entstehungszusammenhänge, Präventions-, Behandlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten von Frauenkrankheiten dargestellt und konkrete Hinweise auf Frauengesprächsgruppen, Beratungsangebote und andere Unterstüt-

zungsmöglichkeiten gegeben werden. Dieses Informationsmaterial kann die Kasse auch in ihren Schalterräumen, anlässlich Gesundheitsausstellungen usw. auslegen und verteilen.

12. Krankheitsfälle mit Arzneimittelverordnung statt Hausmittelanwendung (am Beispiel der Erkältungskrankheiten)

12.1 Analyse des Prüfbereichs

Zirka ein Viertel aller Versicherten ist mindestens einmal im Jahr wegen akuter Infektionen der oberen Luftwege oder wegen eines grippalen Infekts in ambulanter ärztlicher Behandlung, wobei in mehr als 90 % der Fälle die Verordnung eines oder mehrerer Medikamente, oft auch eine Krankschreibung erfolgt. Die Erkältungskrankheiten stellen den größten Teil der Anlässe für kurzfristige Arbeitsunfähigkeiten dar, gefolgt von Erkrankungen des Bewegungsapparates und kleineren Verletzungen. Der Anteil der Erkältungskrankheiten an den Anlässen für eine Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeit (Kurz-AU) von 1 bis 7 Tagen liegt bei 32 % und von 8 bis 14 Tagen bei 35 %. Neben den obligaten Leistungen "Beratung" und "eingehende körperliche Untersuchung" sowie "Ausstellung einer AU-Bescheinigung" wird fast regelmäßig ein Rezept mit z.T. mehreren Medikamenten ausgestellt.

In einer BASiG-Studie (Dreykluft/Häussler 1982), in der eine Stichprobe von 50 Behandlungsverläufen mit Diagnosen aus dem Bereich der Erkältungskrankheiten auf der Basis von Krankenkassendaten aus dem Jahr 1975 untersucht wurde, wurde die Verordnung von 135 Medikamenten registriert:

- 36mal sog. Grippemittel bzw. Schmerz- und Fiebermittel (Analgetika, Antipyretika);
- 25mal Hustenmittel, davon 15 mal Medikamente, die entweder ausschließlich oder - weit häufiger - in Kombination Codein enthielten;

- 18mal Hustentabletten zur symptomatischen Behandlung von Halsschmerzen und einmal eine Gurgellösung;
- 14mal Antibiotika bzw. Sulfonamide, davon 4 mal als Kombination mit anderen symptomatisch wirkenden Mitteln;
- 4mal Nasentropfen;
- 2mal homöopathische Präparationen mit dem Anwendungsbe-
reich "Stärkung der körpereigenen Abwehrkräfte";
- 36mal sonstige Medikamente (Medikation z.T. als Dauerme-
dikation aus anderen Anlässen).

Daraus folgt: Nur 10 mal, nämlich bei den Antibiotika ohne Kombination mit anderen Substanzen, wurden kausal wirkende Medikamente verschrieben. In einigen Fällen widerspricht die Verordnung der gängigen wissenschaftlichen, pharmakologischen Lehrmeinung: Die Verordnung von Kombinationen mit Antibiotika z.B. wird für schädlich gehalten, weil die individuelle Dosierungsnotwendigkeit der verschiedenen Bestandteile nicht genügend berücksichtigt wird und daraus in der Regel eine Unterdosierung des antibiotischen Anteils resultiert. Auch die Verordnung von Codein oder codeinähnlich wirkenden Substanzen ist problematisch, weil beim akuten Infekt die Schleimlösung und die Förderung der Expectorations und nicht etwa deren Verhinderung angezeigt ist. Am häufigsten werden jedoch Medikamente verschrieben, die ausschließlich symptomatisch wirksam sind (Grippemittel, Lutschtabletten, Nasentropfen), die zwar gelegentlich die Beschwerden lindern, aber auch den natürlichen Verlauf einer Erkrankung stören können (Fiebersenkungen bei mäßig erhöhter Temperatur, Durchblutungsminderung in der Nasenschleimhaut durch Nasentropfen). In den meisten dieser Fälle bietet die Hausmittelmedizin gute Alternativen.

In den untersuchten Fällen fällt eine gewisse Gleichförmigkeit der Medikation auf: Es handelt sich in hohem Maße sozusagen um ein Ritual, das durch hohe Erwartungen der Patien-

ten an die Wirksamkeit von Arzneimitteln bei geringfügigen Erkrankungen und durch Vermeidung erhöhten Aufwands für die Aufklärung der Patienten über die Grenzen der Medikamentenwirksamkeit und über nicht-medikamentöse Formen der Behandlung seitens der Ärzte hervorgerufen zu sein scheint.

Seit dem 1. April 1983 können Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich bei diesen Krankheiten anzuwendender Schnupfenmittel, hustendämpfender und hustenlösender Mittel sowie Schmerzmittel für Versicherte über 16 Jahre nicht mehr zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden (§ 182 RVO). Nach einer Erklärung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Anwendung der Vorschrift soll der Herausnahme der Arzneimittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung allerdings der Tatbestand der "Befindlichkeitsstörung" zugrunde liegen; bei stärker ausgeprägter Symptomatik sowie Verdacht auf Komplikationen handelt es sich nach Auffassung der Vertragspartner nicht mehr nur um eine "Befindlichkeitsstörung".

12.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle

Es werden diejenigen Krankheitsfälle bestimmt, in denen 3 und mehr pharmakologisch "fragwürdige" Medikamente (Kombinationen mit Antibiotika, Codein und Kombinationen mit Codein) oder symptomatisch wirkende Medikamente (Grippemittel usw.) verordnet werden.

12.3 Durchführung der Prüfung

Nach Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung kann ein beratender Arzt der Kasse auf der Basis der Versichertenblätter im Einzelfall die medizinische Zweckmäßigkeit der Verordnung von pharmakologisch "fragwürdigen" und symptomatisch wirkenden Medikamenten im Kontext von Diagnose und Behandlung begutachten.

12.4 Unterrichtung

Die behandelnden Ärzte, deren Verordnungsverhalten nach dem Gutachten des Arztes als medizinisch nicht zweckmäßig angesehen werden kann, können nach Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung durch diese oder durch die Krankenkasse schriftlich über die Ergebnisse der Prüfung unterrichtet werden (Zahl und Art der Fälle mit nicht-zweckmäßigen Verordnungen, Begründung, Kosten).

Da fast alle Versicherten von Erkältungskrankheiten betroffen sind, können die Krankenkassen die Versicherten insgesamt über die Zusammenhänge und Probleme medikamentöser Behandlung von Erkältungskrankheiten und über nicht-pharmakotherapeutische Behandlungsformen aufklären. Dazu können sie sich ihrer Mitgliederzeitschriften und sonstigen Medien (Mini-Bücher, Faltblätter usw.) bedienen, die auf ihren diversen Veranstaltungen (Gesundheitsausstellungen, -wochen, -tage usw.) und in den Schalterräumen verteilt werden.

13. Krankheitsfälle mit Pharmakotherapie statt Verhaltensänderung (am Beispiel Glibenclamid)

13.1 Analyse des Prüfbereichs

Glibenclamid gehört zu den oralen Antidiabetika vom Typ der Sulfonylharnstoffe, die - abgesehen von Ausnahmefällen, in denen eine an sich erforderliche Insulintherapie nicht durchgeführt werden kann - nach übereinstimmender schulmedizinischer Ansicht nur dann bei Erwachsenen-/Alters-Diabetes zur Senkung der Blutzuckerwerte indiziert sind, wenn eine Diät der übergewichtigen Patienten allein nicht ausreicht und eine "befriedigende Stoffwechseleinstellung" sich mit Sulfonylharnstoffen erreichen läßt (Berger/Standl 1981, arznei-telegramm 12/1981). Nach einer Bekanntgabe der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft sind orale Antidiabetika grundsätzlich nur dann einzusetzen, wenn ein Diabetiker durch Diät nicht "einstellbar" ist (Deutsches Ärzte-

blatt 31/1970). Bei übergewichtigen Erwachsenen-Diabetikern normalisiert sich der Blutzuckerspiegel nämlich ohne medikamentöse Behandlung, wenn es zu einer signifikanten Gewichtsreduktion kommt (Raptis/Diamantopoulos 1982). Andererseits gibt es keinerlei Beweise, daß eine Sulfonylharnstoff-Therapie bei übergewichtigen Erwachsenen-Diabetikern, die sich keine Diät auferlegen, irgendeinen Nutz- oder Präventiveffekt (langfristige Infarktprävention) hat (Berger/Standl 1981).

Orale Antidiabetika, insbesondere Sulfonylharnstoffe, können also bei übergewichtigen Erwachsenen-Diabetikern in vielen Fällen entbehrlich sein (Raptis/Diamantopoulos 1982). Sulfonylharnstoffe werden vielfach unsachgemäß eingesetzt (Berger/Standl 1981); sie sind nach übereinstimmender Ansicht bei 80 bis 90 % der Erwachsenen-Diabetikern, die diese Stoffe erhalten, nicht angezeigt (arznei-telegramm 12/1981).

1980 wurden 2,16 % der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland mit oralen Antidiabetika behandelt (Berger/Standl 1981). Pro Jahr werden aus öffentlichen Apotheken rd. 8 Mio. Packungen Antidiabetika, die ein Umsatzvolumen von ca. 1/2 Milliarde DM haben, abgegeben, wobei weit über die Hälfte des Packungsabsatzes auf Glibenclamid entfällt (arznei-telegramm 10/1981). Glibenclamid hält in der Bundesrepublik einen Marktanteil von 73 % an den Sulfonylharnstoffen (arznei-telegramm 10/1981). Es stand in den ersten drei Quartalen 1981 mit 3,9 Mio. Verordnungen und einem Anteil von 0,7 % an allen Verordnungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung an 6. Stelle der in der Bundesrepublik am häufigsten verordneten Medikamente und mit einem Umsatz von mehr als 235 Mio. DM und einem Anteil von 2,3 % am Gesamtumsatz an 1. Stelle auf der Liste der nach Umsatz führenden Medikamente (Reher 1982, Oldiges 1983). Dabei ergibt ein Vergleich des Glibenclamid-Verbrauchs in der Bundesrepublik und in Großbritannien, daß der Verbrauch pro Kopf der Bevölkerung in der Bundesrepublik 15 bis 20 mal höher ist als in Großbritannien, wobei in Großbritannien andere Sulfonylharnstoffe nicht wesentlich häufiger verordnet werden als in der

Bundesrepublik (arznei-telegramm 12/1981). Im übrigen belief sich der Preis für 30 Tabletten Glibenclamid 1981 in der Bundesrepublik auf 23,90 DM, in Großbritannien auf umgerechnet 11,85 DM, in Spanien auf 6,70 DM und in Italien auf 6,45 DM (arznei-telegramm 10/1981).

Das in der Bundesrepublik umsatzstärkste Medikament - so läßt sich zusammenfassen - wird in einem ausgedehnten Maße verordnet, obwohl in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle nach einhelliger schulmedizinischer Auffassung eine Gewichtsreduktion durch Diät die angemessene Reaktion auf überhöhte Blutzuckerwerte darstellt und die Arzneimittelverordnung obsolet werden ließe.

Zur Erklärung dieses Ordnungsverhaltens der Ärzte können folgende Faktoren herangezogen werden:

- In der ambulanten Behandlung stellt die medikamentöse Therapie ganz allgemein das gängige und anerkannte therapeutische Modell dar. Der niedergelassene Arzt ist an diesem Modell "Pharmakotherapie" orientiert.
- Auch der Patient ist auf dieses Modell hin ausgerichtet, d.h. er erwartet vom Arzt die Verschreibung eines Medikaments, und indem der Arzt dieser Erwartung entspricht, erhöht sich das Vertrauen des Patienten zu seinem Arzt.
- Eine für die erfolgreiche Gewichtsreduktion notwendige diätetische Anleitung und Unterstützung des Patienten findet in der ärztlichen Praxis aus funktionalen, organisatorischen und personellen Gründen nicht statt; sie ist für die Praxis zu aufwendig, während ärztliche Ratschläge und Diäthinweise wenig erfolgversprechend sind.
- Der Arzt kennt die bestehenden Angebote der Diätberatung und Unterstützung durch Selbsthilfegruppen für Übergewichtige in vielen Fällen nicht.

Ausdrücklich hat die Arzneimittelkommission der Deutschen

Ärzteschaft jedoch vor einer "Bequemlichkeitstherapie" mit Glibenclamid gewarnt (Deutsches Ärzteblatt 31/1970). Der Diät kommt absolute Priorität zu.

13.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle

Anhand der Verordnungsblätter bestimmt die Krankenkasse alle diejenigen Fälle, in denen Glibenclamid verordnet wurde.

13.3 Durchführung der Prüfung

Aufgabe der zwischen Kasse und Kassenärztlicher Vereinigung abgesprochenen Prüfung der Krankheitsfälle ist es festzustellen, in welchen Fällen von Erwachsenen-Diabetes mit Glibenclamid-Therapie eine dauerhafte Gewichtsreduktion beim Versicherten seit der erstmaligen Diagnostizierung des Diabetes nicht eingetreten ist. Dazu bedarf es der Rücksprache des Vertrauensarztes oder des beratenden Arztes der Kasse, der die Prüfung durchführt, mit den behandelnden Ärzten. Darüber hinaus berechnet die Kasse nach Absprache mit den Beteiligten arztbezogen Umfang und Kosten der Glibenclamid-Therapie.

13.4 Unterrichtung

Die Krankenkasse führt eine Bestandsanalyse über das Angebot an Diätberatung, Kursen für Übergewichtige und einschlägigen Selbsthilfegruppen im Kassenbezirk durch. Bei quantitativ oder qualitativ unzureichendem Angebot kann die Kasse auf die anbietenden Institutionen einzuwirken versuchen, ihr Angebot zu verbessern. Ersatzweise richtet die Kasse selbst eine Diätberatung und Übergewichtskurse ein.

Die Krankenkasse kann die Versicherten über das bestehende Angebot an Diätberatung, Übergewichtskursen und Selbsthilfegruppen für Übergewichtige informieren (anhand einer Über-

sicht über Trägerinstitutionen, Ort, Zeit und Inhalt der Veranstaltungen) und - ggf. in Kooperation mit den anbietenden Institutionen - einladen, in Absprache mit ihren behandelnden Ärzten das Angebot wahrzunehmen.

Die Kasse oder die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die behandelnden Ärzte schriftlich über Umfang und Kosten der Glibenclamid-Therapie. Sie weist sie auf das bestehende Angebot an Diätberatung, Übergewichtskursen und Selbsthilfegruppen (Übersicht) hin, mit der Bitte, ihren mit Glibenclamid behandelten Patienten die Inanspruchnahme dieses Angebots naheulegen und die Glibenclamid-Therapie entsprechend zu modifizieren bzw. die Patienten, bei denen sie erstmals Erwachsenen-Diabetes diagnostizieren, auf das Angebot hinzuweisen.

14. Krankheitsfälle mit dem Erfordernis eingehender psychosozial orientierter Gesundheitsberatung (am Beispiel der Langzeit-Arbeitsunfähigkeit)

14.1 Analyse des Prüfbereichs

Ca. 5 % der (barleistungsberechtigten) Versicherten haben (mindestens einmal im Jahr) eine Arbeitsunfähigkeit mit einer Dauer von mehr als 42 Tagen. Diese Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsfälle (Langzeit-AUen) machen mehr als 1/3 aller AU-Tage aus.

Die Zusammensetzung der Versicherten mit Langzeit-AU ist weitgehend unbekannt. Aus einer IGES-Untersuchung (Schneider/Schröder 1983) mit den Stamm- und Leistungsdaten aller pflicht- und freiwillig versicherten Mitglieder einer allgemeinen Ortskrankenkasse (1975) und einer zweiten Ortskrankenkasse (1978 bis 1981), die u.a. eine genauere Analyse von je ca. 200 auf Versichertenblättern dargestellten Behandlungsverläufen enthält, geht u.a. hervor, daß sich die Gruppe der Versicherten mit Langzeit-AU wie folgt zusammensetzt:

- zu 22,5 % aus Versicherten mit Unfällen (z.B. Knochenbrüche, Prellungen, Verstauchungen, Verrenkungen, offene Wunden, Gehirnerschütterungen, Verbrennungen);
- zu 13,9 % aus Versicherten mit akuten Erkrankungen (ohne Unfälle, aber mit Tuberkulose und Krebserkrankungen, außerdem z.B. CA-Fälle, Lungenentzündungen, Bronchitis, Gallensteinoperationen);
- zu 5,3 % aus Versicherten mit Suchtkrankheiten (besonders Alkoholismus);
- zu 31,6 % aus Versicherten mit akuter Verschlechterung einer spezifischen chronischen Erkrankung (z.B. Verschleißkrankheiten an Wirbelsäule oder Gelenken, Herzinfarkt, Magengeschwür);
- zu 26,8 % aus Versicherten mit akuter Verschlechterung unspezifischer chronischer Erkrankungen ohne dominierenden Behandlungsanlaß.

Diese Typisierung erfolgte auf der Grundlage der Versicherungs-, Morbiditäts- und Behandlungsmerkmale der Versicherten mit Langzeit-AU nach den auf Versichertenblättern festgehaltenen Behandlungsverläufen aus den Daten beider Ortskrankenkassen, wobei die Prozentzahlen wegen der besseren Datenqualität nur aus den Daten der ersten Ortskrankenkasse errechnet wurden.

Die mit einer Langzeit-AU verbundenen Unfälle erfordern in der Regel bestimmte Behandlungen, die üblicherweise 6 Wochen und mehr dauern. Die erforderlichen Behandlungsschritte sind festgelegt; die medizinische Indikation ist relativ eindeutig; es bestehen keine relevanten Behandlungsunsicherheiten und -alternativen; in der Regel wird mit dem Behandlungsende eine Heilung erreicht.

Akut-Erkrankungen mit einer Behandlungsdauer von üblicherweise mehr als 6 Wochen erfordern ebenfalls relativ klar zu

definierende medizinische Behandlungsschritte, wobei für einen Teil der Versicherten gute Heilungschancen bestehen, für einen weiteren Teil eine vollständige oder auch partielle Heilung aber nicht möglich bzw. nicht zu erwarten ist (z.B. fortgeschrittene maligne CA), sodaß diese Erkrankungen in ein chronisches Stadium übergehen.

Suchtkrankheiten, deren Anteil an den Langzeit-Auen mit 5 % wohl zu niedrig veranschlagt ist, da sie im medizinischen Behandlungssystem oft im Zusammenhang mit anderen, körperlichen Leiden wie Stoffwechselkrankheiten, Schädigungen innerer Organe (vor allem Leber) oder Verletzungen auftauchen, so daß sie anderen Erkrankungstypen zugerechnet werden, Suchtkrankheiten also werden in der durchschnittlichen Kassenarztpraxis z.T. nur unzulänglich behandelt, z.T. gar nicht als solche erkannt. Es fehlt an adäquaten ambulanten Behandlungsangeboten. Außerdem kann die Koordination der Leistungen der verschiedenen Träger (Krankenversicherungs-, Rentenversicherungs-, Unfallversicherungs-Träger, Arbeitsverwaltung, Sozialhilfe) als unzureichend eingeschätzt werden. Es scheint an planmäßiger, kontinuierlicher medizinischer Behandlung und Rehabilitation Suchtkranker und an wirksamer psychologischer, sozialer und versicherungsrechtlicher Unterstützung des Versicherten in diesem langfristigen Prozeß zu mangeln.

In Fällen akuter Verschlechterungen spezifischer chronischer Krankheiten ist in der Regel keine abschließende vollständige Heilung möglich, sondern nur ein Abklingen der Verschlimmerung der Krankheit zu erreichen. Bei Verschleißkrankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes findet die medizinische Behandlung und Rehabilitation ihre Grenzen oft im Vorliegen bereits irreversibler Schädigungen. Bei Herz-Kreislauf- und Magen-Darm-Erkrankungen, die häufig vor einem psychisch-sozialen Hintergrund entstehen bzw. sich akut verschlimmern, besteht die ärztliche Behandlungsweise vornehmlich aus Pharmakotherapie und - wenn nötig - operativen Eingriffen (Geschwüre des Magens oder Zwölffingerdarms z.B.). Bei psychischen Erkrankungen (Neurosen, Psychosen) erschöpft

sich die kassenärztliche Betreuung oft in sporadischer medikamentöser Therapie; im Material, das der IGES-Untersuchung zugrunde lag, fanden sich kaum Beispiele für eine kontinuierliche Behandlung durch Fachärzte für Psychotherapie.

Bei Versicherten mit akuter Verschlechterung chronischer Krankheiten ohne dominierende Einzelkrankheit handelt es sich um Patienten mit vielfältigen Erkrankungs- und Behandlungsformen. Sie weisen mindestens 2, in der Regel jedoch 3 bis 5 verschiedene relevante Erkrankungen aus verschiedenen Bereichen auf, vor allem von Skelett/Muskeln/Bindegewebe, Herz/Kreislauf, Magen/Darm sowie "seelische Störungen", ohne daß eine Krankheitsgruppe als dominant anzusehen ist und ohne daß typische Kombinationen von Erkrankungen zu identifizieren sind. Häufig finden sich im Behandlungsverlauf Anhaltspunkte für einen psychosomatischen Verursachungszusammenhang bei körperlichen Behandlungsanlässen. Auffallend hoch ist in dieser Versichertengruppe der Anteil der Frauen, insbesondere im Alter zwischen 25 und 35 Jahren, bei denen sich kumulative Belastungen aus Berufstätigkeit, Hausarbeit und Kindererziehung in seelischen und psychosomatischen Erkrankungen niederschlagen scheinen. Da das gleichzeitige Auftreten von mehr als 3 Grundleiden medizinisch nahezu nicht möglich ist, kann die Hypothese aufgestellt werden, daß die Versicherten mit chronischer Multimorbidität zwar umfangreich, gleichwohl häufig inadäquat betreut werden. Hier gilt im übrigen, was zur ärztlichen Behandlungsweise von spezifischen chronischen Krankheiten ausgeführt wurde.

Es ergeben sich damit drei Gruppen von Versicherten mit Langzeit-AU, für die Leistungen nicht effektiv oder effizient zu sein scheinen, die ca. 2/3 der Versicherten mit Langzeit-AU ausmachen und für die Leistungen mit und ohne Krankenhausaufenthalt besonders kostenintensiv sind:

- Versicherte mit akuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei mehreren unspezifischen chronischen Erkrankungen (Multimorbide),

- Versicherte mit akuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei einer spezifischen chronischen Krankheit und
- Versicherte mit Suchtkrankheiten.

14.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle

Es werden diejenigen Krankheitsfälle bestimmt, die eine Langzeit-AU mit 3 und mehr chronischen Krankheiten aufweisen, sowie diejenigen Krankheitsfälle, bei denen anhand der Diagnosen und Behandlungsweisen (Medikation) auf Suchten geschlossen werden kann, in denen aber noch keine Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt worden sind.

14.3 Durchführung der Prüfung

In Absprache unter den Beteiligten kann ein beratender Arzt oder Vertrauensarzt in den Multimorbiditätsfällen auf der Grundlage der Behandlungsverläufe u.a. Unterlagen (Krankenakten der Krankenhäuser z.B.) prüfen, ob die Behandlung einem therapeutischen Konzept folgte. Leitende Frage der Prüfung ist, ob die bisherige Behandlung der Versicherten ausreichend und zweckmäßig ist und welche Beratungs-, Betreuungs- und Rehabilitationsmaßnahmen zur Sicherung des Heilerfolges bzw. zur Linderung von Erkrankungen angezeigt sind.

14.4 Unterrichtung

Behandelnde Ärzte und Krankenhäuser können nach Absprache der Beteiligten von der Krankenkasse allgemein und schriftlich über die Ergebnisse der Prüfung unterrichtet werden (Umfang, Art und Kosten nicht-ausreichender und -zweckmäßiger Behandlung, alternative Beratungs-, Betreuungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten). Einzelne Ärzte und Krankenhäuser können schriftlich über die Ergebnisse der Prüfung ein-

zelner Krankheitsfälle informiert werden (Fehlen eines therapeutischen Konzepts, Zweckmäßigkeit alternativer Angebote).

In Fällen, in denen psychosoziale Faktoren im Krankheitsgeschehen wirksam sind, kann eine Beratung der Versicherten durch den Sozialen Dienst der Krankenkasse angezeigt sein (Neuhaus 1982, Eichner/Neuhaus 1976). Die behandelnden Ärzte sollten die betroffenen Patienten auf diese Beratungsmöglichkeiten hinweisen. In Absprache mit dem Vertrauensärztlichen Dienst, dem Rehabilitations-Sachbearbeiter und der Leistungsabteilung der Krankenkasse, mit dem Versicherten und dem behandelnden Arzt können mittelfristige, ursachenorientierte therapeutische Konzepte erarbeitet werden, die krankheitsbegünstigende Faktoren berücksichtigen, Belastungen, unter denen die Versicherten stehen, und deren Bewältigungsdefizite abklären sowie medizinische, psychologische und soziale Problemlösungsschritte, insbesondere psychologische und soziale Beratungs- und Betreuungsleistungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen, vorsehen. Bei körperlichen Verschleißkrankheiten ist der Arbeitszusammenhang zu berücksichtigen, und ggf. sind Änderungen (Arbeitsplatzwechsel, Umsetzung auf Schonarbeitsplätze) in die Konzepte einzubeziehen.

Darüber hinaus können die Versicherten insgesamt von der Kasse mit Hilfe von Informationsmaterial über Ursachen, Erscheinungsformen, medizinische Behandlungsmöglichkeiten und psychotherapeutische Möglichkeiten (nach Krankheitsgruppen) unterrichtet werden.

15. Krankheitsfälle mit Wiederholungsfüllungen der Zähne*

15.1 Analyse des Prüfbereichs

In der Zahnheilkunde besteht allgemeiner Konsens darüber, daß der konservierenden Behandlung der Zähne Vorrang vor Zahner-

* Dieses Kapitel wurde in Kooperation mit Arno Georg, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen, erarbeitet.

satz zukommt. Die konservierende Behandlung ist die Basisbehandlung bereits eingetretener Zahnschäden. Wie lange konservierend behandelte Zähne erhalten und kostspieliger Zahnersatz vermieden werden können, hängt u.a. (z.B. Kariesprophylaxe) von der Haltbarkeit der Zahnfüllungen ab.

Gegenstand der Prüfung kassenzahnärztlicher Tätigkeit durch die Prüfungsausschüsse bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ist u.a. die Frage, in welchem Umfang Füllungen durchgeführt werden. Über die durchschnittliche Haltbarkeitsdauer oder über die statistische Verteilung der Haltbarkeitsdauer von Füllungen gibt es dagegen keine gesicherten Daten. Es wird in der Zahnheilkunde jedoch davon ausgegangen, daß eine Füllung unter normalen anatomischen, topografischen und Belastungsumständen, bei regelrechter Zahnpräparation und Verarbeitung des Füllungsmaterials und ohne extreme Kariesdisposition oder z.B. beruflich bedingte Kariesexposition in aller Regel mindestens ein Jahr hält. Wie hoch die Anteile der Füllungen mit einer Haltbarkeitsdauer von bis zu einem halben Jahr, bis zu einem Jahr, bis zu zwei Jahren usw. sind, d.h. nach welchem Zeitraum Wiederholungsfüllungen auftreten, ist nicht bekannt.

15.2 *Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle*

Eine Überprüfung der Krankheitsfälle in diesem Bereich ist nur sinnvoll, wenn Behandlungsdaten über einen Zeitraum von mehreren Jahren vorliegen. Ist das der Fall, werden alle diejenigen Krankheitsfälle bestimmt, in denen Wiederholungsfüllungen (gleiche Füllungsfläche am gleichen Zahn) abgerechnet wurden. In Abstimmung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung werden die statistischen Kriterien für die Auswahl der zu prüfenden Krankheitsfälle mit Wiederholungsfüllungen festgelegt.

15.3 Durchführung der Prüfung

Die Prüfung wird nach Absprache der Beteiligten von einem beratenden Zahnarzt durchgeführt. Die Prüfung erfolgt in Rücksprache mit den behandelnden Ärzten und geht der Frage nach, unter welchen Umständen Wiederholungsfüllungen erfolgt sind.

15.4 Unterrichtung

Nach Abstimmung unter den Beteiligten unterrichtet der beratende Zahnarzt oder die Kassenzahnärztliche Vereinigung die Zahnärzte über die Ergebnisse der Prüfung.

16. Krankheitsfälle mit Krankenhauseinweisungen durch Beleg- und Krankenhausärzte (Selbsteinweisungen) und Krankenhausfälle mit kurzer Verweildauer

16.1 Analyse des Prüfbereichs

Die Analyse der Krankenhaushäufigkeit, die vielfach ansteigt und zum Teil die sinkende Verweildauer kompensiert, hat in der letzten Zeit Anlaß gegeben, die Entwicklung der Einweisungen durch Belegärzte und durch Krankenhausärzte und der Krankenhausfälle mit sehr kurzer Verweildauer zu problematisieren. Nach den Richtlinien über die Verordnung von Krankenhauspflege vom 26.2.1982 sind allein medizinische Gründe für die Krankenhauseinweisung zulässig. Die Versicherten in der GKV dürfen nach der RVO (§ 368 e) Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig sind, nicht verlangen, die Ärzte dürfen sie nicht nachträglich bewilligen. Die angesprochenen Entwicklungen der Einweisungen legen die Vermutung nahe, daß die Beteiligten das Wirtschaftlichkeitsgebot in ihrem Handeln nicht ausreichend berücksichtigen. Vorprüfungen haben ergeben,

- daß von den Krankenhäusern der Aufnahmeanzeige oft keine 'Verordnung von Krankenhauspflege' beigelegt wird,
- daß bei vielen Krankenhäusern eine hohe Zahl der Fälle durch Krankenhausärzte eingewiesen wird und

- daß die Krankenhaushäufigkeit bei den jeweils belegärztlich versorgten Krankheiten oft deutlich über den betreffenden Durchschnittswerten liegt.

Stichprobenanalysen aus verschiedenen Kassen weisen einen deutlichen Anstieg der Einweisungen durch Krankenhausärzte in den letzten Jahren nach. In allen genannten Fällen ist die Transparenz der Leistungen und Kosten im Bereich Krankenhauspflege ungenügend.

Nach diesen Ergebnissen erscheint es zweckmäßig, für die Krankenkassen ein einheitliches Verfahren zur Beobachtung des Einweisungsgeschehens bereitzustellen. Falls die statistische Beobachtung Hinweise auf unwirtschaftliches Einweisungsverhalten ergibt, können die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Beteiligten die Erforderlichkeit der Krankenseinweisungen und die Einhaltung der KH-Richtlinien überprüfen.

16.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle

Die Krankenkasse führt eine Statistik der Krankenhausfälle ihrer Versicherten nach Art der Krankheit, Anteil der Krankheit an allen Krankenhausfällen, Verweildauer und Art der Einweisung. Die Statistik ist nach Jahren gegliedert und wird für alle Krankenhausfälle zusammen, sowie für die Fälle der wichtigsten Krankenhäuser getrennt geführt. Anhand der Statistik werden folgende Entwicklungen beobachtet: die Entwicklung

- der Verweildauer nach Krankheitsarten,
- der Fallhäufigkeit nach Krankheitsarten,
- der Einweisungen durch beteiligte/ermächtigte Krankenhausärzte in Relation zu den Krankenhausfällen gesamt,
- der Notfalleinweisungen der Krankenhäuser in Relation zu allen Krankenhausfällen,
- der Einweisungen von Belegärzten in Relation zu allen Krankenhausfällen der entsprechenden Krankheitsarten und zu den ambulanten Behandlungsfällen dieser Belegärzte.

Zum Vergleich werden folgende Grundlagen herangezogen:

- die Krankheitsartenprofilblätter der Krankenhäuser der Region
- Anhaltsszahlen der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung über Krankenhaus-Verweildauern,
- die Häufigkeitsstatistiken der Belegärzte auf Ebene des KV-Bezirks.

Die abgeschlossenen Krankenhausfälle werden laufend mit den Jahresstatistiken hinsichtlich der Krankheitsart und Verweildauer verglichen. Krankenhausfälle, deren Verweildauer unterhalb der für die entsprechende Krankheitsart üblichen Streubreite liegen, werden einer besonderen Prüfung unterzogen. Zunächst wird formal festgestellt,

- ob das Formblatt 'Verordnung von Krankenhauspflege' vorliegt,
- ob das Formblatt ausgefüllt ist durch:
 - einen niedergelassene Kassenarzt ohne Belegtätigkeit,
 - einen Belegarzt,
 - durch einen beteiligten/ermächtigten Krankenhausarzt,
 - durch einen nachgeordneten Krankenhausarzt (nicht zulässig),
- ob eine Notfalleinweisung des Krankenhauses (ohne Vordruck) vorliegt,
- ob die Einweisung im Zusammenhang steht mit Zeiträumen, in denen die kassenärztliche Versorgung in erster Linie durch den kassenärztlichen Notfalldienst sichergestellt wird (praxisfreie Zeiten), auch wenn die Einweisung durch einen niedergelassenen Kassenarzt erfolgte,
- ob bei Einweisung durch Belegärzte und beteiligte/ermächtigte Krankenhausärzte eine Überweisung vorliegt und in welchem Verhältnis die erbrachten Leistungen zum Überweisungsauftrag stehen.

Für die Prüfung werden alle Krankheitsfälle ausgewählt, bei denen aufgrund formaler Mängel oder anderer Besonderheiten der Einweisung Zweifel im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhauspflege berechtigt erscheinen.

16.3 Durchführung der Prüfung

Inhaltlich werden folgende Prüfkriterien an diese Krankenhaushäuser angelegt:

a) Einweisungen durch Ärzte

Liegt die Zahl der Einweisungen durch Belegärzte in Relation zu den ambulanten Behandlungsfällen dieser Ärzte im Fachgruppenvergleich hoch oder steigt sie signifikativ an, ohne daß dies auf strukturelle Veränderungen im kassenärztlichen bzw. die Krankenhäuser betreffenden Versorgungsangebot zurückzuführen ist, prüft die Krankenkasse u.U. im Zusammenwirken mit dem vertrauensärztlichen Dienst die Erforderlichkeit der Krankenhauseinweisungen dieser Ärzte. Sie prüft insbesondere die Fälle mit unterdurchschnittlicher Verweildauer. Im Einzelfall kann sie dazu auch die Belege zuziehen, die das ambulante Behandlungsgeschehen der Patienten im zeitlichen Umfeld des Krankenhausaufenthaltes dokumentieren. Bei Überweisungen zum Belegarzt prüft sie, in welchem Verhältnis die erbrachten Leistungen zum Überweisungsauftrag stehen.

Bei den Krankenhauseinweisungen sonstiger niedergelassener Ärzte prüft die Krankenkasse Fälle, in denen die Verweildauer krankheitsartenspezifisch unter der üblichen Streubreite liegt. Hierbei ist auch zu prüfen, ob sich solche Einweisungen vor praxisfreien Zeiten häufen, was als Hinweis dafür zu werten wäre, daß der kassenärztliche Notfalldienst die ambulante Versorgung nicht in ausreichendem Maß sicherstellt. Im Einzelfall kann sie dazu auch die Belege zuziehen, auf denen das ambulante Behandlungsgeschehen der Patienten und Arbeitsunfähigkeit im zeitlichen Umfeld des Krankenhausaufenthaltes dokumentiert sind. Ferner können Informationen zu den Praxiseigenschaften der einweisenden Ärzte hinsichtlich der Hausbesuche herangezogen werden.

Liegen überdurchschnittliche Einweisungsquoten der ermächtigten/beteiligten Krankenhausärzte vor, bei denen das Formular 'Verordnung von Krankenhauspflege' verwendet wird, so

ist dies von der Krankenkasse auch vor dem Hintergrund der Krankenhausauslastung zu bewerten. In diesen Fällen sind die Überweisungsscheine heranzuziehen und darauf zu überprüfen, ob der Überweisungsauftrag eingehalten wurde und ob zu seiner Erfüllung eine stationäre Behandlung erforderlich war.

b) Notfalleinweisungen der Krankenhäuser

Bestehen Hinweise darauf, daß die Quote der Notfalleinweisungen in einem Krankenhaus die krankenhausspezifischen Landes- und Bundeswerte übersteigt, prüft die Krankenkasse die Erforderlichkeit der Notfalleinweisungen. Zu diesem Zweck werden die entsprechenden Krankenhäuser aufgefordert, zur Noteinweisung einen Notaufnahmebericht zu erstellen, der von der Krankenkasse vor Erklärung der Kostenübernahme geprüft wird.

16.4 Unterrichtung

a) Unterrichtung der Ärzte im Zusammenwirken mit der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Krankenkasse erstellt für die Fälle, in denen die Prüfung die Erforderlichkeit der Einweisung als zweifelhaft erscheinen ließ, eine Übersicht über die Leistungen und Kosten dieser Fälle und aller für die Prüfung relevanten Tatsachen. Sie übergibt die Materialien der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Aufforderung, sie zu prüfen und die Ergebnisse in 'gezielten Informationen' und 'Beratungsgesprächen' an die betroffenen Ärzte bzw. Arztgruppen zu übermitteln. Die Kassenärztliche Vereinigung teilt der Krankenkasse die Ergebnisse ihrer Überprüfung und der Unterrichtung der betroffenen Ärzte mit.

b) Unterrichtung der Krankenhäuser im Zusammenwirken mit den Krankenhausträgern

Ist in einem Krankenhaus eine überdurchschnittliche Quote der Notfalleinweisungen, der Einweisungen durch Krankenhaus-

ärzte und/oder der Belegärzte festgestellt worden, die mit einer unterdurchschnittlichen Verweildauer dieser Krankenhaufälle verbunden war, so stellt die Krankenkasse für diese Fälle die Leistungen und Kosten sowie die für die Prüfung relevanten Tatsachen zusammen und übermittelt sie den Trägern der beteiligten Krankenhäuser. Für die betroffenen Krankenhäuser ist in den Pflegesatzverhandlungen die Frage der Wirtschaftlichkeit besonders zu prüfen.

c) Unterrichtung der Versicherten

Eine Unterrichtung der Versicherten ist nur angezeigt, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, daß Versicherte in unzumutbarem Ausmaß selbst Krankenhäuser aufsuchen, ohne die niedergelassenen Kassenärzte oder den kassenärztlichen Notfalldienst zu konsultieren, und als Notfälle durch die Krankenhausärzte eingewiesen werden. In diesem Fall wird die Krankenkasse nach Abschluß der Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenhausträger in allgemeiner Form über die ihr zur Verfügung stehenden Medien an die Versicherten herantreten und auf die Beratungs- und Behandlungsfunktion der niedergelassenen Ärzte und des kassenärztlichen Notfalldienstes hinweisen.

17. Krankheitsfälle mit überdurchschnittlicher Krankenhaushäufigkeit bei bestimmten Krankheitsarten

17.1 Analyse des Prüfbereichs

Die stationäre Behandlung erforderte in der Bundesrepublik Deutschland mehr als ein Drittel der Ausgaben der Krankenkassen. Besonders die Krankenhaufälle mit langer Verweildauer sind sehr kostenintensiv. Die hohen Kosten in diesem Bereich machen die Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit in der Krankenhausversorgung zu einer gesundheitspolitisch vorrangigen Aufgabe. Gleichzeitig soll die Versorgung der regionalen Bevölkerung bedarfsgerecht und dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend gestaltet werden. Die

Bereitstellung einer krankheitsbezogenen Krankenhausleistungsstatistik durch die Krankenkassen kann dabei einen wichtigen Beitrag leisten.

Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ist eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen zu gewährleisten. Zur Verwirklichung dieses Zwecks stellen die Länder in enger Zusammenarbeit mit den Krankenhausgesellschaften, den Spitzenverbänden der Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung, den kommunalen Spitzenverbänden und dem Ausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung Krankenhausbedarfspläne auf und passen sie der Entwicklung an.

Die Krankenhausbedarfspläne legen den Bettenbedarf einer Region bzw. die Zahl der Planbetten für das einzelne Krankenhaus fest. Der Gesamtbettenbedarf wird in der Regel nach einer Formel bestimmt, in die die Bevölkerungszahl, die Krankenhaushäufigkeit, die Verweildauer und die Bettenbenutzung eingehen. Ein grundlegender Mangel dieser Methoden ist aber ihre Orientierung am vorhandenen Angebot nach medizinischen Fachabteilungen. Dabei bleibt weitgehend unberücksichtigt, aus welchem Anlaß (wegen welcher Krankheit) behandelt wird. Außerdem findet die Altersstruktur der Bevölkerung, die einen starken Einfluß auf die Krankenhaushäufigkeit hat, bisher keine Berücksichtigung.

Damit fehlen grundlegende Informationen zur Beurteilung der Bedarfsentwicklung und der Leistungen der Anbieter. Sie fehlen sowohl den Trägern und Mitwirkenden an der Krankenhausbedarfsplanung wie auch den einzelnen Krankenhäusern für ihre mittelfristige betriebliche Planung. Durch die Überprüfung der Krankheitsfälle mit überdurchschnittlicher Krankenhaushäufigkeit nach bestimmten Krankheitsarten können die Krankenkassen zur Verbesserung der Krankenhausbedarfsplanung beitragen.

17.2 Bestimmung der zu prüfenden Krankheitsfälle

Anhand ihrer Unterlagen erstellt die Krankenkasse für ihre Versicherten einen Überblick über die Krankenhausfälle und ihre Verweildauer, gegliedert nach dem Behandlungsanlaß und der Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten (zunächst für ein Jahr). Der Zuordnung zu Diagnosen liegt die Hauptdiagnose bzw. die Entlassungsdiagnose zugrunde. Die Zuordnung zu Diagnosegruppen erfolgt nach dem ICD bzw. alternativen Gruppierungen. Bei ausgewählten Diagnosen werden die Fälle mit und ohne Operation unterschieden. Außerdem wird die Streuung der Verweildauer nach Behandlungsanlässen beobachtet. Mit diesen Zahlen wird an die bisher vorliegenden Auswertungen der Selbstkostenblätter (Fallzahlen, Verweildauer und Alter der Patienten) angeknüpft.

Bereits im bisherigen Datenerfassungsprozeß verarbeiten die Krankenkassen die Entlassungsanzeigen der Krankenhäuser. In der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der Gesetzlichen Krankenversicherung (KSVwV) wird in Ausführung des § 79 Abs. 2 SGB IV bestimmt, daß die Versicherungsträger für jedes Kalenderjahr die Krankenhausfälle und -tage getrennt nach

- Mitgliedergruppen und - soweit zutreffend - Familienangehörigen,
- Altersgruppen der Versicherten,
- Geschlecht der Versicherten und
- Krankheitsarten (nach ICD)

erfassen. Für die Leistungsfälle werden Gruppen nach zeitlicher Dauer gebildet.

Die krankheitsartenbezogene Übersicht über die Krankenhausleistungen für die Versicherten einer Kasse wird mit der Krankheitsarten-, Krankheitsursachen- und Sterblichkeitsstatistik verglichen, die vom Bundesverband der Ortskrankenkassen seit 1975 herausgegeben wird: sie enthält für die Ortskrankenkassen in der Bundesrepublik insgesamt Angaben über die Anzahl der Versicherten nach Alter und Geschlecht sowie über die Krankenhaushäufigkeit dieser Versicherten nach einzelnen Diagnosen.

Für die Prüfung werden die Krankheitsfälle solcher Krankheitsbereiche ausgewählt, bei denen unter Berücksichtigung der soziodemographischen Faktoren eine überdurchschnittlich hohe Krankenhaushäufigkeit oder Verweildauer bei den Versicherten der betreffenden Krankenkasse festgestellt wird. Gegebenenfalls kann eine weitere Einschränkung auf Krankheitsfälle mit Behandlungsanlässen erfolgen, die die durchschnittliche Krankenhaushäufigkeit um einen bestimmten Prozentsatz überschreiten.

17.3 Durchführung der Prüfung

Ziel der Prüfung der ausgewählten Krankheitsfälle ist die Erklärung der Abweichung der kassenspezifischen Krankenhaushäufigkeit oder Verweildauer gegenüber den Durchschnittszahlen. Für eine Erklärung können theoretisch drei Gruppen von Einflußfaktoren unterschieden werden:

- epidemiologische Faktoren, wie regionale Abweichungen in der Altersstruktur der Versicherten oder spezifische Gefährdungen und Belastungen der Gesundheit in der Region (Arbeitswelt, Umwelteinflüsse, Lebensstile etc.);
- die Bedingungen des regionalen Leistungsangebots, insbesondere die Quantität und Qualität des Bettenangebots;
- Besonderheiten in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Versicherten einer Kasse (Erwartungen der Versicherten, Überweisungsverhalten der Ärzte etc.).

Soweit die überdurchschnittliche Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen nicht durch epidemiologische Besonderheiten der Region erklärt werden können, müssen Besonderheiten des regionalen Inanspruchnahmeverhaltens oder Nachfrageinduktion des vorhandenen Leistungsangebots angenommen werden. Zur Überprüfung der Angebotseinflüsse können die ausgewählten Krankheitsfälle (nach Behandlungsanlässen) mit der in den zuständigen Fachabteilungen der regionalen Krankenhäuser

vorgehaltenen Bettenzahl in Beziehung gesetzt werden (Prüfung der Kapazitätsauslastung). Außerdem können die Besonderheiten des regionalen Angebots (Lehr- und Forschungsaufgaben der Krankenhäuser etc.) berücksichtigt werden, ebenso wie Einflüsse der benachbarten Versorgungsangebote (überregionale Versorgungsfunktionen).

17.4 Unterrichtung

Zur Beratung der Ergebnisse wird eine Kommission gebildet, der Vertreter der beteiligten Krankenkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft und Ärzte der regionalen Krankenhäuser, der niedergelassenen Ärzte und des zuständigen Landesministeriums angehören. Das Ergebnis der Beratung wird in einem Bericht zusammengefaßt.

Entsprechend dem Ergebnis der Prüfung der Krankheitsfälle richtet sich die Unterrichtung vor allem an die regionalen Krankenhäuser bzw. an die behandelnden Krankenhausärzte, die einweisenden niedergelassenen Ärzte oder die betroffenen Versicherten.

Mit einer auf diese Weise verbesserten krankheitsartenbezogenen Leistungsstatistik ist es möglich

- den fachabteilungsspezifischen Bedarf an Krankenhausbetten für die regionale Krankenhausbedarfsplanung genauer zu bestimmen,
- den einzelnen Krankenhäusern eine verbesserte Grundlage für ihre einzelbetriebliche Planung zur Verfügung zu stellen,
- die Möglichkeiten der Krankenhäuser, zukünftige Entwicklungen untereinander abzustimmen, zu verbessern,
- die Voraussetzungen für die Formulierung der medizinisch-pflegerischen Zielsetzung zu schaffen und damit die Stellung des einzelnen Krankenhauses im abgestuften Versorgungssystem angemessener zu berücksichtigen,
- eine kontinuierliche Berichterstattung zur Entwicklung der Behandlungsfälle zu gewährleisten und damit die Vor-

aussetzung für die kontinuierliche Anpassung der einzelnen Krankenhäuser und der Bedarfsplanung an die Erfordernisse der medizinischen Entwicklung sicherzustellen.

Ist die überdurchschnittliche Krankenhaushäufigkeit auf das Verhalten der einweisenden Ärzte zurückzuführen, können mit ihnen Substitutionsmöglichkeiten für die Krankenhausversorgung im ambulanten Bereich erörtert werden.

Ist jedoch die Krankenhaushäufigkeit von bestimmten Verhaltensweisen und Erwartungen der Versicherten abhängig, können auch für sie ggf. Alternativen zur Krankenhausbehandlung entwickelt werden (ambulante Pflegedienste, Rehabilitations-Selbsthilfegruppen etc.).

III. ABSCHNITT: ZUSAMMENFASSUNG UND PERSPEKTIVEN

18. Zur Systematisierung der Anwendungsbeispiele

Die im II. Abschnitt aufgeführten Anwendungsbeispiele lassen sich nach verschiedenen Gesichtspunkten systematisieren, z.B. nach Krankheiten/Krankheitsarten/Behandlungsanlässen, nach Leistungsfeldern, nach Behandlungsweisen und Inanspruchnahmeformen, nach Kosten/Ausgaben, nach Beteiligten oder nach Unterrichtsmaßnahmen. Diesen rein deskriptiven Systematisierungsmöglichkeiten wurde hier eine Systematisierung nach den wichtigsten Zieldimensionen vorgezogen:

- Vermeidung von Krankheitsfällen: Auf der Grundlage der Prüfung von Krankheitsfällen mit spezifischen Gefährdungen und Belastungen in der Arbeitswelt, aus der Umwelt, durch Lebens- und Bedarfsmittel sowie durch gesundheitliche Verhaltensweisen/gesundheitlichen Lebensstil können Unterrichtsmaßnahmen durchgeführt werden, die der Vermeidung weiterer, derartig (mit-) verursachter Krankheitsfälle dienen. Dies wurde hier am Beispiel berufs- und tätigkeitsspezifischer Belastungen (vgl. Kap. 5) aufgezeigt.
- Verbesserung der Wirtschaftlichkeit: Daß aufgrund der Prüfung von Krankheitsfällen auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungsinanspruchnahme und -erbringung verbessert werden kann, zeigt Kap. 6 am Beispiel der Substitution teurer durch preisgünstigere, gleichartige Medikamente. Es muß betont werden, daß es sich hierbei nicht um die Wirtschaftlichkeitsprüfung der kassenärztlichen Verordnungsweise handelt; vielmehr werden das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten und das Ordnungsverhalten der behandelnden Ärzte in ihrem Zusammenhang im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungen betrachtet. In

ähnlicher Weise wird das Zusammenspiel von ärztlichem und Versichertenverhalten bei der Überprüfung der Arbeitsteilung niedergelassener Ärzte (Kap. 8) und der Krankenhauseinweisungen (Kap. 16) betrachtet: Auch bei diesen Anwendungsbeispielen steht der Wirtschaftlichkeitsaspekt im Vordergrund.

- Verbesserung der Qualität: Die Prüfung von Krankheitsfällen kann auch dazu dienen, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern. Dies wurde am Beispiel der Vielfachmedikation, die manchmal ein therapeutisches Gesamtkonzept vermissen läßt (Kap. 7), am Beispiel der Pharmakotherapie des hohen Blutdrucks, bei der Kontinuität und Patientenführung notwendig sind (Kap. 9), am Beispiel der Resochin-Therapie bei rheumatischer Arthritis, die bestimmten schulmedizinischen Standards genügen soll (Kap. 10), sowie am Beispiel der Haltbarkeitsdauer von Zahnfüllungen (Kap. 15) dargestellt. Durch die Unterrichtsmaßnahmen sollen behandelnde Ärzte und Patienten im Sinne einer Qualitätsverbesserung unterstützt werden.
- Verbesserung der Zweckmäßigkeit: Die Prüfung von Krankheitsfällen kann ergeben, daß bestimmte Leistungen durch zweckmäßigere, alternative Versorgungsmöglichkeiten ersetzt bzw. durch zweckmäßigere Leistungen ergänzt werden können - z.B. ambulante statt stationäre Leistungen (Kap. 11), Haus- anstatt Arzneimittel (Kap. 12), Verhaltensänderung durch Gesundheitsberatung zusätzlich zu medizinischer Betreuung (Kap. 13 und 14). Dabei können sich die Versorgungsalternativen nicht nur als zweckmäßiger, sondern auch als wirtschaftlicher erweisen.

Im II. Abschnitt werden mehrere Beispiele aus dem Bereich der Pharmakotherapie angeführt. Transparenzverfahren sind jedoch auch bei vielen anderen Leistungsarten möglich. So können zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit z.B. auch Krankheitsfälle mit Parallelbehandlung geprüft werden, Fälle, in denen diagnostische Leistungen, z.B. Röntgen eines

Organs/Gliedes, oder therapeutische Leistungen, z.B. Arzneimittelverordnung, bei gleichem Behandlungsanlaß mehrfach in Anspruch genommen und erbracht werden. Zur Verbesserung der Zweckmäßigkeit können z.B. Krankheitsfälle mit Verordnung von Zahnersatz, bei denen die Nutzung, Pflege und Haltbarkeit der Prothese zu Problemen führt, oder Krankheitsfälle von Kindern mit "unspezifischer" Behandlung von Erkrankungen der Haut, in denen eine psychosomatisch geleitete Therapie sinnvoll sein könnte, geprüft werden. Solche Themen werden z.T. für die zweite Phase der Modellversuche aufgegriffen, wobei die Besonderheiten der einzelnen Kassen Berücksichtigung finden.

19. Ausblick auf die Durchführung der Modellversuche

Die Modellversuche sind in vier Phasen gegliedert. Die inzwischen abgeschlossene erste Phase diente der Entwicklung der Grundsätze für die Definition und Auswahl geeigneter Bereiche für Verfahren zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz. Eine weitere Aufgabe war die methodisch koordinierte Bereitstellung der Informationsbasis aus routinemäßig gespeicherten Datenbeständen und ergänzenden Erhebungen in den beteiligten Kassen. Außerdem wurden für die Modellversuche ins Einzelne gehende Verfahrensvorschläge entwickelt.

In der zweiten Phase sollen im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhausträgern, den Vertrauensärzten und anderen Beteiligten die entwickelten Verfahren in den Krankenkassen erprobt werden. Die Auswahl geeigneter Krankheitsfälle für die Modellversuche soll auf die Problemstellungen und konkreten Handlungsziele jeder Kasse ausgerichtet werden; dabei sind kassenspezifische Besonderheiten in den verschiedenen Leistungsbereichen (Inanspruchnahme, Angebotsstruktur und Kosten), in der Versicherungsstruktur und in den Betreuungsaufgaben zu berücksichtigen.

Soweit die bei den einzelnen Krankenkassen ausgewählten Handlungsfelder die Verwendung personenbezogener Daten er-

forderlich machen, werden in der zweiten Phase aus Gründen des Datenschutzes nur anonymisierte Daten verwendet. Die zweite Phase dient damit der Erprobung des Verfahrensablaufs und verfolgt zunächst vor allem statistische Auswertungsinteressen; erst wenn zwischen den Beteiligten Übereinstimmung über den gesamten Verfahrensablauf erzielt worden und die Eingrenzung der - evtl. auch personenbezogen - zu untersuchenden Fälle definitiv abgeschlossen ist, werden die Verfahren in einer dritten Phase auf Basis neu erhobener und eng auf den Verwendungszweck zugeschnittener Daten umgesetzt.

Als vierte Phase schließt sich die Evaluation der Modellversuche an, aus der Folgerungen für eine breitere verwaltungsmäßige Anwendung von Verfahren zur Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz durch die Kassen abzuleiten sind.

Für die Umsetzung der Transparenzverfahren gibt es noch viele offene Fragen. Hier sollen wegen ihrer besonderen Wichtigkeit nur zwei dieser Probleme angesprochen werden: die Fragen der rechtlichen Begründung der einzelnen Verfahren und die Probleme des Datenschutzes.

a) Fragen der rechtlichen Begründung

Auch wenn den Autoren § 223 RVO als Leitfaden für den Aufbau der Argumentation diene, wird damit nicht die These vertreten, diese Vorschrift sei allein hinreichend, alle entwickelten Verfahrensschritte und Möglichkeiten rechtlich begründet umzusetzen.

§ 223 RVO gibt zunächst einen allgemeinen Auftrag an die Krankenkassen zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz. Seine konkrete Umsetzung bedarf stets der Berücksichtigung und Orientierung an den konkreteren Rechtsvorschriften, die für die jeweiligen Handlungsfelder gelten. § 223 RVO stellt jedoch in Verbindung mit anderen rechtlichen Grundlagen die Möglichkeit für innovative Ansätze der Krankenkassen in bestimmten Problemfeldern bereit.

Die praktische Umsetzung von Transparenzverfahren - würde sie allein auf § 223 RVO gegründet - stößt vor allem in solchen Fällen auf Schwierigkeiten, wo sie auf personenbezogenes Handeln abzielt. Nach dem gegenwärtigen Stand der Diskussion bietet § 223 RVO allein keine hinreichende rechtliche Grundlage für personenbezogenes Handeln. Nur in Verbindung mit weiteren gesetzlichen Grundlagen können u. E. solche Handlungsmöglichkeiten rechtlich abgesichert werden.

b) Probleme des Datenschutzes

Bemühungen um mehr Transparenz berühren zwangsläufig den hochsensiblen Bereich der Gesundheitsdaten. Alle Beteiligten an den laufenden Modellversuchen messen dem Schutz der informationellen Selbstbestimmungsrechte von Versicherten und Vertragspartnern die allerhöchste Bedeutung zu. Insbesondere die Krankenkassen tragen für ihre Versicherten im Bereich des Sozialdatenschutzes eine besondere Verantwortung. An dieser Stelle kann jedoch kein allgemeines Datenschutzkonzept für Verfahren zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz vorgestellt werden. Nur die folgenden Punkte sollen hier angesprochen werden.

Die Umsetzung von Verfahren zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz in den einzelnen Modellversuchen wirft eine Fülle von datenschutzrechtlichen Detailfragen auf. Die Vertragspartner und Krankenkassen widmen diesen Problemen große Aufmerksamkeit. Die zuständigen Datenschutzbeauftragten sind in die Durchführung der Modellversuche einbezogen. Alle Schritte der Verfahren, insbesondere der Datenerfassung, Übermittlung, Speicherung und Auswertung wurden mit ihnen abgestimmt. Insbesondere die neuen datenschutzrechtlichen Überlegungen, wie sie seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Volkszählungsgesetz auch für die Krankenversicherung angestellt werden, müssen bei der Durchführung der Modellversuche berücksichtigt werden. Für Vorhaben zur Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung gilt uneingeschränkt: Transparenzverfahren müssen selbst auch in Hinsicht auf den Datenschutz transparent sein.

Um die datenschutzrechtlichen Risiken möglichst gering zu halten, werden daher die folgenden konkreten Anforderungen an die Ausgestaltung der Modellversuche eingehalten:

1. Es wird eine strikte Unterscheidung zwischen der Verwendung personenbezogener Daten im Verwaltungsvollzug und (anonymisierten) Daten für Aufgaben der Statistik und Forschung vorgenommen. Für die Verwendung im Verwaltungsvollzug ist eine detaillierte und abschließende Beschreibung der Ziele und Verfahren der Auswertung sowie die rechtliche Begründung für die Erforderlichkeit der Erfassung personenbezogener Daten erforderlich. Für den Bereich der statistisch-wissenschaftlichen Datenauswertung (in Erfüllung gesetzlicher Aufgaben) sind bei der Verwendung anonymisierter Daten abschließende Beschreibungen nur im Rahmen des bei Entwicklungsvorhaben Üblichen erforderlich.
2. Dementsprechend ist eine strikte Unterscheidung zwischen personenbezogenen und anonymisierten Daten notwendig. Daten gelten dann als anonym, wenn ein Bezug zu einer Person (Versicherter, Arzt) faktisch nicht mehr hergestellt werden kann. Auch für die faktisch nicht personenbezogen gespeicherten Daten bleibt ein Risiko (Differenz zwischen theoretischer und faktischer Anonymisierung). Um dieses Risiko so klein wie möglich zu halten, gilt:
 - Die Zahl der gespeicherten Merkmale soll so gering wie möglich sein.
 - Die Ausprägung der Merkmale soll so unspezifisch wie möglich sein (z.B. statt Geburtstag: Altersangabe in Jahres-Schritten).
 - Die Zahl der Merkmalsträger (Individuen) soll so gering wie möglich sein. Das kann vor allem durch Stichprobenerhebungen erreicht werden.
 - Der Zeitraum, für den Daten erfaßt werden, und der Zeitraum der Speicherung (bis zum Löschen der Daten) sollen so kurz wie möglich sein.

3. Die Verwendung personenbezogener Daten im Verwaltungshandeln der Kassen wird in den Modellversuchen auf die dritte Phase eingeschränkt. Die Verwendung dieser Daten selbst ist engstens umgrenzt und wird im einzelnen mit dem zuständigen Datenschutzbeauftragten abgestimmt.

Für die im II. Abschnitt angeführten Anwendungsbeispiele wurde auf die rechtliche Ableitung und die Erörterung datenschutzrechtlicher Fragen bewußt verzichtet. Als Beispiele für weiter ausgearbeitete Verfahrensvorschläge wurden drei "Handlungsfelder" einer Kasse aus den gegenwärtig laufenden Modellversuchen im Anhang dokumentiert. Bei ihnen ist die rechtliche und datenschutzrechtliche Begründung exemplarisch ausgeführt.

ANHANG: AUSGEARBEITETE ANWENDUNGSBEISPIELE

Für drei Anwendungsbeispiele werden in diesem Anhang ausgearbeitete Vorhabenbeschreibungen dokumentiert. Sie sollen exemplarisch zeigen, wie die vorgelegten Ideenskizzen für die praktische Anwendung bei Krankenkassen konkretisiert und erweitert werden müssen. Die vorgestellten Handlungsfelder sind zur Umsetzung bei der AOK Main-Kinzig (Hanau) vorgesehen. Nach ihrer Anlage sind beide Verfahren zunächst nur bei einer Ortskrankenkasse zu bearbeiten oder wenn mehrere Kassen einer Region unter Beteiligung der regionalen AOK zusammenarbeiten. Die Handlungsfelder sind jedoch mit Modifikationen auch für andere Kassenarten übertragbar.

Die Vorhabenbeschreibungen für die zweite Phase der Modellversuche enthalten für beide Handlungsfelder

- a- den Entwurf eines Verwaltungsverfahrens zur regulären Durchführung von Verfahren zur Leistungs- und Kostentransparenz im betreffenden Handlungsfeld,
- b- die Darstellung der rechtlichen Grundlagen, auf die sich die Krankenkasse stützt, wenn sie solche Verfahren durchführt, und
- c- die Darstellung von Ziel und Ablauf der zweiten Phase der Modellversuche, in der die Verfahren der Datenanalyse zur Auswahl und Prüfung geeigneter Fälle und der Unterrichtung bis zur Anwendungsreife zu entwickeln sind und die für Verwaltungsverfahren erforderliche Datenbasis zu bestimmen ist.

Für die Verfahrensentwicklung zur Auswahl geeigneter Fälle und ihrer Prüfung, wie sie in der zweiten Phase vorgesehen wird, ist eine umfangreiche Datenbasis notwendig: Die Ent-

wicklungsaufgabe (c) verlangt explorative Verfahren zur Definition der Auswahlkriterien 'geeigneter Fälle' und zur Feststellung der Häufigkeit ihres Auftretens sowie eine Abbildung "geeigneter Fälle" mit unterschiedlicher Informationstiefe, damit der Informationsbedarf definiert werden kann, der für eine medizinisch-inhaltliche Prüfung Voraussetzung ist.

Der Informationsbedarf für die Verfahrensentwicklung (c) ist daher wesentlich höher als in der verwaltungsmäßigen Anwendung der Verfahren (a). Die Entwicklungsaufgabe verlangt jedoch nicht, daß ein Personenbezug hergestellt werden kann. Dies ist erst im nach außen gerichteten Verwaltungshandeln, d.h. in der Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse notwendig.

In der zweiten Phase werden im Modellversuch folgende allgemeine Fragen bearbeitet:

- Mit welchen Auswertungsprogrammen werden die geeigneten Fälle erkennbar und in welchem Umfang treten sie auf?
- In welcher Form ist die Überprüfung dieser geeigneten Fälle im Zusammenwirken mit den zuständigen Stellen fachlich und organisatorisch durchzuführen?
- Welche Informationsbasis ist zu einer Abbildung geeigneter Fälle erforderlich, um eine medizinisch-inhaltliche Prüfung zu ermöglichen?
- Welche Formen der Unterrichtung von Ärzten und Versicherten sind geeignet, eine wirksame Leistungs- und Kostentransparenz zu erreichen?

Phase zwei stützt sich auf den in Phase eins erstellten Datenbestand, der als statistischer Datenbestand faktisch anonymisiert wird.

In der dritten Phase sollen erfolgversprechende Verfahren im praktischen Verwaltungsvollzug erprobt werden. Die hierfür

erforderliche Informationsbasis muß nach Umfang und Zeitnähe in sehr viel engerem Rahmen dem gesetzlich definierten Auftrag zu diesem Verwaltungshandeln (Überprüfung, Unterrichtung) entsprechen.

20. Arztbezogene Arzneimittelinformation

20.1 Arzneimittelinformation der Ärzte als Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung

20.1.1 Ziel

Die Verordnung von Arzneimitteln ist die häufigste ärztliche Behandlungsmaßnahme. Allgemeinärzte verschreiben häufig im Laufe eines Tages mehr als 100 Arzneimittel. Die Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel sind bei Allgemeinärzten und Internisten höher als die Kosten für die Honorare. Allgemeinpraktiker und Internisten verordnen im Laufe eines Quartals mehrere 100 verschiedene Arzneimittel, einzelne Ärzte auch mehr als 1.000.

Zur Zeit erhält der Arzt nahezu keine statistischen Informationen über die von ihm verordneten Arzneimittel. Ermittelt werden lediglich Zahl der Rezepte, Zahl der Verordnungen und die Gesamtausgaben der Krankenkasse für die vom Arzt je Quartal verordneten Arzneimittel, getrennt für Mitglieder der AKV und ihre Familienangehörigen (FA) und für die Rentner und ihre FA.

Als grundlegende Mängel dieser "Arzneimittelstatistik" wird angesehen, daß sie keine Aussagen über die Art der Arzneimittel enthält und daß sie die spezifische Zusammensetzung der Patienten des Arztes insbesondere nach Alter und Geschlecht nicht berücksichtigt. Ziel der "Arzneimittelinformation der Ärzte" ist die Behebung dieser Mängel.

Einerseits sollen die Ärzte damit in die Lage versetzt werden, ihr eigenes Medikationsverhalten kritisch unter Effektivitäts-, Zweckmäßigkeits- und Wirtschaftlichkeitsgesichts-

punkten zu überdenken. Andererseits stellt die Arzneimittelinformation für die Ärzte eine Grundlage, um ihren Beratungsbedarf im Bereich der Arzneimitteltherapie näher spezifizieren und die zuständigen Beratungseinrichtungen (für z.B. Preisvergleichsberatung) gezielt in Anspruch nehmen zu können.

Das AM-Info ist in seinem Kern eine Aufstellung der von einem Arzt verordneten (veranlaßten) Leistungen und der damit verursachten Kosten. Es dient unmittelbar der Transparenz über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihren Kosten und wendet sich an den einzelnen Arzt.

Der einzelne Arzt soll mit dieser Information in die Lage versetzt werden, bei Medikamenten mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung kostengünstiger zu verordnen, das eigene Verordnungsverhalten unter Wirksamkeitsgesichtspunkten der eingesetzten Präparate (ggf. auch Problem der Nebenwirkungen) zu optimieren und auch die relative Häufigkeit des Einsatzes bestimmter Präparategruppen (Indikationsgebiete) bei seiner spezifischen Praxisklientel zu reflektieren.

20.1.2 Konzeption für die Auswahl geeigneter Fälle für Überprüfung und Unterrichtung

Um dieses Ziel zu erreichen, erhält der Arzt tabellarische Zusammenstellungen der von ihm im Laufe eines Quartals verordneten Arzneimittel nach der Art des Arzneimittels (Produkt, Darreichungsform, Packungsgröße, Preis), der Menge der Verordnungen und der Ausgaben, geordnet nach Indikationsgruppen. Für die Ausgaben sowie für die Verordnungsdichte erhält er nach Alter und Geschlecht der Patienten differenzierte Angaben.

Der zeitliche Bezug auf das Quartal ermöglicht eine Anknüpfung an die bereits vorhandene Statistik der ärztlichen Leistungen je Quartal. Gleichwohl können die Tabellen in begründeten Fällen auch für einen kürzeren (1 Monat) oder längeren Zeitraum (6, 12 Monate) erstellt werden.

Da die AM-INFO ein umfangreiches Tabellenmaterial umfaßt, stellt sich die Frage nach der Möglichkeit der Reduktion; so kann etwa nur über die umsatzstärksten oder die am häufigsten verordneten Arzneimittel unterrichtet werden oder auch nur zu ausgewählten Indikationsgruppen.

Für die Aussagekraft der statistischen Kennziffern ergeben sich erfahrungsgemäß erhebliche Mängel, wenn Patienten mit sehr hoher Behandlungsintensität (z.B. Bluter) in die Auswertung mit eingegangen sind. Es ist deshalb sinnvoll, entsprechende Krankheitsfälle bei der Erstellung der tabellarischen Übersichten nicht zu berücksichtigen. Zudem ist es zweckmäßig, die Verordnungen in behandlungsintensiven Krankheitsfällen aufzulisten; Kriterium für Behandlungsintensität ist die Anzahl der Verordnungen, der verschiedenen Arzneimittelspezialitäten und die Höhe der Ausgaben.

Hier ist es nicht sinnvoll, jeden Arzt, der an der Kassenärztlichen Versorgung beteiligt ist, in jedem Quartal zu unterrichten. Eine laufende Arzneimittelinformation aller Ärzte ist aus sachlichen Gründen nicht erforderlich und wegen der Höhe der entstehenden Kosten nicht vertretbar. Es ist vielmehr sinnvoll, daß Ärzte bzw. Arztgruppen mit Besonderheiten des Arzneimiteleinsatzes eine differenzierte Information über die veranlaßten Leistungen und Kosten erhalten, u.U. auch in regelmäßigem Abstand, um die Auswirkungen eines veränderten Ordnungsverhaltens erkennen zu können. Kriterien, die eine Beurteilung des Wertes der Arzneimittelinformation für die Durchführung bei bestimmten Arztgruppen ermöglichen sind z.B.:

- Zahl der behandelten Patienten (sehr geringe Anzahl ...),
- Dauer der Niederlassung (zu Beginn der Niederlassung, z.B. im 3. Quartal),
- Wiederholung der AM-INFO (Arzt, der im letzten Quartal eine AM-INFO hatte, braucht einen gewissen Zeitraum (1-2 Jahre) für Änderung im VO-Verhalten),
- AM-Fallwert (weit über- oder unterdurchschnittlicher Fallwert).

Auf der Basis dieser Kriterien werden geeignete Fälle für die Durchführung der Arzneimittelinformation bestimmt. Für die Krankheitsfälle jeweils dieser Ärzte wird das AM-INFO (tabellarische Zusammenstellung der Leistungen und Kosten) erstellt.

Die Krankenkasse prüft nun im Zusammenwirken mit der Kassenärztlichen Vereinigung, ob und inwieweit eine Unterrichtung des Arztes sinnvoll ist. Dabei kann sich ergeben, daß es zweckmäßig ist, den Arzt nicht nur über die tabellarische Zusammenstellung zu unterrichten, sondern auch über die Konzentration von Verordnungen nach Art und Kosten bei einzelnen Krankheitsfällen.

Gegenstand der Überprüfung ist die Frage, ob bei den Krankheitsfällen des betreffenden Arztes im Bereich der Arzneimitteltherapie kostengünstig (Wirtschaftlichkeit) und zweckmäßig (Wirksamkeitsfragen) vorgegangen worden ist. Um dem einzelnen Arzt für die Auswertung seiner Arzneimittelinformation Hilfen an die Hand zu geben, werden ihm unter Vergleichsgesichtspunkten zusätzlich zu seinen eigenen Verordnungsdaten - soweit verfügbar - korrespondierende Werte aus dem GKV-Arzneimittelindex und die durchschnittlichen Verordnungswerte seiner Facharztgruppe in der betreffenden Region mitgeteilt.

Die Auswertung des AMI durch den Arzt kann unterstützt werden, wenn die tabellarischen Übersichten von einem erfahrenen Arzneimittelfachmann (schriftlich oder auch mündlich) z.B. mit spezifischen Hinweisen auf zugängliche Informationsquellen (Preisvergleichsliste etc.) versehen sind.

Zusammen mit der Unterrichtung durch das Arzneimittelinformativ weist die Kassenärztliche Vereinigung die behandelnden Ärzte auf die Möglichkeiten der Arzneimittelberatung für Ärzte (vgl. Arzneimittel-Richtlinie Nr. 12) hin. Deren Beratungskapazität muß ggf. an die im Zusammenhang mit der Arzneimittelinformation wachsenden Beratungsbedürfnisse der unterrichteten Ärzte angepaßt werden.

20.1.3 Die Arzneimittelinformation der Ärzte (AM-INFO)- Rahmenentwurf

Aus dieser Konzeption (A.1.2) kann ein Entwurf für eine Arzneimittel-Information der Ärzte abgeleitet werden; sie enthält die summarische bzw. statistische Zusammenstellung der Arzneimittelverordnungen eines Arztes A für ein Quartal Q in sieben Tabellen bzw. tabellarischen Übersichten (siehe folgende Seiten).

20.1.31 A. Statistische Übersicht

Die Tabelle knüpft an die aus der Quartalsstatistik des Arztes bekannten Werte Fallzahl (= abgerechnete Scheine), Fallwert (DM je Schein) und Arzneimittelfallwert (DM für verordnete Arzneimittel je Schein) an und nennt dann - ermittelt auf der Grundlage der Rezeptfassung - die Zahl der Patienten, denen AM verordnet wurden (AM-Patienten) sowie die Ausgaben für Arzneimittel je AM-Patient.

Es folgen einige weitere statistische Angaben wie Zahl der erfaßten Rezepte und der Verordnungen, die Anzahl der Verordnungen je Rezept sowie der Verordnungswert (mittlerer Preis der verordneten Arzneimittel in DM) und schließlich der Umsatz für Arzneimittel insgesamt.

Alle Angaben sind zum Vergleich mit der bereits vorliegenden Statistik nach der Versicherungsart differenziert.

Die Angaben aus der statistischen Übersicht dienen dem Vergleich der Werte aus dem AM-INFO mit den bereits vorliegenden Ergebnissen der einzelärztlichen Quartalsstatistik.

20.1.32 B. Altersstruktur der AM-Patienten und Fallwert

Die Tabelle enthält eine Übersicht der Patienten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung im Quartal (= AM-Patienten

ten) nach Alter und Geschlecht sowie Angaben zu den altersgruppenspezifischen Ausgaben für Arzneimittel je AM-Patient (AM-Patientenwert). Die Tabelle ermöglicht es, bei der Interpretation des Fallwerts die Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten zu berücksichtigen. Sie enthält jedoch keine Aussagen über die Patienten ohne Verordnungen.

20.1.33 C. AM-Patienten nach der Höhe der AM-Ausgaben

Die beiden folgenden Tabellen (C und D) dienen insbesondere dem Zweck, zu erkennen, inwieweit behandlungsintensive Patienten berücksichtigt sind, und welchen Einfluß sie auf den Fallwert haben. In Tabelle C ist die Höhe der Ausgaben als Kriterium angeführt.

20.1.34 D. AM-Patienten nach der Zahl der Rezepte

Die Zahl der Rezepte kann als Indikator für die Behandlungsintensität gelten, da mit der Ausstellung eines Rezeptes in der Regel ein Arztkontakt verbunden ist. Tabelle D gibt die Anzahl der Patienten nach der Menge der Rezepte an sowie die Zahl der Rezepte, der Verordnungen und die Höhe der Ausgaben, die auf diese Gruppen entfallen.

20.1.35 E. Die 40 umsatzstärksten Arzneimittel

Die Tabelle ermöglicht einen ersten Überblick über die Anzahl der Verordnungen sowie die entstandenen Ausgaben für die 40 umsatzstärksten Arzneimittel des Arztes. In der Regel ist damit ein hoher Anteil an den Verordnungen und Ausgaben bereits abgebildet. Die letzten beiden Spalten enthalten Ausgaben zu Veränderungen gegenüber einem Vorzeitraum, sofern bereits für einen früheren Zeitraum ein AM-INFO vorliegt.

20.1.36 F. Arzneimittel nach Indikationsgruppen (und Umsatz)

Tabelle F bildet den Kern des AM-INFO. Sie enthält, sortiert nach Indikationsgruppen für die einzelnen Produkte, nach Darreichungsformen und Packungsgröße differenzierte Angaben zum Einzelpreis, zur Verordnungsmenge und zum Anteil an den Verordnungen bzw. an den Ausgaben sowie ggf. Angaben zu Veränderungen gegenüber einem Vorzeitraum. Die prozentualen Anteile beziehen sich für die Indikationsgruppen auf die Gesamtwerte, für die Produkte auf die Werte der Indikationsgruppe und für die Darreichungsform auf die Produktwerte. Für die Indikationsgruppen ist angegeben, welcher Anteil der AM-Patienten mindestens eine Verordnung dieser Indikationsgruppe erhielt.

20.1.37 G. Behandlungsintensive Patienten

Sofern in den vorgesehenen Tabellen behandlungsintensive Patienten nicht berücksichtigt sind, ist es zweckmäßig, deren Verordnungen nach Verordnungsdaten sortiert aufzulisten. Für das Verständnis dieser Fälle ist die Angabe von Alter und Geschlecht (linke Spalten) des Patienten erforderlich.

MODELLVERSUCH ARZNEIMITTEL-INFORMATION
QUARTAL 1-1981
ÜBERSICHT

ARZT: FG: INT NR.: 132 SEITE 1

A. STATISTISCHE ÜBERSICHT	1
B. ALTERSSTRUKTUR DER PATIENTEN UND FALLWERT	2
C. PATIENTEN NACH DER HÖHE DER AUSGABEN	2
D. PATIENTEN NACH DER ZAHL DER REZEPTE	2
E. DIE 40 UMSATZSTÄRKSTEN ARZNEIMITTEL	3
F. ARZNEIMITTEL NACH INDIKATIONSGRUPPEN (UND UMSATZ)	4
G. BEHANDLUNGSINTENSIVE PATIENTEN	33

Alle Zahlenangaben
sind fiktiv!

A. STATISTISCHE ÜBERSICHT

	INSGES.	AGKV u. FA	RENTNER u. FA.
FALLZAHL (N)	1024	738	386
FALLWERT (DM)	112.40	70.60	180.60
AM-FALLWERT (DM)	98.20	52.40	152.40
AM-PATIENTEN (N)	392	258	134
AM-PATIENTEN-WERT (DM)	92.40	54.20	148.60
REZEPTE (N)	480	200	280
VERORDNUNGEN (N)	966	406	560
VERORDNUNGEN/REZEPT	2.1	1.3	2.7
VERORDNUNGSWERT (DM)	19.20	14.10	36.14
AM-UMSATZ (DM)	32720.--	18492.--	16534.--

MODELLVERSUCH ARZNEIMITTEL-INFORMATION

QUARTAL 1-1981

FG: INT

NR.: 132

SEITE: 2

B. ALTERSSTRUKTUR DER PATIENTEN UND FALLWERT

C. AM-PATIENTEN NACH DER HÖHE DER AM-AUSGABEN

D. AM-PATIENTEN NACH DER ZAHL DER REZEPTE

ALTER	AM-PATIENTEN IN %			AM-PATIENTEN-WERT (DM JE PATIENT)		
	INSGESAMT 100%=1124	MÄNNLICH 100%=624	WEIBLICH 100%=500	INSGESAMT	MÄNNLICH	WEIBLICH
- 14	7.6	6.7	8.7	21.40		
15 - 29	14.2	14.2	14.2	32.60	dito	dito
25 - 34	10.3	12.9	9.2	38.90		
35 - 44	12.1	11.1	13.1	46.30		
45 - 54	16.1	15.4	17.2	72.15		
55 - 64	15.4	14.3	16.4	104.20		
65 - 74	14.2	13.2	15.2	152.90		
75 +	7.0	5.0	9.0	180.70		
o.A.	5.2	4.9	6.1	105.21		
INSGES.	100.0	100.0	100.0	92.40	85.20	102.40

AUSGABEN IN DM	ANTEIL DER PAT. MIT AUSGABEN VON DM			ANTEIL DES UMSATZES		
	INSGESAMT 100%=1124	MÄNNLICH 100%=624	WEIBLICH 100%=500	INSGESAMT (16534 DM)	MÄNNLICH (8940 DM)	WEIBLICH (6594 DM)
- 19	20.4	19.4	21.4	3.8	2.8	4.8
20 - 49	26.5	24.6	26.6	4.2	3.2	5.2
50 - 99	19.8	18.8	20.8	17.4	16.4	18.4
100 - 249	20.0	19.0	21.0	35.2	36.2	34.2
250 - 499	15.4	16.4	14.4	30.8	31.8	29.8
500 +	1.2	1.4	1.1	15.2	14.6	17.1

ZAHL DER REZEPTE = R	ANTEIL DER PATIENTEN MIT R REZEPTEN		ANTEIL DER REZEPTE DIESER PATIENTEN		ANTEIL DER VERORDN. DIESER PATIENTEN		ANTEIL DES UMSATZES DIESER PATIENTEN	
	100 % = 1124		100 % = 480		100 % = 960		100 % = 16534 DM	
1	4.1		0.9		0.9		8.1	
2	20.2		8.4		9.2		14.3	
3	15.3		13.2		15.2		18.0	
4 - 6	15.1		21.6		20.3		21.9	
7 - 12	40.0		33.4		31.5		22.2	
13 +	5.1		18.6		19.2		24.6	

MODELLVERSUCH ARZNEIMITTEL-INFORMATION

QUARTAL

FG:INT

NR:132

SEITE: 4

F. ARZNEIMITTEL NACH INDIKATIONSGRUPPEN (UND UMSATZ)

IN PRODUKT (GRUPPE) GR	VO ANZ.	UMSATZ IN DM	VO IN %	UMS. IN %	VERAENDRG VO	DM
I N S G E S A M T	43200	1970405 DM			+27	+34
02 ALDOSTERON-ANTAGONISTICA	3200	201082 DM	0.61	1.42	+8	+6
02 ALDACTONE 50 SALTUCIN	1061	77100 DM	39.6	39.9	+123	+114
ALDACTONE 50 SALTUCIN	DRAG	20.0	33.70	6.2	-1	
ALDACTONE 50 SALTUCIN	DRAG	50.0	74.76	72.2	-10	
ALDACTONE SALTUCIN FORTE	KAPS	20.0	57.80	9.3	+15	
ALDACTONE SALTUCIN FORTE	KAPS	50.0	127.40	12.5	+5	
02 OSYROL-LASIX	519	40800 DM	21.1	19.2	+4	+18
OSYROL 100 LASIX	KAPS	20.0	57.71	17.2	-10	
OSYROL 100 LASIX	KAPS	50.0	127.59	28.4	+15	
OSYROL 100 LASIX	KAPS	20.0	33.80	19.6	-5	
OSYROL 100 LASIX	KAPS	50.0	74.56	34.8	+10	
02 ALDACTONE	344	26800 DM	12.8	13.9	+1	+9
ALDACTONE 100	KAPS	20.0	55.29	8.4	-10	
ALDACTONE 100	KAPS	50.0	122.39	10.2	-8	
ALDACTONE 25	DRAG	20.0	19.02	24.6	+11	
ALDACTONE 25	DRAG	50.0	41.50	7.3	-8	
ALDACTONE 50	DRAG	100.0	76.48	9.5	+10	
ALDACTONE 50	DRAG	20.0	69.36	40.0	-4	
05 ANALG./ANTIRHEUMA.	15600	4867200 DM	11.26	22.42	+18	+38
05 VOLTAREN	4982	1411200 DM	5.1	10.3	+9	+19
VOLTAREN	SUPP	10.0	7.35	37.4	-4	
VOLTAREN	SUPP	50.0	32.15	16.8	+18	
VOLTAREN 100 MG	SUPP	10.0	21.85	33.6	-10	
VOLTAREN 100 MG	SUPP	50.0	88.35	12.2	+31	
05 FELDEN						
FELDEN						
FELDEN						

MODELLVERSUCH ARZNEIMITTEL-INFORMATION
QUARTAL
E. DIE 40 UMSATZSTÄRKSTEN ARZNEIMITTEL

FG: INT

NR.: 132

SEITE: 3

IN PRODUKT (GRUPPE) GR	VO ANZ.	UMSATZ IN DM	VO IN %	UMS. IN %	VERAENDRG VO	DM
I N S G E S A M T	43200	1970405 DM			+27	+34
11 EUGLUCON	5426	319100 DM	0.7	2.2	+12	+14
59 TAGAMET	2058	187430 DM	0.3	1.3	+19	+19
54 ISOKET	4893	162521 DM	0.7	1.1	-10	+2
5 VOLATEREN	4952	141180 DM	0.7	1.0	-8	-10
54 ADALAT	2434	137600 DM	0.3	1.0	+20	+25
16 BRISERIN	4701	136980 DM	0.6	1.0	-18	-9
36 TRENTAL	2310	136630 DM	0.3	1.0	+22	+28
10 ISOCILLIN	1749	41	0.2	0.3		
02 OSYROL 100 LASIX	590	40	0.1	0.3		
...						
SONSTIGE (280 Produkte)	18170	243758 DM	40.2	24.6		

MODELLVERSUCH ARZNEIMITTEL-INFORMATION

QUARTAL

FG: INT

NR: 132

SEITE: 33

G. BEHANDLUNGSINTENSIVE PATIENTEN

J S	DATUM	PRODUKT	DARR FORM	PACK GR	AUS-GABEN
54	M				706.45
	13.01.81	ROBAXISAL	KAPS	20.0	14.25
		LANITOP	TABL	20.0	5.20
	20.01.81	DOLO-ATTIRITTIN	TABL	20.0	11.50
		LANITOP	KAPS	10.0	6.35
	28.01.81	SALHUMIN	BAD	50.0	5.20
		LANITROP	DRAG	20.0	17.55
		BALDRIAN	DRAG	20.0	3.40
	03.02.81	MIGRAENE-KRANIT	KAPS	20.0	5.70
	06.02.81	LANITROP	KAPS	20.0	5.70
53	W				630.80
	03.03.81	SALHUMIN	BAD	50.0	17.55
		ADUMBRAN	TABL	20.0	6.50
		AMUNO	SUPP	10.0	17.50
		...			

20.1.4 Informationsgrundlage für das Verwaltungsverfahren

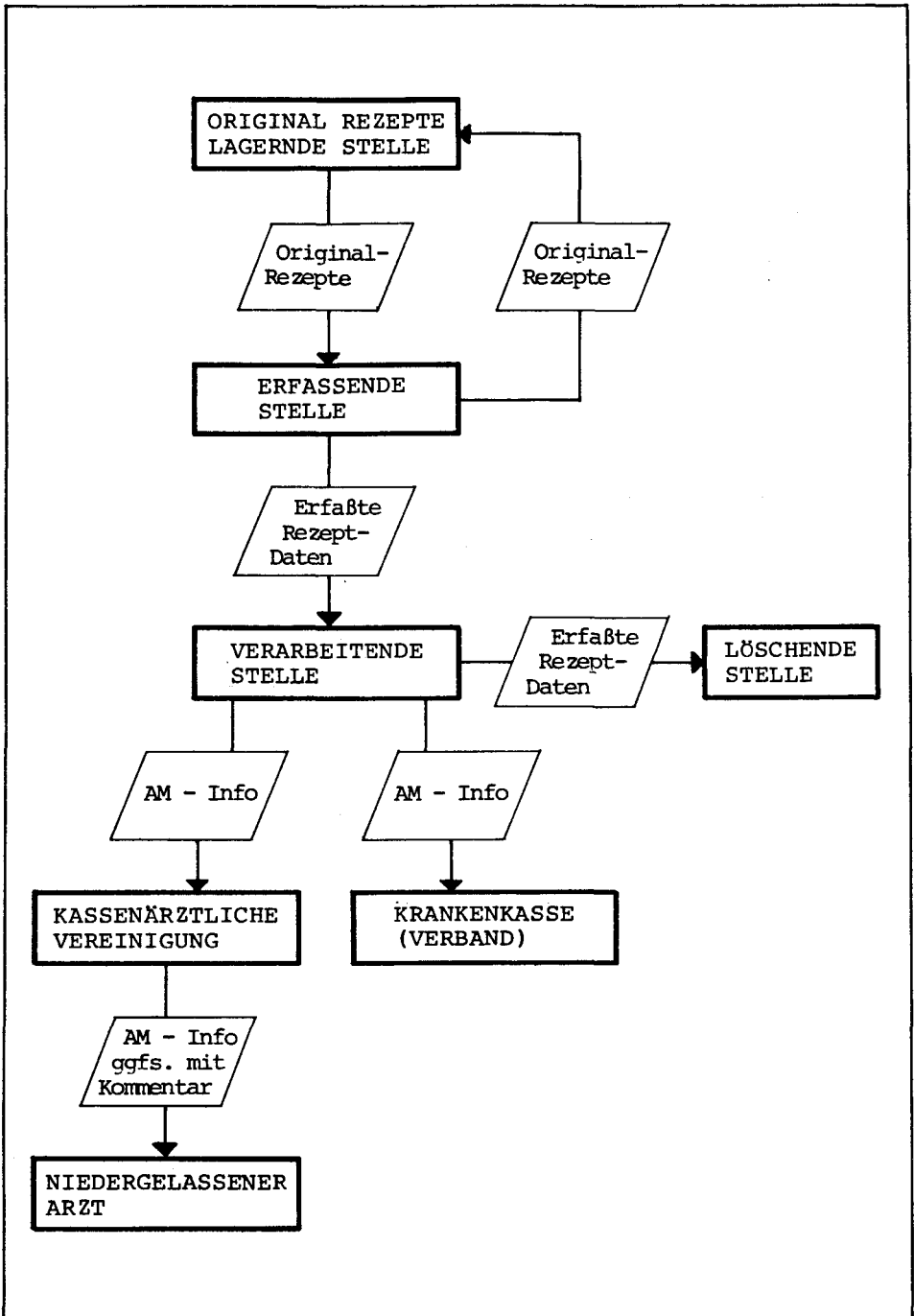
Für die Erstellung der AM-INFOS ist es erforderlich, die Arzneimittelverordnungen der zu informierenden Ärzte zu erfassen. Die Daten werden in einem vom Verwaltungsdatenbestand getrennten 'Transparenzbestand' bereitgestellt. Im einzelnen sind folgende Erfassungsvorgänge erforderlich:

- Identifikation der Leistungsempfänger durch Verknüpfung der Angaben auf der Verordnung mit Stammdaten der Krankenkasse; für den Erfassungssatz wird eine eindeutige Identifikationskennziffer bereitgestellt, sowie die Angaben zu Alter, Geschlecht, Versicherungsart (Pflicht, Freiwillig, Rentner) und Versichertenstatus (Mitglied, Familienangehörige);
- Von der Verordnung wird direkt erfaßt:
 - die Arzt-Nr.
 - das Produkt (Name, Darreichungsform, Packungsgröße, Preis).

Der über die Identifikationskennziffer der Leistungsempfänger hergestellte Personenbezug der Daten ist nur für den Erfassungsvorgang notwendig. Sobald die Zuordnung der Leistungs- und Stammdaten zu den Versicherten sichergestellt ist, werden die Identifikationskennziffern der Versicherten chiffriert. Ist erfassende Stelle nicht die Krankenkasse, muß die Zuordnung der Verordnung zum Leistungsempfänger über das Geburtsdatum und den Anfangsbuchstaben des Familiennamens erfolgen, die dem Verordnungsblatt selbst zu entnehmen sind.

Nach Abschluß der Erfassung der Rezepte eines Arztes für ein Quartal (ggf. mehrere Quartale) kann die Verarbeitung zum AM-INFO durchgeführt werden. Im Anschluß an diese Verarbeitung können die erfaßten Rezeptdaten gelöscht werden (siehe Übersicht: Datenfluß).

Schema Datenfluß im Modellversuch



Die obige Übersicht läßt offen, welche Institution die erfassende, verarbeitende und löschende Stelle ist; die Gestaltung hängt z.B. davon ab, wer ggf. Ergänzungen (Kommentare, Hinweise etc.) des AM-INFOS vornimmt. Es ist Aufgabe des Modellversuchs, für diese Funktionsverteilung einen konsensfähigen Vorschlag zu entwickeln.

Unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Besonderheiten kommen grundsätzlich vier Institutionen in Frage:

- die einzelne Krankenkasse,
- die Stelle, die im Auftrag der Kasse z.Zt. die Rezepte für die Arzneimittel erfaßt,
- eine andere von der Kasse beauftragte Stelle (z.B. Verband),
- die Kassenärztliche Vereinigung.

Erfassung, Verarbeitung und Löschung müssen nicht notwendigerweise durch dieselbe Institution durchgeführt werden.

20.2 Rechtliche Grundlagen für die arztbezogene Arzneimittelinformation

Aus dem in der RVO vorgeschriebenen Sachleistungsprinzip für die Aufgabenerfüllung ergibt sich als ständige Aufgabe der Krankenkasse die Verpflichtung, das Leistungsangebot auf seine Bedarfsgerechtigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen (vgl. § 368 (3) RVO) und ggf. auf Veränderungen in der Struktur der Leistungsangebote hinzuwirken (vgl. § 182 Abs. 2 RVO). Auch der den Ärzten und Krankenkassen durch das Gesetz gemeinsam übertragene Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Versorgung der Versicherten (§ 368 (1) und § 368e RVO) unterstreicht den Gestaltungsauftrag der Krankenkasse im Hinblick auf das Angebot und die Erbringung der Sachleistungen.

Bei der Durchführung der von den Satzungsorganen der Kasse im Rahmen ihres Gestaltungsauftrages gestellten Aufgabe, die

Transparenz im Bereich der Arzneimittelverordnungen zu erhöhen, wird nach § 223 RVO verfahren. Die Krankenkasse stellt in geeigneten Fällen die notwendigen Informationen (AM-INFO) bereit, um im Zusammenwirken mit der Kassenärztlichen Vereinigung die bei den betreffenden Krankheitsfällen (eines Arztes) erbrachten Leistungen überprüfen zu können. Der behandelnde Arzt wird schließlich über die von ihm erbrachten Leistungen und deren Kostenwirkungen unterrichtet. Dabei wird ihm ggf. auch das Ergebnis der Überprüfung mitgeteilt.

Die skizzierte Verfahrensweise nach § 223 RVO wird inhaltlich auch durch weitere Vorschriften (der RVO) gestützt, auf die sich die Kasse bei der Ausgestaltung des Verfahrens im einzelnen beziehen kann. Nach § 368e RVO übernimmt die KV die Gewähr dafür, daß die Kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vordringlichen Erfordernissen entspricht. Sie ist daher verpflichtet, den Hinweisen der Kasse auf möglicherweise unwirtschaftliche Handlungsweise der Kassenärzte zu folgen und die Ärzte nach den bestehenden Richtlinien zu beraten. Die Zuständigkeit der Arztberatung im Rahmen von § 368 RVO und damit verbundene Verordnungen (BMVÄ, Arzneimittel-RL) liegt bei der KV. Nach der Arzneimittel-Richtlinie Nr. 12 beraten die KVen die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte hinsichtlich einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßigen, ausreichenden und wirtschaftlichen Arzneiverordnung.

§ 368n (5) RVO regelt in Verbindung mit den §§ 33 und 34 BMVÄ die Prüfung der kassenärztlichen Verordnungsweise im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit. Auch wenn in dem Vorhaben nach § 223 RVO nicht auf die förmliche Wirtschaftlichkeitsprüfung abgestellt wird, sondern auf das allgemeine Ziel der Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz in der GVK, geben doch die Vorschriften zur Regelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung Hinweise zum Verfahren bei der Überprüfung von Krankheitsfällen. So sind Kassen und KVen aufgefordert, die für die Überprüfung notwendigen Unterlagen auf eigene Kosten zu erstellen. (§§ 33 und 34 BMVÄ). Auch der Zweck der Prüfung besteht u.a. in der Beratung des Arztes hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise.

Enger zum Bereich der Arzneimittel-Verordnungen gehört der § 368 f (6) zum Arzneimittelhöchstbetrag. Auch nach dieser Vorschrift sind die Krankenkassen verpflichtet, die für die zusätzlichen und gezielten Einzelprüfungen der Verordnungsweise der Ärzte erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen (in Verbindung mit Prüfungen bei Überschreitungen des Arzneimittelhöchstbetrages).

Den Kassen steht auch die Möglichkeit offen, nach § 369 b (2) RVO in Verbindung mit (1) die Verordnungsweise von Ärzten durch den Vertrauensarzt überprüfen zu lassen. Dabei ist der Vertrauensarzt verpflichtet, dem behandelnden Arzt das Ergebnis der Begutachtung und den Befund bei einer Nachprüfung von Arzneimittelverordnungen mitzuteilen.

Bei allen zuletzt genannten Vorschriften stehen die Informations-, Mitteilungs- und Beratungsverpflichtungen stets im Zusammenhang mit Kontrolle der Ärzte bzw. gegen sie gerichtete Sanktionsmechanismen. Die Verfahren nach § 223 RVO verfolgen zwar die gleichen Globalziele, nämlich Sicherung von Effektivität und Effizienz in der kassenärztlichen Versorgung, verzichten jedoch gerade auf Kontrolle und Sanktionen. Nach dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit des Verwaltungshandelns müssen daher der Krankenkasse umso mehr alle diejenigen Mittel der Beeinflussung des Leistungsgeschehens zur Verfügung stehen, die auf Information, Beratung und Überzeugung gerichtet sind, m.a.W. auf freiwillige Veränderungen des Ordnungsverhaltens zielen.

20.3. Modellversuch

20.3.1 Vorbereitende Untersuchungen

Vor dem Abschluß einer Vereinbarung über die kontinuierliche Anwendung des Instruments AM-INFO ist es erforderlich, vorbereitende Untersuchungen durchzuführen, die das Verfahren in seinen Einzelheiten konkretisieren sollen.

Die vorbereitenden Untersuchungen werden in der zweiten Phase der Modellversuche auf der Basis einer Stichprobe der Leistungsdaten mit einem faktisch anonymisierten Datenbestand durchgeführt, der auf der Grundlage der für das 1. und 2. Quartal 1981 in der AOK erfaßten Daten erstellt wird.

Auf der Grundlage dieses Datenbestandes, der das ambulante und stationäre Leistungsgeschehen abbildet, muß untersucht werden, in welchem Behandlungskontext die in die Arzneimittelinformation eingehenden Verordnungen der Ärzte stehen und welche sozialen und medizinischen Bedingungen bei den Krankheitsfällen der Patienten, die solche Medikamentenverordnungen erhalten haben, vorliegen. Dabei ist allgemein zu klären, wieweit die demgegenüber reduzierte Informationsgrundlage der Arzneimittelinformation noch Probleme der Verordnungsweisen aufzeigen kann bzw. wieweit der Informationsverlust des AM-INFO gegenüber dem Transparenzbestand eine medizinisch sinnvolle Interpretation durch die unterrichteten Ärzte einschränkt.

Die Untersuchungen im Modellversuch erstrecken sich außerdem auf die folgenden Fragen und Probleme:

1. Nach welchen Kriterien können die Ärzte bestimmt werden, bei denen die behandelten Krankheitsfälle "geeignete Fälle" im engeren Sinne darstellen und für die daher die Unterrichtung durch das AM-INFO in Frage kommt (Zahl der behandelten Patienten, Struktur der Patienten nach Alter und Geschlecht, Dauer der Niederlassung, AM-Fallwert etc.)?
2. Das AM-INFO umfaßt, so wie sie in Abschnitt 20.1.2 vorgestellt wurde, ein sehr umfangreiches Tabellenmaterial. Unter den Gesichtspunkten der Übersichtlichkeit, der Zielgenauigkeit und des Aufbereitungsaufwandes muß geklärt werden, welche Möglichkeiten der Reduktion der Informationsbreite für das AM-INFO bestehen, z.B. auf die umsatzstärksten oder die am häufigsten verordneten Arzneimittel oder auch nur auf ausgewählte Indikationsgruppen (vgl. 20.1.2).

3. Zusätzlich sind die genaueren Kriterien zu definieren, nach denen Krankheitsfälle mit sehr hoher Behandlungsdensität (z.B. Bluter) aus der Auswertung ausgegliedert werden sollen, um die Ergebnisse im Hinblick auf Vergleiche nicht zu stark zu verzerren. Auch der Anteil dieser Behandlungsfälle am gesamten Behandlungsgeschehen der verschiedenen Arztgruppen müßte dazu genauer bestimmt werden.
4. In welchen Fällen ist welcher Bezugszeitraum (1 Monat, 1 Quartal, mehrere Quartale) für die Arzneimittelinformation notwendig bzw. ausreichend, um einen sinnvollen Überblick über die ärztliche Verordnungstätigkeit zu gewinnen (vgl. 20.1.2)?

20.3.2 Verfahrensentwicklung für die Umsetzung

Im Rahmen der Verfahrensentwicklung muß auch in Diskussionen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen geklärt werden, in welchen Abständen und mit welcher Informationsbreite eine Wiederholungsinformation einzelner Ärzte durch das AM-INFO durchgeführt werden soll.

Im Modellversuch muß entwickelt und abgestimmt werden, mit welchen Mitteln die Auswertung des AM-INFOs durch den Arzt unterstützt werden kann. Dabei wären insbesondere die folgenden Möglichkeiten zu überprüfen:

- Ergänzung und Kommentierung des AM-INFOs durch einen erfahrenen Arzneimittelfachmann (schriftlich oder auch mündlich),
- Ergänzung des AM-INFOs durch Hinweise auf Preisvergleichslisten oder andere dem Fachpublikum zugängliche Informationsquellen über Arzneimitteltherapie und
- Ergänzung des AM-INFOs durch Hinweise auf die Möglichkeiten und Angebote der Arzneimittelberatung für Ärzte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

20.3.3 Umsetzung im Modellversuch

In der 3. Phase des Modellversuchs wird das AM-INFO auf der Basis einer aktuellen arztbezogenen Erfassung der Rezepte für eine Reihe von Ärzten erstellt, deren Auswahl mit der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart wird. Die Gestaltung des Unterrichtsinstruments und seine Verwendungsmöglichkeiten werden dabei abschließend geprüft.

Die Erfahrungen dieser exemplarischen Erprobung gehen in die endgültige Konzeption des AM-INFOS ein.

21. Produktbezogene Arzneimittelberatung

21.1 Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Arzneimitteln

21.1.1 Ausgangssituation und Ziel

Die starke Zunahme der Verordnung von Arzneimitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten 30 Jahren hat dazu geführt, daß für verschiedene Substanzen bzw. in verschiedenen Indikationsgebieten Inanspruchnahmewerte erreicht wurden, die - gemessen an den Ergebnissen epidemiologischer Studien - als über dem medizinisch begründeten Bedarf liegend angesehen werden. Das gilt u.a. für Antidiabetica, für Antibiotica und für Digitalispräparate.

Für ausgewählte Indikationsgebiete wurde auf der Basis von Verbrauchsstichproben gezeigt, daß in erheblichem Ausmaß Arzneimittel verordnet werden, deren Wirksamkeit in klinischen Studien nicht nachgewiesen ist, während Arzneimittel mit Wirksamkeitsnachweis und zum Teil deutlich niedrigerem Preis am Markt sind. Das gilt insbesondere für die Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Als empirische Grundlage für die epidemiologische Analyse der allgemeinen Entwicklung des Verbrauchs von Arzneimitteln

kann seit einigen Jahren der GKV-Arzneimittelindex dienen. Informationen auf dieser Basis unterliegen jedoch einigen wesentlichen Restriktionen. Da die Arzneimittelverordnungen nicht individuenbezogen erfaßt sind, kann die Verteilung der Verordnung eines Medikaments in einer Population nicht bestimmt werden; es kann z.B. keine Aussage darüber gemacht werden, welcher Anteil der Versicherten wie häufig mit Antibiotica behandelt worden ist. Ein zweiter Nachteil besteht darin, daß der Zusammenhang zu den sonstigen Behandlungsdaten, insbesondere zu den sonstigen Behandlungsanlässen, nicht hergestellt werden kann.

Zudem muß bezweifelt werden, ob Aussagen zur Pharmakotherapie auf der Basis einer bundesweiten 1 0/00-Stichprobe etwa mit Hilfe des Indikators "Verordnete Tagesdosis je Versicherter" Auswirkungen auf die Inanspruchnahme haben. Seit 1970 wird auf der Grundlage internationaler Untersuchungsergebnisse von verschiedener Seite (u.a. auch von der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft) z.B. der Gebrauch oraler Antidiabetica problematisiert. Veränderungen der im internationalen Vergleich sehr hohen Verordnungsdichte sind nicht erkennbar.

Bisher wurden der Verbrauch von Medikamenten und die übrige ambulante ärztliche Behandlung nur in einigen Ausnahmefällen regionalisiert untersucht. Regionale Unterschiede in der Zusammensetzung der Bevölkerung, in der Häufigkeit und Verteilung bestimmter Erkrankungen und der Intensität der medizinischen Versorgung sowie möglicherweise auch der regionalen Behandlungsgewohnheiten können in einzelnen Regionen zu Abweichungen von bundesdurchschnittlichen Befunden führen. Epidemiologische Analyse der allgemeinen Entwicklung des Verbrauchs von Arzneimitteln bleiben demzufolge für das Handeln der Ärzte irrelevant, solange sie nicht auf regionaler Ebene bestätigt werden oder in modifizierter Weise angewandt werden können. Die Ärzte einer Region werden Analysen zum Arzneimittelverbrauch in bestimmten Indikationsgebieten mit umso höherer Bereitschaft zu einer kritischen Einschätzung ihres Ordnungsverhalten nutzen können, je stärker die

Faktoren regionaler Unterschiedlichkeit bei diesen Analysen berücksichtigt sind.

Ziel des Verfahrens in diesem Anwendungsbereich ist die Verbesserung der Transparenz der Inanspruchnahme bzw. Verordnungshäufigkeit von Arzneimitteln in bestimmten Indikationsgebieten. Diese Verbesserung bezieht sich zum einen auf die Präzisierung in der Darstellung der Inanspruchnahme von Leistungen und zum anderen darauf, daß sich die Informationen über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten auf die Auswertung der Leistungsdaten der zu informierenden Ärzte bzw. Versicherten beziehen, nämlich der Vertragsärzte und Versicherten einer Krankenkasse.

21.1.2 Konzeption

Um das beschriebene Ziel zu erreichen, sollen die Vertragsärzte der Krankenkasse in regelmäßigen Abständen (z.B. alle 3 oder 5 Jahre) über das Ordnungsverhalten in der Region und dessen Zusammenhang mit den übrigen medizinischen Leistungen unterrichtet werden. Dazu sollen die Arzneimittelverordnungen für eine repräsentative Stichprobe von Versicherten erfaßt und ausgewertet werden. Sie werden ergänzt durch die Daten der stationären Behandlung und der Arbeitsunfähigkeit und - u.U. in einem abgestuften Verfahren beschränkt auf bestimmte Fallgruppen - durch die übrigen Informationen aus dem ambulanten Leistungsgeschehen (Behandlung durch Ärzte, Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln).

Von der arztbezogenen Arzneimittelberatung unterscheidet sich die produktbezogene Arzneimittelberatung insbesondere in folgenden Punkten:

- Die Verordnungen werden arztübergreifend in ihrer Verteilung auf die Versicherten betrachtet. Im einzelnen wird dargestellt,
- welcher Anteil der Versicherten von der Verordnung bestimmter Produkte bzw. Produktgruppen betroffen ist,

- welchem Anteil der Patienten das Produkt mit welcher Dichte (Häufigkeit, Anzahl der Tagesdosen) verordnet wird,
- der Kontext der ambulanten Behandlung wird einbezogen, um auch eine krankheitsartenbezogene Darstellung des Verordnungsverhaltens zu ermöglichen,
- Auswertung und Unterrichtung sind nicht auf Einzelärzte, sondern auf Arztgruppen bezogen. Der epidemiologisch orientierte Ansatz erfordert ein hohes Aggregationsniveau. Die Betrachtung des Verordnungsverhaltens eines einzelnen Arztes würde angesichts von Praxisbesonderheiten und der geringeren statistischen Validität erhebliche Interpretationsprobleme aufwerfen.

Das Verfahren ermöglicht eine Beratung zur Arzneimittelerordnung auf der Basis der Analyse therapeutischer Konzepte und ihrer Verteilung in der regionalen Ärzteschaft. Im 'Verwaltungsverfahren' können Prüfung und Unterrichtung für solche Indikationsgebiete abgedeckt werden, für die in vorbereitenden Untersuchungen die Grundlagen einer Bewertung therapeutischer Konzepte, wie sie unter den niedergelassenen Ärzten Praxis sind, erarbeitet worden sind.

Eine Berührung mit der arztbezogenen AM-Beratung ergibt sich in der Gegenüberstellung substanzgleicher Arzneimittel mit unterschiedlichem Preis und in der Identifikation von Arzneimitteln, deren Wirksamkeit im Vergleich zu anderen Produkten des gleichen Indikationsgebiets nicht hinreichend gesichert erscheint. Für diesen Problembereich wäre eine einzelärztliche Information und Beratung (vgl. 20.1.3) das geeignete Instrument.

Eine Unterrichtung der Versicherten ist nur in einer allgemeinen Form, z.B. bezogen auf bestimmte Krankheitsarten und ihre zweckmäßige Medikation sinnvoll. Inhaltlich und organisatorisch geeignete Unterrichtsverfahren sind im Modellversuch zu entwickeln.

Da das Verfahren keine personenbezogene Unterrichtung, weder hinsichtlich der Ärzte noch der Versicherten vorsieht, wird es mit anonymisierten Daten durchgeführt.

21.1.3 Die Information über die in Anspruch genommenen Arzneimittel, sonstige Leistungen und ihre Kosten (Rahmenentwurf)

Aus der Konzeption nach 21.1.2 kann ein Rahmenentwurf für die Aufbereitung der medizinischen Leistungsdaten abgeleitet werden. Sein Kernstück ist die "Information über die in Anspruch genommenen Arzneimittel und ihre Kosten" (AM-IA-INFO). Sie enthält die summarische bzw. statistische Zusammenstellung der Arzneimittelverordnungen für eine Stichprobe S der Versicherten der Krankenkasse für einen Zeitraum T. Im einzelnen sind drei Tabellen erforderlich.

21.1.31 A. Arzneimittel nach Indikationsgruppen und Umsatz (Grundauszählung)

Die Tabelle enthält, sortiert nach Indikationsgruppen und für die einzelnen Produkte nach Darreichungsform und Packungsgröße differenziert, Angaben zum Einzelpreis, zur Verordnungsmenge und zum Anteil an den Verordnungen bzw. an den Ausgaben sowie ggf. Angaben zu Veränderungen gegenüber einem Vorzeitraum.

21.1.32 B. Anteil der Versicherten mit Verordnungen nach Arzneimittel und nach Alter der Versicherten

Die Tabelle gibt wieder, welcher Anteil der Versicherten mit einem Arzneimittel bzw. mit dem Arzneimittel einer Indikationsgruppe behandelt worden ist (Inanspruchnahmequote). Da diese Quote stark altersabhängig ist, wird sie nach Altersgruppen differenziert ausgegeben.

21.1.33 C. Versicherte mit Verordnungen nach der Verordnungsdichte

Um einen ersten Überblick über die Verordnungsdichte zu gewinnen, wird für die einzelnen Produkte sowie die Indikationsgruppen der Anteil der Versicherten nach der Menge der Verordnungen angegeben.

Für eine detaillierte Analyse bestimmter Indikationsgruppen oder Substanzen ist diese Tabelle nicht ausreichend. Sie ist durch eine Tabelle zu ergänzen, die die Versicherten nach der Menge der verordneten Tagesdosen (DDD) unterscheidet, und zwar je Indikationsgebiet bzw. je Substanz.

Diese Tabellen über die Arzneimittelinanspruchnahme sind durch Informationen über den medizinischen Behandlungskontext zu ergänzen. Geeignete Verfahren sind im Modellversuche zu entwickeln. Zu den möglichen Vorgehensweisen, die auf ihre Eignung und Erforderlichkeit zu prüfen sind, vgl. 21.3.

A. Arzneimittel nach Indikationsgruppen (und Umsatz)

IN PRODUKT GR	VO ANZAHL	UMSATZ IN DM	VO IN %	UMSATZ IN %	VERÄNDERUNG VO UMSATZ	
- nach Indikations- gruppen						
-- nach Produkt						
--- nach Darrei- chungsform und Packungsgröße						

B. Anteil der Versicherten mit VO (nach Alter)

IN PRODUKT GR	INSG.	-14 Jahre	15-44 Jahre	45-64 Jahre	65+ Jahre
- nach Indikationsgruppen					
-- nach Produkt					
--- nach Darreichungsform und Packungsgröße					

C 1. Versicherte mit Verordnungen nach der Verordnungsdichte:
Anteil der Versicherten in %

IN PRODUKT GR	ANZAHL DER VERORDNUNGEN						
	1	2-3	4-6	7-12	13-24	25-49	50+
- nach Indikationsgruppen							
-- nach Produkten							
--- nach Darreichungsform und Packungsgröße							

C 2. Versicherte mit Verordnungen nach Tagesdosis
Anteil der Versicherten in %

PRODUKT	ANZAHL DER VERORDNETEN TAGESDOSEN (DDD)						
	-3	4-14	15-29	30-89	90-179	180-359	360+
- nach Indika- tionsgruppe oder Produkt oder Substanz							

21.1.4 Die produktbezogene Arzneimittelinformation im Rahmen von Verfahren zur Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz

21.1.41 Die Auswahl der Anwendungsbereiche

Mit dem im Abschnitt 21.1.3 beschriebenen Rahmenentwurf für die Informationsaufbereitung wird ein flexibel anwendbares Informationsinstrument bereitgestellt. Der Kernbestand der Informationsgrundlage, die Erfassung der Arzneimittel, welche die Vertragsärzte den Versicherten der Kasse verordnet haben, aus einer repräsentativen Stichprobe bleibt bei jeder Anwendung gleich. Nur die Stichprobengröße hängt von den Informationszielen ab. Die Bereitstellung aller weiteren Informationen hängt jedoch davon ab, welche Schwerpunkte die Kasse bei der Anwendung dieses Verfahrens setzt. In diesem Sinne wählt die Krankenkasse "geeignete Fälle" für die Überprüfung der Arzneimittelinanspruchnahme und die Unterrichtung darüber aus. Das Interesse der Kasse kann sich danach z.B. auf die folgenden Gesichtspunkte beziehen:

- Allgemeine Information über Verschiebungen der Schwerpunkte bei den Indikationsgebieten der verordneten Medikamente für ihre Versicherten.
- Feststellung von Veränderungen der Verordnungsweisen innerhalb eines Indikationsbereiches.
- Die Beobachtung der Intensität der Pharmakotherapie bei bestimmten Erkrankungen im Verhältnis zu anderen Therapiemaßnahmen.
- Die Beobachtung der Verwendung einzelner Präparate oder Präparatengruppen, deren Wirksamkeit in Frage gestellt wird, deren Anwendung nach allgemein bekannten Informationen als unzweckmäßig anzusehen ist (zu große Häufigkeit der Verordnungen, Unregelmäßigkeit der Verordnungen etc.) oder deren Verordnung als unwirtschaftlich gelten muß.

Entsprechend der Bestimmung der geeigneten Fälle für die produktbezogene Arzneimittelinformation wird die Arzneimittelerfassung in geeigneter Weise um Informationen aus der ambulanten Behandlung ergänzt.

21.1.42 Überprüfung der Krankheitsfälle mit Verordnungen von Arzneimitteln

Die beschriebene Informationsgrundlage dient in anonymisierter Form für die Überprüfung der Arzneimittelinanspruchnahme.

Die Grundauszählung der Arzneimittelverordnungen (siehe 21.1.3 Tab. A und Tab. B) ermöglicht es, Schwerpunkte zu erkennen, in denen die Inanspruchnahme der Arzneimittel erheblich von erwarteten Werten abweicht; das gilt sowohl für die Verordnung von Arzneimitteln, für die bei gleicher Wirkstoffzusammensetzung und Qualität preisgünstigere Präparate am Markt sind, wie auch für die Inanspruchnahme, also die Frage, welcher Anteil der Versicherten mit einem bestimmten Arzneimittel oder einer Produktgruppe behandelt wird.

In Schwerpunkten wird eine detaillierte Untersuchung (z.B. für Versicherte, die mit oralen Antidiabetika, Antibiotika, Herz-Kreislaufmitteln behandelt werden) durch Auswertung von Tabellen über die Verordnungsdichte der behandelten Patienten (siehe 21.1.3, Tab. C) und die Prüfung von Krankheitsfällen hinsichtlich des zeitlichen Ablaufs der Verordnungen und des Zusammenhangs dieser Verordnungen mit den erfaßten Diagnosen durchgeführt.

Die ergänzende Erfassung der ambulanten ärztlichen Leistungen und Krankenhausleistungen ermöglicht für ausgewählte Fälle die exemplarische Analyse der Arzneimittelverordnungen im gesamten Behandlungskontext.

Die Überprüfung der Krankheitsfälle findet im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen statt. Die Einzelheiten dieses Zusammenwirkens bei der Überprüfung werden mit

der KV vereinbart. Dabei kann auch die Hinzuziehung weiterer, insbesondere epidemiologischer und pharmakologischer Kompetenz vereinbart werden. Die vorliegenden Informationen werden im Lichte der bekannten einschlägigen epidemiologischen und pharmakologischen Erkenntnisse bewertet. Die empirische Informationsgrundlage wird für die Unterrichtung durch die Ergebnisse dieser Bewertung kommentiert und ergänzt.

21.1.43 Unterrichtung der behandelnden Ärzte und der Versicherten

Soweit die Überprüfung zeigt, daß unter den Gesichtspunkten der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit bemerkenswerte und/oder fragwürdige Verordnungsweisen festgestellt werden, ist eine Unterrichtung der behandelnden Ärzte angezeigt. Sie stützt sich auf inhaltlich und organisatorisch geeignete Unterrichtsformen, die in der zweiten Phase der Modellversuche entwickelt werden und die auf den bestehenden Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkasse, Kassenärztlicher Vereinigung und Kassenärzten aufbauen.

Die Unterrichtung sollte in jedem Falle die Möglichkeit der gemeinsamen Aussprache über die vorliegenden Ergebnisse unter der Kreisärzteschaft eröffnen; für den einzelnen Arzt kann - in Kenntnis seiner eigenen Verordnungsweise - erst in Diskussion mit seinen Kollegen deutlich werden, wieweit die für die Gruppe festgestellten Ergebnisse auf seine eigene Behandlungsweise zutreffen.

Sofern Ursachen erkennbar sind, die im Verhalten der Versicherten begründbar sind, ist eine Information der Versicherten durch die behandelnden Ärzte und in allgemeiner Form durch die Krankenkasse sinnvoll.

21.1.5 Informationsgrundlage für das Verwaltungsverfahren

Für die Erstellung der in 21.1.3 beschriebenen Tabellen ist die Erfassung der Arzneimittelverordnungen für eine repräsentative Stichprobe von Versicherten und einen definierten Zeitraum erforderlich. Die (absolute) Größe der Stichprobe (in der Regel nicht weniger als 10.000) sowie die Dauer des Erhebungszeitraums (in der Regel nicht weniger als 1 Jahr) hängen davon ab, welche Indikationsgebiete untersucht werden sollen. Die Daten werden in einem vom Verwaltungsdatenbestand getrennten 'Transparenzbestand' bereitgestellt.

Im einzelnen sind folgende Erfassungsvorgänge erforderlich:

- Identifikation des Leistungsempfängers durch Verknüpfung der Angaben auf der Verordnung mit Stammdaten der Krankenkasse; für den Erfassungssatz wird eine eindeutige Identifikationskennziffer bereitgestellt, sowie die Angaben zu Alter und Geschlecht.
- Von der Verordnung wird direkt erfaßt:
 - die Arzt-Nr.
 - das Produkt (Name, Darreichungsform, Packungsgröße, Preis).

Informationen über den Kontext der Verordnungen werden gewonnen

- für stationäre Behandlung und Arbeitsunfähigkeit aus den für die Führung der Krankenkarte automatisiert gespeicherten Datenbeständen. Sie werden für die Versicherten der Stichprobe mit der eindeutigen Identifikationskennziffer in den Transparenzbestand übernommen;
- für Behandlung durch Ärzte und Heil- und Hilfsmittelverordnungen durch Erfassung der Abrechnungsbelege, wobei die Identifikation des Leistungsempfängers im gleichen Verfahren wie bei den Arzneimittelverordnungen erfolgt.

In der zweiten Phase des Modellversuchs ist zu ermitteln, in welcher Tiefe die Erfassung des Behandlungskontextes erforderlich ist und ob sie für die gesamte Stichprobe oder - nach Vorauswertung der Arzneimittelverordnungen - nur für definierte Problemgruppen (geeignete Fälle) erforderlich ist.

In jedem Falle ist der über die Identifikationskennziffer der Leistungsempfänger und die Arzt-Nr. hergestellte Personenbezug der Daten nur für den Erfassungsvorgang notwendig. Sobald die Zuordnung der Leistungs- und Stammdaten zu Versicherten und Ärzten sichergestellt ist, werden die Identifikationskennziffer des Versicherten und die Arzt-Nr. unter Erhaltung der Fachgruppenkennziffer chiffriert, sodaß die Datenbestände als faktisch anonymisiert gelten.

21.2 Rechtliche Grundlagen für die produktbezogene Arzneimittelinformation

Hinsichtlich der allgemeinen Aspekte der rechtlichen Begründung wird auf 20.2 verwiesen. Dort sind auch die rechtlichen Grundlagen dargelegt, die heranzuziehen sind, soweit bei der produktbezogenen Arzneimittelberatung die behandelnden Ärzte unterrichtet werden sollen.

Soweit sich bei der Analyse der Arzneimittelinanspruchnahme Hinweise auf den Einfluß der Versicherten ergeben, sollen diese gemäß § 223 RVO über die betreffenden Leistungen und deren Kosten unterrichtet werden. Für die Aufklärung der Versicherten über zweckmäßige und ausreichende Versorgung mit Arzneimitteln ist zunächst die Krankenkasse zuständig. Sie stützt sich dabei auf die Arzneimittel-Richtlinie Nr. 7:

"Die Krankenkassen haben die Anspruchsberechtigten allgemein und soweit nötig im Einzelfall darüber aufzuklären, daß sie Anspruch auf eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßige und ausreichende Versorgung mit Arzneimitteln haben, daß sie jedoch die Verordnung von Arzneimitteln, die für die Heilung oder Linderung der vorliegenden Erkrankung nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht beanspruchen können und ihnen die Kassenärzte solche Arzneimittel auf Kosten der Krankenkassen nicht bewilligen dürfen, ...

daß ihnen nur Arzneimittel, deren Wirksamkeit für die Behandlung auch in der handelsüblichen Zubereitung hinreichend gesichert ist, verordnet werden dürfen ..."

Gemäß Nr. 8 der Arzneimittel-Richtlinie liegt aber auch bei den Ärzten eine Verpflichtung, ihre Patienten - soweit nötig - im Einzelfall auf die in Nr. 7 genannten Beschränkungen hinzuweisen.

Bei der produktbezogenen Arzneimittelinformation erfolgt von der Krankenkasse aus keine personenbezogene Umsetzung. Die Patientenberatung durch den behandelnden Arzt erfolgt aus eigenem Ermessen; die Krankenkasse stellt hierfür keine personenbezogenen Informationen zum Einzelfall zur Verfügung. In der produktbezogenen Arzneimittelberatung werden nur die aus der Analyse anonymisierter Daten gewonnenen Informationen weitergegeben. Eine Gefährdung schutzwürdiger Interessen von Ärzten und Versicherten ist damit auszuschließen.

21.3 Modellversuch

21.3.1 Vorbereitende Untersuchungen

Bisher ist eine Information von Ärzten und Versicherten über die Inanspruchnahme von Arzneimitteln (Leistungen und Kosten) nicht durchgeführt worden.

In vorbereitenden Untersuchungen sind deshalb einige methodische Fragen zu klären. Die vorbereitenden Untersuchungen erfolgen auf der Basis der anonymisierten Leistungsdaten, die aus den Daten gewonnen wurden, welche die AOK für das 1. Halbjahr 1981 für 59.980 Versicherte erfaßt hat. Damit kann die Klärung der folgenden Fragen vor dem Hintergrund einer sehr breiten Informationsgrundlage mit einer großen Erfassungstiefe stattfinden, sodaß der "Informationsverlust" der vorgesehenen 'Verwaltungsverfahren' gegenüber einer umfassenden Abbildung des Behandlungsgeschehens relativ gut eingeschätzt werden kann. Es sind Fragen zu den folgenden Komplexen zu klären:

- a) Welche (absolute) Mindestgröße muß die Stichprobe für eine definierte Gruppe von Krankheitsfällen haben; für welche Minstdauer muß das Behandlungsgeschehen der Krankheitsfälle in der Stichprobe abgebildet sein?
- b) Wie sind die Kriterien zur Auswahl geeigneter Fälle im einzelnen zu operationalisieren und in welchem Umfang treten die jeweils definierten geeigneten Fälle auf?
- c) Ist das Auswertungskonzept nach Ziff. 21.1.3 zur Darstellung von Auffälligkeiten und damit zur Auswahl geeigneter Fälle ausreichend und in welcher Weise ist es ggf. zu modifizieren?
- d) Bildet die Darstellung des Ordnungsverhaltens nach statistischen Indikatoren unterschiedliche therapeutische Verfahren mit hinreichender Zuverlässigkeit ab und bietet sie für eine inhaltlich-medizinische Bewertung die erforderliche Grundlage?
- e) Welche Informationen aus dem medizinischen Behandlungskontext der stationären und ambulanten Behandlung sind zur Bewertung von Ordnungs- und Inanspruchnahmeverhalten notwendig?

Für die Ergänzung der Daten zur Ordnung von Arzneimitteln um Informationen aus dem medizinischen Behandlungskontext sind beim Verwaltungsverfahren grundsätzlich zwei Alternativen denkbar, die in der zweiten Phase des Modellversuches unter den Gesichtspunkten des Informationspotentials und der Kosten-Nutzen-Relation zu prüfen sind:

- Verbrauchsstichproben:

Die Daten werden aus der Verbrauchsstichprobe, welche auch die Informationen für Arzneimittelverordnungen liefert, für alle Versicherten erfaßt. Dies ermöglicht, für beliebige Aggregate von Krankheitsfällen die erforderlichen Indikatoren zum Behandlungskontext und paradigmatisch einzelne Behandlungsverläufe abzubilden.

- problembezogene Stichprobe:

Nach Erfassung und Vorauswertung von Arzneimittelverordnungen werden geeignete Fälle bestimmt; für eine Stichprobe aus diesen Fällen werden die Abrechnungsbelege der ambulanten und stationären Behandlung gezogen und erfasst. Die Daten ermöglichen nur für diese ausgewählten Fälle eine paradigmatische Darstellung des Kontextes in Behandlungsverläufen.

Nach Abschluß der vorbereitenden Untersuchungen werden die Indikationsgebiete für die Durchführung des Verfahrens in der 3. Phase (Umsetzung im Modellversuch) in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegt. Diese Entscheidung wird insbesondere die Untersuchungsergebnisse zu den Fragen b, c und d berücksichtigen müssen.

21.3.2 Verfahrensentwicklung für die Umsetzung

Die Überprüfung der Krankheitsfälle findet im Zusammenwirken mit der Kassenärztlichen Vereinigung statt; die Einzelheiten dieses Zusammenwirkens müssen mit der Kassenärztlichen Vereinigung verhandelt werden. Im Rahmen des Modellversuchs soll darüber eine Mustervereinbarung entwickelt und abgestimmt werden. Darin wäre beispielsweise auch die Frage der Hinzuziehung zusätzlicher pharmakologischer Experten für die Überprüfung zu regeln.

Es ist Aufgabe des Modellversuchs, inhaltlich und organisatorisch geeignete Unterrichtsformen für die jeweiligen Prüfbereiche zu entwickeln, die auf den bestehenden Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkasse, Kassenärztlicher Vereinigung und Kassenärzten aufbauen müssen. Sie sind mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abzustimmen.

Bei der Unterrichtung der Ärzte über die Arzneimittelanspruchnahme in einem Indikationsbereich wäre vor allem die Form zu klären, in der die Prüfungsergebnisse präsentiert werden sollen. Daneben muß die Gestaltung der auf das be-

treffende Indikationsgebiet abgestimmten Arzneimittelberatung für Ärzte entwickelt werden.

21.3.3 Umsetzung im Modellversuch

In der 3. Phase des Modellversuchs wird das Verfahren der 'produktbezogenen Arzneimittelinformation' für das Indikationsgebiet bzw. die Indikationsgebiete durchgeführt, die in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegt worden sind (vgl. 21.3.1). Diese Umsetzung erfolgt auf der Grundlage der neuen Erfassung zeitnaher Daten zur Verordnung von Arzneimitteln. Diese Daten werden entsprechend der Entscheidung innerhalb der unter Pkt. 21.3.1 aufgezeichneten grundsätzlichen Alternative um Informationen aus dem aktuellen medizinischen Behandlungskontext ergänzt.

22. Betriebsbezogene Krankheitsschwerpunkte

22.1 Prüfung arbeitsbedingter Erkrankungen als Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung

22.1.1 Ziel des Verfahrens

Zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz im Bereich der arbeitsbedingten Erkrankungen führt die Krankenkasse ein Überprüfungs- und Unterrichtsverfahren durch, das den Betrieben die notwendigen Informationsvoraussetzungen für die Verbesserung der Krankheitsverhütung am Arbeitsplatz vermitteln soll.

Die arbeitsmedizinische Forschung hat eine Fülle von Erkenntnissen über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Erkrankungen erbracht, ohne daß diese Erkenntnisse jeweils im möglichen Umfang in die betriebliche Praxis umgesetzt worden wären. Aus dem Mangel an Umsetzung arbeitsmedizinischer Erkenntnisse resultiert ein Ausmaß arbeitsbedingter Erkrankungen, das - gemessen an den bestehenden Arbeits-

schutzmöglichkeiten - nicht unvermeidlich ist. Reduzieren ließen sich bei entsprechender Umsetzung arbeitsmedizinischer Erkenntnisse auch die Folgekosten arbeitsbedingter Erkrankungen (Entgeltfortzahlung, Krankengeldzahlung, Behandlungskosten, nicht zuletzt die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen sowie Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten).

Das Umsetzungsdefizit hängt neben vielem anderen auch damit zusammen, daß arbeitsmedizinische Erkenntnisse nur selten in betriebsnaher Form aufbereitet werden können. Es sind verschiedene Untersuchungen zum Zusammenhang von Belastungen am Arbeitsplatz und Arbeitsunfähigkeit durchgeführt worden, über den Umfang der aufgewendeten Leistungen und Kosten der Krankenkasse für die Behandlung arbeitsbedingter Erkrankungen (nicht der Berufskrankheiten) liegen jedoch kaum Erkenntnisse vor.

Die bei den Krankenkassen zusammenlaufenden Informationen über die Krankheiten und die Behandlung ihrer Versicherten lassen die Erkennung wirtschaftszweig-, berufs- und betriebsspezifischer Krankheitsschwerpunkte zu. Die Aufbereitung dieser Informationen in geeigneter Aggregation soll den Betrieben zur Verfügung gestellt werden. Den betrieblichen Instanzen (Betriebsleitung, Betriebsärzte, Arbeitssicherheitsfachkräfte, Betriebsrat) wird damit die Möglichkeit eröffnet, ihre Kenntnisse über die spezifischen Arbeitsplatzbedingungen und Belastungen mit diesen Informationen zu verknüpfen und die so gewonnenen Erkenntnisse für primärpräventive Umsetzungen zu nutzen. Auch für die außerbetrieblichen Instanzen (Gewerbeärzte, Unfallversicherungsträger) können diese Informationen als Hilfsmittel für die betriebliche Beratung dienen.

Selbstverständlich kann es nicht Aufgabe der Krankenkasse sein, direkt in die arbeitsmedizinische Betreuung der Versicherten in den Betrieben einzugreifen. Die Krankenkasse kann jedoch einen Beitrag zur Transparenz der Leistungen und Kosten im Zusammenhang mit Schwerpunkten gesundheitlicher Belastungen am Arbeitsplatz leisten, um so konkrete Anregungen

für die betriebliche und überbetriebliche (Wirtschaftszweig, Berufsgruppen) Arbeitsschutzdiskussion zu geben.

22.1.2 Konzeption der Auswahl von Betrieben für die Mitwirkung und die Prüfung arbeitsbedingter Krankheitsfälle

22.1.21 Information der Betriebe

Die Krankenkasse informiert die mittleren und größeren Betriebe ihres Zuständigkeitsbereiches über ihr Vorhaben zur Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz im Gesundheitswesen und erläutert dabei seine Zielsetzung.

Sie lädt die Betriebe ein, an dem Vorhaben mitzuwirken; dabei werden die Betriebe gebeten, von vorneherein die zuständigen innerbetrieblichen Instanzen (Personalleitung, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte und Betriebsrat) über das Vorhaben zu informieren und für eine Mitarbeit zu interessieren.

22.1.22 Auswahl der Betriebe mit Krankheitsschwerpunkten

Die Krankenkasse führt eine Statistik der Arbeitsunfähigkeitsfälle ihrer Mitglieder mit Indikatoren zu Dauer, Häufigkeit, zeitlicher Verteilung und den dominanten Krankheitsarten insgesamt und nach Betrieben geordnet bzw. bei kleinen Betrieben nach Branchen zusammengefaßt. Damit Unterschiede der Alters- und Geschlechtszusammensetzung der Belegschaften nicht unkontrolliert in diese Statistiken eingehen, werden die nach der Belegschaftsstruktur durchschnittlich zu erwartenden Werte errechnet und den tatsächlichen Werten gegenübergestellt. Auf dieser Basis werden die Betriebe ausgewählt, bei denen Krankheitsschwerpunkte vermutet werden.

Für die Auswahlentscheidung nach den Arbeitsunfähigkeitsindikatoren werden Kriterien festgelegt, die sich auf Schwel-

lenwerte des gesamten AU-Volumens bzw. bestimmte Strukturen der Arbeitsunfähigkeit (Fallzahl, Dauer, Verteilung) beziehen. Solche Schwellenwerte werden aus den bisherigen Ergebnissen der wissenschaftlichen Forschung mit Arbeitsunfähigkeitsdaten entnommen.

22.1.23 Überprüfung der Krankheitsfälle in einzelnen Betrieben

a) Informationsgrundlage

Für die Beschäftigten der ausgewählten Betriebe sind bei der Krankenkasse die Daten der Arbeitsunfähigkeit einschließlich der Diagnosen sowie der Krankenhausaufenthalte für die automatisierte Führung der Krankenkarte (nach § 369 a RVO) gespeichert. Aus den Stammdaten der Versicherten sind neben der Betriebszugehörigkeit auch der Beruf (Tätigkeit) und die Stellung im Beruf bekannt.

Diese Informationen werden jeweils für die ausgewählten Betriebe und ihre wichtigsten Berufsgruppen statistisch ausgewertet. Anhand der betriebsspezifischen Krankheitsarten wird überprüft, ob für die auffällige Arbeitsunfähigkeitsstruktur solche Erkrankungen ausschlaggebend sind, die als arbeitsbedingte Erkrankungen betrachtet werden können. Dabei wird auf eine nach arbeitsmedizinischen Gesichtspunkten zusammengestellte Diagnosegruppierung zurückgegriffen, die jene Erkrankungen bezeichnet, die nach dem gegenwärtigen Stand der arbeitsmedizinischen Erkenntnisse als durch Arbeitsbelastungen bedingt gelten.

Zeigt sich bei der Überprüfung der betriebsspezifisch dominanten Krankheitsarten keine Schwerpunktbildung bei Krankheitsarten, deren Verursachung durch Arbeitsbedingungen vermutet werden kann, werden die betreffenden Betriebe nicht weiterbehandelt.

Für die Betriebe mit arbeitsbedingten Erkrankungsschwerpunk-

ten werden für den gesamten Betrieb und seine wichtigsten Berufsgruppen gegliedert "Betriebsreports" erstellt. Die Betriebsreports enthalten für die dort beschäftigten Versicherten Angaben zu

- ihrer sozialen Struktur und Berufsstruktur,
- zum Arbeitsunfähigkeitsvolumen des Betriebs,
- zur AU-Falldauer, -Falldichte und -Quote,
- zum Anteil der Arbeitsunfälle an den AU-Fällen,
- zum Anteil der AU-Fälle mit Krankenhausaufenthalt und den Einweisungsdiagnosen und
- zu den Arbeitsunfähigkeits-Diagnosen.

In eine erweiterte Fassung des Betriebsreports können auch Daten zur Struktur der ambulanten Behandlung und der Arzneimittelversorgung der Beschäftigten einbezogen werden. Das Informationspotential einer solchen Erweiterung ist vor ihrer Operationalisierung im Modellversuch (vgl. 22.3) zu testen.

b) Unterrichtung der Betriebe

Die Betriebsreports werden den ausgewählten Betrieben in knapp kommentierter Form zugänglich gemacht. Um für die Betriebe die erarbeiteten Statistiken interpretierbar zu machen, werden von der Krankenkasse zu den im Einzelfall ermittelten Werten geeignete Vergleichskennziffern mit angegeben. Dabei kommen in Frage:

- Arbeitsunfähigkeitsdaten der Region,
- Arbeitsunfähigkeitsdaten der Branche,
- Arbeitsunfähigkeitsdaten von Vergleichsbranchen,
- AU-Werte und Krankheitshäufigkeiten für bestimmte Wirtschaftsabteilungen und
- AU-Werte und Diagnosehäufigkeiten für bestimmte Berufe.

In den von der Krankenkasse aufbereiteten Informationen zur Krankheits- und Leistungsstatistik für einzelne Betriebe werden diejenigen Krankheitsarten besonders hervorgehoben, von denen entweder arbeitsmedizinisch allgemein bekannt ist, oder aufgrund der Betriebsstruktur (Branchenzugehörigkeit,

Berufsstruktur) vermutet werden kann, daß sie verstärkt im Zusammenhang mit Belastungen aus dem Arbeitsleben auftreten.

Zur Erläuterung der statistischen Ergebnisse des Betriebsreports wird mit dem Betrieb ein Informationsgespräch geführt. An diesem Gespräch sollen neben der Betriebsleitung auch Betriebsrat, Betriebsarzt und Arbeitssicherheitsfachkräfte des Betriebes beteiligt werden.

Ziel des Gespräches ist die Bildung einer Arbeitsgruppe, die die innerbetriebliche Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse in primärpräventive Strategien vorbereiten soll. In dieser Arbeitsgruppe sollen die o.g. innerbetrieblichen Instanzen vertreten sein; auf Wunsch des Betriebes kann die Krankenkasse durch einen Vertreter an der Arbeitsgruppe beteiligt werden.

Die Ergebnisse des Untersuchungsverfahrens sind in erster Linie für die Betriebe bestimmt, die selbst für die Vorbereitung der Umsetzung in präventives Handeln verantwortlich sind. Die Krankenkasse hat formell auf das Handeln der Betriebe keinen Einfluß und keine eigene über den bisher beschriebenen Verfahrensablauf hinausgehende Kompetenz. Soweit jedoch die unterrichteten Betriebe daran interessiert sind, ist es für die Krankenkasse möglich, an einer weitergehenden Zusammenarbeit bei der Interpretation der gewonnenen Ergebnisse über arbeitsbedingte Erkrankungen und bei Überlegungen zu möglichen präventiven Handlungs- bzw. Umsetzungsperspektiven teilzunehmen. Zudem kann, wenn es vom Betrieb gewünscht wird, externes arbeitsmedizinisches Wissen zugezogen werden (z.B. Ärzte aus der Berufsgenossenschaft, Gewerbeärzte der Region). Die Arbeitsgruppe bereitet die betriebliche Umsetzung vor.

Die Arbeitsgruppe hat die Aufgabe, die aus der Analyse der GKV-Prozeßdaten ermittelten Krankheitsschwerpunkte betrieblichen Belastungsschwerpunkte gegenüberzustellen und Vorschläge der Reduzierung von Belastungen in der betrieblichen Organisation und der Arbeitsplatzgestaltung zu erarbeiten.

Geeignete Verfahren sollen im Modellversuch entwickelt werden (vgl. 22.3).

22.1.24 Beteiligung und Information außerbetrieblicher Stellen

Die Überprüfung der Krankheitsfälle im Zusammenwirken mit den Kassenärzten spielt bei dem Verfahren zur Prüfung arbeitsbedingter Krankheitsfälle nur eine untergeordnete Rolle, denn als Handlungsperspektive des Verfahrens stehen primärpräventive Maßnahmen zum Gesundheitsschutz durch die Betriebe im Vordergrund. Eine Überprüfung der Krankheitsfälle im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen - das heißt hier eine Diskussion des Betriebsreports vor der Unterrichtung der Betriebe - kann durchgeführt werden, wenn sich die Beteiligten (Kasse und Betrieb) davon zusätzliche Aufschlüsse versprechen. Das Prüfungsergebnis wäre in diesem Fall selbst als ein Kommentar-Teil dem Betriebsreport hinzuzufügen und den Betrieben zuzuleiten.

In allgemeinerer Weise werden die Ärzte der Region jedoch im Rahmen dieses Verfahrens einbezogen: Für die niedergelassenen Ärzte der Region wird eine zusammenfassende Unterrichtung über das Gesamtergebnis zu einem relativ späten Zeitpunkt vorgesehen. Ziel ist vor allem die Sensibilisierung dieses Personenkreises für die im Verfahren bearbeiteten Problembereiche. Mit ihnen soll auch geprüft werden, welche Möglichkeiten bestehen, für Versicherte an überdurchschnittlich belasteten Arbeitsplätzen eine besondere primärpräventive Beratung zum Gesundheitsverhalten und sekundärpräventive Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Krankheiten, die häufig aus solchen Belastungen resultieren, in die ärztliche Praxis einzuführen.

Die Gewerbe- und Betriebsärzte der Region sollen in einem Arbeitskreis laufend über den Fortgang und die Zwischenergebnisse des Vorhabens unterrichtet werden. Die Krankenkasse soll deren Erfahrungen einbeziehen und gleichzeitig darauf

hinwirken, daß die gewonnenen Erkenntnisse in der Praxis dieser Experten wirksam werden können.

22.2 Rechtliche Grundlagen des Verwaltungsverfahrens

22.2.1 Gestaltungsaufgaben der Selbstverwaltung bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben

Die Krankenkasse hat sich durch ihre Selbstverwaltung die Aufgabe gestellt, durch eine Überprüfung der arbeitsbedingten Erkrankungen und die daran anschließende Unterrichtung der Betriebe einen Beitrag zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz in der Krankenversicherung zu leisten. Sie verspricht sich davon bei den unterrichteten Betrieben eine zielgerichtete Steigerung ihrer Bemühungen, der Entstehung arbeitsbedingter Erkrankungen vorzubeugen.

Nach den allgemeinen Rechten des SGB I hat jeder, der in der Sozialversicherung versichert ist, im Rahmen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung ein Recht auf die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit und zur wirtschaftlichen Sicherung bei Krankheit, Mutterschaft, Minderung der Erwerbstätigkeit und Alter (§ 4 Abs. 2).

Daraus ergibt sich zuständigkeithalber für die Krankenversicherung die Aufgabe, alle notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit bereitzustellen.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben als autonome selbstverwaltete Körperschaften diese Aufgabe durchzuführen. Die gesetzlichen Regeln des SGB und der RVO stellen für diese Aufgabenerfüllung den rechtlichen Rahmen dar. Der Katalog der Leistungen der GKV nach § 21 SGB I stellt die Mindestanforderungen dar, mit der die Kassen diese Aufgabe erfüllen müssen. Die Selbstverwaltung der Kasse kann durch Beschlüsse

(im gesetzlichen Rahmen) weitere Maßnahmen und Konkretisierungen der genannten Maßnahmen zur Erfüllung ihrer Aufgaben beschließen. Nach Auffassung der Krankenkassen-Selbstverwaltung gehört dazu nicht nur die Beeinflussung der Leistungserbringer im Hinblick auf die Ziele der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung, sondern auch die Aufdeckung von Ursachen für bestimmte Erkrankungsbereiche, soweit es mit ihren Möglichkeiten erreichbar ist. Diese Möglichkeiten sind im Bereich der arbeitsbedingten Erkrankungen in verhältnismäßig großem Umfang gegeben. Die Kasse wird die betroffenen Betriebe von den diesbezüglichen Untersuchungsergebnissen unterrichten.

Bei der Erfüllung dieser Aufgabe stützt sich die Krankenkasse auf § 223 RVO. Der Problembereich "Arbeitsbedingte Erkrankungen" wird von der Kasse als ein geeigneter Fall für die Anwendung des Verfahrens nach § 223 RVO angesehen. Die betreffenden Krankheitsfälle, Krankheitsfälle der Beschäftigten eines bestimmten Betriebes und/oder der Angehörigen einer Berufsgruppe, werden im Hinblick auf die in Anspruch genommenen Leistungen, d.h. hier die Verordnung von Arbeitsunfähigkeit und deren Ursache hin untersucht (Überprüfung). Da es bei dieser Überprüfung nicht um Probleme der Leistungserbringung geht, sondern die betriebliche Primärprävention ins Auge gefaßt ist, steht ein Zusammenwirken mit der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. anderen Leistungserbringern nicht im Vordergrund. Der Ansprechpartner der Unterrichtung ist der Betrieb, weil die Umsetzung der durch die Unterrichtung gewonnenen Informationen in Maßnahmen zur Primärprävention nur durch die zuständigen innerbetrieblichen Instanzen stattfinden kann. Vermittelt über den Betrieb bzw. den Betriebsrat werden auch die betroffenen Versicherten in allgemeiner Weise über die überprüften Krankheitschwerpunkte unterrichtet.

Die Krankenkasse geht davon aus, daß es Aufgabe der Selbstverwaltung ist, den § 223 RVO, der sehr offen formuliert ist und die Bestimmung geeigneter Fälle nicht einschränkt, mit konkreten Inhalten zu füllen. In diesem Sinne ist die Nen-

nung der in der Prüfung mit der Kasse zusammenwirkenden Institutionen und der Ansprechpartner der Unterrichtung nicht als abgeschlossen zu betrachten. Die Abweichung des vorgestellten Verfahrens vom Wortlaut des § 223 RVO stellt daher die Legitimation durch das Ziel der Vorschrift, welche die Aufgaben der Krankenkassen erweitert, nicht in Frage.

Die Krankenkasse verfolgt bei diesem Verfahren nicht nur das allgemeine Ziel, die Entstehung von Krankheiten im betrieblichen Belastungskontext zu vermeiden. Neben dieser Handlungsorientierung spielt auch das Ziel der Kostendämpfung eine Rolle; die Krankenkasse ist auch unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten auf das Prinzip "Vorbeugen ist besser als Heilen" verpflichtet, denn insbesondere bei den in der Behandlung langwierigen und kostspieligen chronisch-degenerativen Erkrankungen ist "Vorbeugen wirtschaftlicher als Behandeln".

Das beschriebene Verfahren ist in seinen wesentlichen Teilen auch auf der Grundlage anderer gesetzlicher Regelungen der RVO begründet.

22.2.2 Abwendung gesundheitlicher Belastungen: SGB I, §§ 187, 364 RVO

Entsprechend § 1 Abs. 1 SGB I soll die soziale Sicherung zur Sicherung eines menschenwürdigen Daseins und zur Abwendung besonderer Belastungen des Lebens beitragen. § 4 Abs. 2 SGB I bestimmt, daß die Versicherten der GKV ein Recht auf alle notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit haben. Zwar hat der Gesetzgeber mit diesen Normen keine konkreten Handlungsanweisungen gegeben; vielmehr schränkt § 2 Abs. 1 SGB I die Einlösung der sozialen Rechte darauf ein, was im Rahmen der bestehenden konkreteren Vorschriften zu ihrer Verwirklichung möglich ist. Allerdings sollen nach § 2 Abs. 2 SGB I diese bestehenden Vorschriften gemäß den in den sozialen Rechten des SGB I ausge-

drückten Intentionen des Gesetzes extensiv ausgelegt werden, wörtlich:

"Die nachfolgenden sozialen Rechte sind bei der Auslegung der Vorschriften dieses Gesetzbuches und bei der Ausübung von Ermessen zu beachten; dabei ist sicherzustellen, daß die sozialen Rechte möglichst weitgehend verwirklicht werden."

Die Krankenkassen haben dementsprechend für Maßnahmen des Gesundheitsschutzes die Möglichkeit zu Aktivitäten in drei Feldern:

- Bestimmung der gesundheitlichen Folgelasten von Gefährdungen und Belastungen,
- Information der Versicherten darüber und
- Information der für den Gesundheitsschutz Zuständigen.

Die Krankenkassen haben nach den §§ 13/14 SGB I die Verpflichtung, die Versicherten über ihre Rechte und Pflichten nach dem SGB aufzuklären und zu beraten. In Verbindung mit § 4 Abs. 2 SGB I ist diese Verpflichtung auch darauf zu beziehen, daß die Krankenkasse die ihr verfügbaren Informationen über den Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und arbeitsbedingten Erkrankungen zur Beratung über Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit nutzt.

Nach § 187 RVO kann die Krankenkasse im Rahmen ihrer satzungsmäßigen Mehrleistungen auch weitere Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen der einzelnen Kassenmitglieder vorsehen.

Schließlich dürfen die Krankenkassen ihre Betriebsmittel für besondere und allgemeine Krankheitsverhütung (§ 364 RVO) verwenden, was neben den vorwiegend an das Individuum gerichteten Maßnahmen (Impfungen, Aufklärungskampagnen zur Änderung individueller Lebensgewohnheiten: Rauchen, Drogen etc.) auch Aufklärungsmaßnahmen über die Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen einschließt.

22.2.3 Bewertung unterschiedlicher Erkrankungsgefahren in Betrieben: § 384 RVO

Eine rechtlich eigenständige Begründung für die Durchführung von auf arbeitsbedingte Erkrankungen bezogenen Überprüfungs- und Unterrichtsverfahren durch die Krankenkassen ergibt sich nach § 384 RVO. Nach seinem Absatz 1 kann die Krankenkasse die Höhe der Beiträge nach Erwerbszweigen und Berufsarten der Versicherten abstufen und eine höhere Bemessung der Beitragsanteile des Arbeitgebers für einzelne Betriebe zulassen, soweit dort die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist. Dabei war die Absicht des Gesetzgebers, durch die Sanktion des höheren Beitrags den Arbeitgeber dazu anzuhalten, gesundheitlich schädliche oder bedenkliche Einrichtungen des Betriebes zu beseitigen.

Nach dieser Vorschrift hat die Krankenkasse das Recht, die medizinischen Leistungsdaten der Versicherten bestimmter Berufsgruppen oder Betriebe unter dem Gesichtspunkt auszuwerten, festzustellen, ob überhaupt die Voraussetzungen für die Anwendung der Beitragsfestsetzung nach § 384 RVO bestehen. Den Krankenkassen steht demnach - unter Beachtung des Grundsatzes des geringstmöglichen Eingriffs - auch zu, den Betrieb über die bestehenden Erkrankungsgefahren zu informieren. Damit würde die Absicht verfolgt, den Betrieb dazu zu bewegen, von sich aus, also freiwillig, eine Senkung der Erkrankungsgefahr herbeizuführen, also Prävention zu betreiben. Insbesondere wenn das Mittel der in der Satzung der Krankenkasse festzulegenden Beitragserhöhung - eine relativ harte Sanktion - mit der gebotenen äußersten Vorsicht angewendet werden soll, ist ein Verfahren in der beschriebenen Weise angemessen.

22.3 Modellversuch zur Prüfung arbeitsbedingter Krankheitsfälle

22.3.1 Verfahrensentwicklung

Der Modellversuch dient in seiner zweiten Phase der Verfahrensentwicklung und zur Prüfung, ob mit den von der Kranken-

kasse bereitgestellten Informationen nach ihrem Inhalt, ihrem Umfang und ihrer Aufbereitungsweise betriebliche Maßnahmen zur Primärprävention arbeitsbedingter Erkrankungen initiiert werden können.

22.3.11 Abbildung von betrieblichen Krankheitsschwerpunkten

In seiner Systematik folgt der Modellversuch dem unter Kap. 22.1 beschriebenen Weg. Im Gegensatz zum Verwaltungsverfahren basiert die Verfahrensentwicklung im Modellversuch auf einer breiteren Informationsgrundlage: Neben den auf der Krankenkarte aufgeführten Informationen über die Arbeitsunfähigkeit, die Arbeitsunfähigkeits-Diagnose und die Krankenhausaufenthalte werden im Modellversuch für eine Stichprobe der Versicherten auch die Informationen aus der ambulanten Behandlung (einschließlich der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen) bereitgestellt.

Die Informationen zur ambulanten Behandlung liefern ein Bild des Kontextes des medizinischen Leistungsgeschehens, in dem die Arbeitsunfähigkeit steht. Sie bilden die Konsultationen, Behandlungen und Verordnungen niedergelassener Ärzte ab, auch wenn sie nicht im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit stehen. Sie bilden ferner die Konsultationen, Behandlungen und Verordnungen vor und nach den Arbeitsunfähigkeitsfällen ab und bieten damit die Möglichkeit, Validität und Aussagekraft der allein aus der Krankenkarte gewonnenen Informationen für den Zweck des Verfahrens zu überprüfen.

Dabei wird vor allem die Zuverlässigkeit der Diagnose, die auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verzeichnet ist, anhand der Diagnosen auf den Behandlungsscheinen, die im zeitlichen Umfeld angefallen sind, und den tatsächlich erbrachten ärztlichen Leistungen überprüft. Diese Überprüfung ist für den Modellversuch von entscheidender Bedeutung, da gerade die AU-Diagnose den Ansatz für Hypothesen über die arbeitsbedingte Verursachung einer Erkrankung, die zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, darstellt.

Es wird weiter geprüft, welcher Informationsverlust entsteht, wenn im Verwaltungsverfahren Informationen aus dem ambulanten Leistungsgeschehen nicht zur Verfügung stehen. Dabei geht es im wesentlichen um die folgenden Fragen:

- Sind die Informationen aus der ambulanten Behandlung eine notwendige, nur eine sinnvolle oder eine unter Aufwands Gesichtspunkten der Erfassung verzichtbare Ergänzung bei der Identifikation arbeitsbedingter Krankheitschwerpunkte im Betrieb?
- Welche Anforderungen an die Erfassungstiefe müssen nach der Beantwortung der ersten Frage für die Erfassung der ambulanten Behandlung gestellt werden? Wie wirkt sich jeweils konkret der Informationsverlust aus, wenn auf eine Erhebung der
 - Verordnungen für Heil- und Hilfsmittel,
 - Verordnungen für Arzneimittel,
 - Behandlungsscheine weiterer behandelnder Ärzte (also über den die AU-Bescheinigung ausstellenden Arzt hinaus)verzichtet wird?
- Welche Erkrankungen von Beschäftigten eines Betriebes stehen nicht mit Arbeitsunfähigkeiten in Verbindung, und stellen auch diese Informationen ggf. Hinweise auf arbeitsbedingte Erkrankungen dar? Es muß geklärt werden, ob die Zugangsweise zum Problem der arbeitsbedingten Erkrankungen über die Beschäftigten mit Arbeitsunfähigkeitsfällen nicht zu hohe Einschränkungen des Blickwinkels mit sich bringt.
- Wieweit wird die aus der Krankenkarte zusätzlich zur Arbeitsunfähigkeit gewonnene Information über Krankenhausaufenthalte erst im Kontext weiterer medizinischer Behandlungsinformationen zu einer sinnvollen Ergänzung bzw. stellt sie auch für sich genommen für das Untersuchungsziel relevante Hinweise bereit?

- Wieweit ist bei größeren Betrieben die Untergliederung der Informationsgrundlage nach Berufsgruppen tauglich zur näheren Bestimmung von arbeitsbedingten Erkrankungsschwerpunkten? Wieweit werden durch diese Gliederung dem Betrieb bessere Hinweise (z.B. abteilungsbezogen) auf primärpräventive Handlungsmöglichkeiten vermittelt?

Bei der Verfahrensentwicklung im Modellversuch soll insgesamt geprüft werden, ob sich mit Hilfe der Zusatzinformationen erhebliche Modifikationen der allein aufgrund der Informationsgrundlage des Verwaltungsverfahrens bestimmten Krankheitsschwerpunkte ergeben und ob mit Hilfe dieser Informationen ggf. zusätzliche Krankheitsschwerpunkte identifiziert werden können.

Nach Abschluß der methodischen Entwicklung werden Auswertungen für die Betriebe erstellt, die bereit sind, an der Durchführung des Modellversuchs mitzuwirken.

22.3.12 Verknüpfung der Informationen zu Krankheitsschwerpunkten mit betrieblichen Belastungen

Die Krankenkasse stellt den mitwirkungsbereiten Betrieben ihre Betriebsreports in knapp kommentierter Form zur Verfügung. Sie regt die Bildung einer Arbeitsgruppe an, in der neben der Betriebsleitung der Betriebsarzt, Arbeitssicherheitsfachkräfte und der Betriebsrat vertreten sein sollen. Ein Vertreter der Krankenkasse und die wissenschaftliche Begleitung beraten die Arbeitsgruppen.

Die Arbeitsgruppe prüft das Informationspotential des Betriebsreports für die Definition von Krankheits- und Belastungsschwerpunkten im Betrieb und für die Entwicklung primärpräventiver Umsetzungsmaßnahmen. Zunächst sind die Informationen des Betriebsreports mit betrieblichen Informationen zur Struktur der Arbeitsbereiche und Arbeitsplätze, zur Belastungssituation und zu den Gesundheits- und Unfallgefahren zusammenzuführen. Eine erste Bestandsaufnahme dieser Informationen erfolgt nach dem im Anhang beigefügten Leitfaden.

Auf dieser Grundlage kann geprüft werden, ob die arbeitsmedizinischen Erkenntnisse, die zunächst von statistischen Zusammenhängen und einer nur allgemeinen Kenntnis der betrieblichen Produktionsbedingungen ausgehen, ohne detailliertere Bestandserhebung bereits ausreichen, um die Belastungsschwerpunkte zu definieren. Soweit differenzierende Erhebungen erforderlich sind, werden sie vom Betrieb mit Hilfe eines Instrumentariums zur Ermittlung homogener Belastungsgruppen durchgeführt.

Die Kombination von Erkrankungs- und Belastungsinformationen bedürfen der arbeitsmedizinischen Beurteilung. Soweit die gebildete Arbeitsgruppe dazu zusätzlicher arbeitsmedizinische Kompetenz bedarf, können weitere Sachverständige (Betriebsärzte aus der Region, Ärzte der Berufsgenossenschaft oder Gewerbeärzte) in die Arbeitsgruppe kooptiert werden. Aus der arbeitsmedizinischen Bewertung sind Hinweise und Vorschläge für primärpräventive Maßnahmen im Betrieb zu erarbeiten; sie sollen in der Arbeitsgruppe entwickelt und diskutiert und der Betriebsleitung zur Umsetzung vorgeschlagen werden.

22.3.2 Umsetzung im Modellversuch

Innerhalb der zweiten Phase des Modellversuches wird eine Umsetzung im Sinne des Verwaltungsverfahrens noch nicht angestrebt. Es wird jedoch eine simulative Umsetzung zur Vorbereitung des Verwaltungsverfahrens und zum Zwecke der Bewertung von Verfahren und Instrumenten durchgeführt. Dabei steht nicht die angestrebte tatsächliche primärpräventive Handlungsperspektive der Betriebe im Vordergrund, an der die Krankenkasse ohnehin nur mittelbar beteiligt werden kann. Vielmehr sollen zunächst die Umsetzungsverfahren unter dem Gesichtspunkt geprüft werden, ob die aufgearbeiteten Informationen für die Betriebe tatsächlich Möglichkeiten eröffnen, die beschriebenen Krankheitsschwerpunkte mit betrieblichen Belastungsstrukturen in Verbindung zu bringen.

Dabei steht einerseits zur Diskussion, ob die mit Krankenkasseninformationen eingrenzbaaren Krankheitsschwerpunkte als arbeitsbedingt identifiziert und andererseits, wieweit diesen Schwerpunkten konkrete Arbeitsbelastungen zugeordnet werden können. In diesem Zusammenhang muß gleichzeitig auch das Instrumentarium zur Erfassung betrieblicher Belastungsindikatoren auf seine Tauglichkeit und Aufwand-Nutzen-Relation hin überprüft werden.

Die Unterrichtung der Betriebe mit dem Betriebsreport soll daher in erster Linie zu einer Diskussion der Beteiligten über das Verfahren, seine Instrumente und die möglichen Auswirkungen führen. Dabei ist auch zu klären, wieweit sich für das Verwaltungsverfahren die Mitwirkungsbereitschaft der Betriebe erstrecken muß und ob eine Unterrichtung von Betrieben auch dann Aussicht auf den gewünschten Erfolg hat, wenn sie keine zusätzliche Arbeitsbelastungs-Erhebung durchführen.

22.3.3 Informationsgrundlage für die zweite Phase des Modellversuchs

Für die zweite Phase des Modellversuchs stehen die umfassenden Leistungsdaten für eine Stichprobe aus den Versicherten der AOK zur Verfügung. Dabei enthalten diese Daten sowohl die in der Krankenkarte enthaltenen Informationen wie die übrigen Leistungsdaten aus dem medizinischen Behandlungsgeschehen.

Sowohl aus ökonomischen Gründen (hohe Kosten der Erfassung) wie auch aus allgemeinen Datenschutzerwägungen (Risiko/Nutzen-Abwägung) wurden die Daten nur für eine Stichprobe aus der Versichertenpopulation erfaßt.

Die im Rahmen des Modellversuchs gespeicherten Daten werden außerhalb der allgemeinen Datenverarbeitungsroutinen als "Transparenzbestand" separat gespeichert. Sie enthalten keine Angaben, die die Identifikation des einzelnen Versicherten und der medizinischen Einrichtungen erlauben. Klartext-

angaben, die einen Rückschluß auf die einzelne Person zulassen (Name, Anschrift etc.) werden nicht in den Transparenzbestand übernommen. Ordnungsbegriffe (Versicherungsnummer) und Kennziffern der medizinischen Einrichtungen werden chiffriert. Betriebskennziffern kleinerer Betriebe (bis 50 Versicherte) werden ebenfalls chiffriert.

Die Daten des Transparenzbestandes können damit nur noch durch Verknüpfung mit anderen Dateien der Verwaltungsdatenbestände auf Personen bezogen werden. Durch interne Verwaltungsvorschriften wird eine derartige Verknüpfung mit Verbot belegt.

Für die Unterrichtung der Betriebe und ggf. anderer Beteiligter werden nur Informationen in statistisch aufbereiteter Form weitergegeben. Dabei wird die jeweilige Aggregation so gewählt, daß es für die Betriebe nicht möglich ist, durch ihr Zusatzwissen (Personaldaten etc.) einzelne Versicherte zu identifizieren. Statistische Informationen über das Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in einzelnen Betrieben werden ausschließlich den betroffenen Betrieben selbst zugänglich gemacht.

23. Literaturverzeichnis

- Abholz, H. (Hrsg.), 1982
Die medikamentöse Behandlung der Patienten mit Hypertonie in der ambulanten Versorgung; in: Borgers, D./ W.F. Schröder, S. 71-88
- Affeld, D., 1984
Für mehr Leistungs- und Kostentransparenz in der GKV - Hintergrund, Stand und bisherige Erfahrungen mit Modellversuchen zu § 223 RVO; in: KrV/Dezember, S. 284-291, Januar 1985, S. 5-14, Februar 1985, S. 33-39
- AGKV, 1979
Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung, VdD-Report Nr. 2 (1977, 1978), Analysen - Berichte - Vergleiche - Trends, Essen
- AOK Dortmund, 1984
Effizienz und Wirtschaftlichkeit erbrachter und veranlaßter kassenärztlicher Leistung, Bericht zum Modellversuch Dortmund I
- BASiG, Berliner Arbeitsgruppe Strukturforschung im Gesundheitswesen 1980, Datenbank des Landesverbandes der Orts-

- krankenkassen in Bayern - Grundausswertung, Teil 2: Inanspruchnahme und Kostenstruktur nach dem Alter der Versicherten, Berlin
- Berger, M./E. Standl, 1981
Sulfonylharnstoffe in der Diabetestherapie; in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 44, 1981, S. 1443-1446
- Borchert, Günther, 1984
Datenschutz, Patienteninteressen und Strukturprobleme im Gesundheitswesen; in: Soziale Sicherheit 7, S. 207-211
- Borgers, D./W.F. Schröder (Hrsg.), 1982
Behandlungsverläufe in der ambulanten medizinischen Versorgung - Möglichkeiten ihrer Analyse auf der Basis von Routinedaten der Krankenversicherung, BASiG-Papier Nr. G 143, Berlin
- Boston Women's Health Book Collective, 1980
Unser Körper, unser Leben, Reinbek
- Boßmann, A., 1984
Transparenzmodelle und kein Ende; in: Deutsches Ärzteblatt 16, S. 1255-1258
- BPI, Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (Hrsg.), 1975, Rote Liste 1975, Verzeichnis pharmazeutischer Spezialpräparate, Aulendorf
- Braun, H., 1981
Das Verhältnis des Bürgers zur sozialen Sicherung - Entwicklung und aktuelle Probleme; in: Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.), Selbstverantwortung in der Solidargemeinschaft, Baden-Baden
- Bürkardt, D. u.a., 1983,
Versicherte mit hohem gesundheitlichem Risiko nach Betriebszugehörigkeit, Berliner Arbeitsgruppe Strukturfor- schung im Gesundheitswesen BASiG, Papier Nr. G 153, Berlin Februar 1983
- Bull, Hans-Peter, 1984
Rechtliche Grundlagen der Offenbarung von Patientendaten durch Kassenärzte; in: Meye/Schwartz, Transparenzprojekte in der GKV, Köln
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, 1984
Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; in: Soziale Sicherheit, S. 5-6
- Clade, H., 1980
Informationskampagnen mit zweifelhaftem Hintergrund; in: Deutsches Ärzteblatt, 34, S. 2011 ff.
- Clade, H., 1981
Informationskampagnen mit zweifelhaftem Hintergrund; in: Deutsches Ärzteblatt, 8, S. 320 f.
- Clade, H., 1981
Kostentransparenz? Aber kein Spareffekt zu erwarten; in: Deutsches Ärzteblatt, 3, S. 59 ff.
- Clade, H., 1984
DGB fegt die Einwände der Datenschützer vom Tisch; in: Deutsches Ärzteblatt 39, S. 2777-2778
- Clade, H., 1985
Sinn und Wirtschaftlichkeit der "Transparenzforschung"; in: Deutsches Ärzteblatt 8, S. 478-480
- Debold, P., 1984
Zuverlässige Verfahren zur Erfassung von GKV-Daten ein- satzfähig; in: Arbeit-Gesundheit-Sozialpolitik-Mitteilun- gen 15, S. 8-12

- Deutscher Gewerkschaftsbund (Abt. Sozialpolitik), 1984
Datenverarbeitung und Datenschutz im Zusammenhang mit Effektivität, Effizienz und Qualität im Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenkassen - Diskussionspapier; in: Soziale Sicherheit 11, S. 329-339
- Dornier-System GmbH, 1984
Modellversuch zur Arzneimitteltransparenz am Beispiel der Region Dortmund (Feinkonzept), Dortmund
- Dreher, J., 1983
Kostentransparenz oder Therapiekontrolle; in: Deutsches Ärzteblatt 48, S. 67-68
- Dreykluft, H.R./B. Häussler, 1982
Kurzfristige Arbeitsunfähigkeit und ihr Behandlungskontext; in: Borgers/Schröder S. 158-184
- Eggensberger, W., 1982
Wechselseitige Beeinflussung Arzt/Patient. Dargestellt am Beispiel der Preisproblematik in der Herztherapie; in: PKV 20
- Ehret, B., 1981
Die Psychodynamik der Hysterektomie bei relativer Operationsindikation; in: Ärztin, 12
- Eichner, H./R. Neuhaus, 1976
Soziale Dienste der Krankenkassen, Bonn
- Epping, H., 1983
Dortmunder Modell - Bewirkt der Einsatz von Computern Kostendämpfungseffekte?; in: Neue Westfälische vom 19.2.1983
- Epping, H., 1983
Das "Beitragswunder von Dortmund" oder Kontrolle mag gut sein - aber Vertrauen ist besser und billiger; in: Der Praktische Arzt, S. 537-542
- Epping, H., 1984
Transparenz um jeden Preis?! - Ein neues Kassen-Stategiepapier wirft bedrohliche Schatten; in: Niedersächsisches Ärzteblatt 7, S. 251-253
- Epping, H., 1985
Transparenzprobleme: Erste Diagnose reicht für eine sinnvolle Therapie kaum aus; in: Westfälisches Ärzteblatt 2, S. 94-98
- Epping, H., 1985
Vertrauen ist nicht zu ersetzen; in: Zahnärztliche Mitteilungen 2, S. 103
- Fassl, H., 1980
Prüfung therapeutischer Strategien in der Praxis des niedergelassenen Arztes; in: Der Deutsche Arzt, 22, S. 32-35
- Fiedler, E., 1984
Wir haben keine Angst davor, dem Versicherten Kenntnis über Leistungen und Kosten zu geben; in: Deutsches Ärzteblatt 12, S. 889-893
- Fischer, N., 1984
Modellversuch "Arzneimitteltransparenz und Arzneimittelberatung"; in: Die Ersatzkasse 4, S. 162-166
- Fischwasser, G., 1984
Thesen zum Datenschutz in der Gesetzlichen Krankenversicherung - Referat auf dem Symposium "Datenschutz im Gesundheitswesen ..." des Forschungsinstituts für die zahnärztliche Versorgung am 5.12.1984 in Bonn

- Frese, I./G. Cubasch, 1980
Wird zu leichtfertig hysterektomiert?; in: selecta, 33, S. 2952
- Fülgraff, G./D. Palm (Hrsg.), 1979
Pharmakotherapie - klinische Pharmakologie, Stuttgart
- Georg, A., 1983
Wirtschaftlichkeit und Leistungstransparenz im Gesundheitswesen; in: Die Betriebskrankenkasse 11, S. 361-365
- Gerdemann, W./W. Hartmann/E. Westphal, 1978
Arzneimittel - Rezeptprüfung, Beratung und Regreß, Berlin
- Greiser, E. (Hrsg.), 1981
Arzneimittelindex. Eine bewertende Arzneimittelklassifikation, Bonn
- Grünenwald, K., 1982
Die Prüfungsausschüsse nach § 373 RVO. Einrichtungen zur Überwachung des Wirtschaftlichkeitsgebots für Krankenhauspflge; in: Die Ortskrankenkasse, 23-24, S. 912 f.
- Große-Sudhues, R., 1984
Modellversuche zur Arzneimitteltransparenz und -beratung in der Region Dortmund; in: KrV/März, S. 57-58
- Grupp, R., 1984
Neue Initiativen. (Bericht: Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Herbst 1983); in: BAbl. 1, S. 19-22
- Häussler, S., 1968
Kostenkenntnis für Sozialversicherte. Analyse und Ergebnisse eines fünfjährigen Experiments der BKK Carl Zeiss, Oberkochen, und der BKK Wielandwerke in Ulm, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Häussler, S., 1984
Mißtrauensfundierte Experimente. Kostentransparenz kassenärztlicher Leistungen; in: Arzt und Wirtschaft vom 20.5.1984, S. 4-5
- Heinz, W., 1979
Wirtschaftlichkeitsprüfungen kassenärztlicher Tätigkeit; in: Deutsches Ärzteblatt, 18, S. 1251-1256
- Herber, R., 1984
Datenschutz im Gesundheitswesen: Anlaß zu strengster "Datendiät"; in: Zahnärztliche Mitteilungen 13, S. 1464-1467
- Herder-Dorneich, P., 1984
Mehr Transparenz in der GKV - ein Schlüssel zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen?; in: Sozialer Fortschritt 7, S. 164-167
- Herder-Dorneich, P., 1984
Kann nur noch Selbstbeteiligung helfen?; in: Deutsches Ärzteblatt 19, S. 1526-1527
- Hering, 1984
Information über ärztliche Abrechnungen; in: Die Betriebskrankenkasse 7, S. 271-273
- Jacob, K.-H., 1979
Kostentransparenz - Ein Schritt in eine neue Richtung; in: Die Betriebskrankenkasse, 4, S. 85 ff.
- Jahn, E., 1980
Überprüfung von Krankheitsfällen - Unterrichtung der Versicherten, Forschungsbericht Gesundheitsforschung, Bd. 35, Bonn
- Jung, K., 1984
"Gegen Transparenz ist nur, wer etwas zu verbergen hat"; in: TK aktuell 8, 1984, S. 10-11

- Kappen, P., 1979
Grundlagen und Erfahrungen der Prüfung auf Wirtschaftlichkeit; in: Der Deutsche Arzt, 22, S. 20 ff.
- Keseberg, A., 1982
Welchen therapeutischen Wert haben sogenannte Grippemittel?; in: Die Ortskrankenkasse, 4, S. 140 ff.
- Kilian, W., 1983
Rechtsprobleme der Übermittlung von Leistungsdaten an Krankenkassen - Kurzgutachten im Auftrag des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Hannover
- Kilian, W./M. Schuster, 1983
Medizinische Informationen in der Krankenversicherung, Wissenschaft und Praxis, Schriften des Instituts für Rechtsinformatik, Hannover
- Kimbel, K.H., 1983
Bessere Arzneimittelinformation - Weg zur optimalen Verordnung; in: Ärzteblatt Rheinland-Pfalz vom 1.1.1983, S. 21-28
- Kosanke, B., 1984
Transparenzforschung ohne sichere wissenschaftliche Grundlage; in: Deutsches Ärzteblatt 10, S. 684-688
- Krebstakies, M./H. Maag/W.F. Schröder, 1983
Frauen im Krankenhaus. Eine epidemiologische Untersuchung zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung der Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkasse Heilbronn für das Jahr 1980 auf der Basis von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung, IGES-Papier G 155, Berlin
- Kruse, U./S. Kruse, 1977
Die Bedeutung von Informationsmaterial für die Funktionstüchtigkeit der Sozialen Sicherheit; in: Die Sozialversicherung, 7, 1977, S. 169-174
- Kruse, U., 1981
Möglichkeiten und Grenzen der Unterrichtung über Krankheitskosten nach § 223 RVO; in: Die Sozialversicherung, 1981, S. 202-206
- Lekon, E., 1984
Leistungs- und Kostentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung - Zur Anwendung des § 223 RVO in der Praxis; in: Die Leistungen der GKV, Heft 4/1984, S. 97-103
- Martin, G., 1983
Wirtschaftlichkeitssprüfung - nichts anderes als Betrug; in: Medical Tribune vom 4.3.1983, S. 54 ff.
- Mathies, H. (Hrsg.), 1977
Medikamentöse Behandlung entzündlicher Gelenk und Wirbelsäulen-Erkrankungen; in: Mathies, H., Sinnvoller Einsatz heutiger Therapiemöglichkeiten in der Praxis, München
- Mathies, H., (Hrsg.), 1978
Rundtischgespräch: Wieviel Gefahren hat die antirheumatische Therapie wirklich?; in: Mathies, H., Geschichte, Psychosomatische Probleme, Therapienebenwirkungen, München
- Mayntz, R./H.-U. Derlien, 1979
Die Organisation der Gesetzlichen Krankenversicherung - eine strukturell-funktionale Problemstudie, Forschungsbericht Gesundheitsforschung, Nr. 17, BMAS, Bonn

- Mayntz, R./W. Klitzsch/E. Ubeländer, 1982
Analyse von Planungs- und Steuerungsfunktionen der Gesetzlichen Krankenversicherung in Versorgungsschwerpunkten des Gesundheitswesens, Forschungsbericht Gesundheitsforschung, Nr. 69, hrsg. vom BMA, Bonn
- Metze, I., 1982
Gesundheitspolitik - ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Stuttgart
- Meye, M./F.W. Schwartz, 1984
Transparenzprojekte in der GKV - Arzt- und Patientendaten zwischen Anonymität und Offenbarung, Wissenschaftliche Reihe des ZI, Bd. 29; in: Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Müller, P.J., 1984
Modelle für die Kostenkontrolle konkurrieren mit dem Datenschutz; in: Zahnärztliche Mitteilungen, Heft 21
- Müller, P.J., 1984
Die GKV kann nicht mehr länger ein Datenschutzfreihafen sein; in: Zahnärztliche Mitteilungen, Heft 14, S. 1555-1556
- Müller, P.J., 1984
Thesen auf dem Symposium "Datenschutz im Gesundheitswesen - Modellversuche zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz" des Forschungsinstituts für die Zahnärztliche Versorgung am 5.12.1984 in Bonn
- Musch, E./R. Gugler, 1981
Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln; in: Deutsches Ärzteblatt, 35, 1981, S. 1627-1639
- Neuhaus, R., 1982
Gesundheitsschutz oder Krankheitsbewältigung als Aufgabenschwerpunkt der Sozialarbeiter bei den Ortskrankenkassen? IGES-Papier D 46, Berlin
- Nienhaus/Hess, 1979
Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV), 7. Auflage 1979, Kommentarausgabe mit Anlagen, Köln-Lövenich
- Oevermann, H., 1980
Keine Kassenkampagne hinter dem Rücken der Ärzte; in: Deutsches Ärzteblatt, 44, S. 2636
- Oldiges, F.J., 1983
GKV-Arzneimittelindex. Informationen über eine rationale Arzneitherapie; in: Die Ortskrankenkasse, 2-3, S. 45 ff.
- Paquet, R. 1984
Leistungs- und Kostentransparenz in der Krankenversicherung - Modellversuche ; in: Arbeit-Gesundheit-Sozialpolitik-Mitteilungen 16, S. 6-8
- Piepersberg, H., 1980
Als Forschungsauftrag ausgeschrieben: Die Umsetzung des § 223 RVO; in: Die Betriebskrankenkasse, 12, S. 336 ff.
- Piepersberg, H., 1981
Ist § 223 RVO als Kostendämpfungsinstrument geeignet?; in: Die Ortskrankenkasse, 14, S. 573 ff.
- Raddatz, D./B. Szidat, 1979 ff.
Die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung in der Rechtsprechung, 2 Bände, St. Augustin
- Raddatz, D./J. Wiesner
fortgeführt von Mischnick, U./H. Lohmann/J. Grygar,

- Prüfkartei für die kassenärztliche und vertragsärztliche Abrechnung, St. Augustin
- Raptis, S./E. Diamantopoulos, 1982
Die derzeitige Stellung der oralen Diabetesbehandlung;
in: Deutsches Ärzteblatt, 38, S. 31-41
- Reher, R., 1982
GKV-Arzneimittelindex. Eine erste Analyse; in: Die Orts-
krankenkasse, 20, S. 749-755
- Saller, R. u.a. (Hrsg.), 1979
Praktische Pharmakologie, Stuttgart
- Schaefer, O.P., 1984
"Wir lehnen das Vorhaben ab" - Interview mit Otfried P.
Schäfer; in: selecta 10 v. 5. März 1984
- Schattenkirchner, M., 1981
Kombination von Basistherapeutika; in: Euler bull., 10,
S. 6
- Schlauß, H.-J., 1978
Wohin führt die Überprüfung von Krankheitsfällen?; in:
Der Deutsche Arzt, 5, S. 38 ff.
- Schmidt, K., 1984
Arzt und Patient - alles unter Kontrolle; in: selecta 10
v. 5. März 1984
- Schneider, B./W.F. Schröder, 1983
Lange Perioden der Arbeitsunfähigkeit - Eine Analyse von
Versicherten auf der Basis von Routinedaten der Gesetz-
lichen Krankenversicherung, IGES-Papier G 154, Berlin
- Schneider, H., 1983
Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung und Sicherstel-
lung der Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Kranken-
versicherung, Augsburg (BASYS-Berichte)
- Schulte, K.-L., 1982
Analyse des hohen Arzneimittelverbrauchs bei älteren
Menschen; in: Borgers, D./W.F. Schröder, S. 120-157
- Sendler, H., 1984
Ansatzpunkte, Ziele und offene Fragen des EDV-Einsatzes
in der gesetzlichen Krankenversicherung; in: Sozialer
Fortschritt XI, S. 250 ff.
- Sendler, H. 1983
Automation in der Sozialversicherung, St. August
- Sendler, H., 1984
Der Einsatz der EDV für die Bewältigung moderner Aufga-
ben der gesetzlichen Krankenversicherung - unter beson-
derer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen den Lei-
stungsträgern und der Ärzteschaft; in: Sozialer Fort-
schritt X, S. 221 ff.
- Sendler, H., 1984
Qualität und Wirtschaftlichkeit als Auftrag der Lei-
stungsträger - Zu den Grundlagen der Transparenzvorhaben
in der gesetzlichen Krankenversicherung, St. Augustin
- Simitis, Sp., 1984
Datenschutz im Gesundheitswesen - Modellversuche zur Er-
höhung der Leistungs- und Kostentransparenz. Referat auf
dem Symposium des Forschungsinstituts für die zahnärzt-
liche Versorgung (FZV) am 5.12.1984 in Bonn
- Stadler, G., 1983
Augenschäden durch Allgemeinthherapie mit Chloroquin; in:
Deutsches Ärzteblatt 16, S. 23-34

- Statistisches Bundesamt, 1981
Fachserie 1: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Reihe 1,
Haushalte und Familien, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz
- Statistik der Ortskrankenkassen in der Bundesrepublik
Deutschland 1981, hrsg. vom Bundesverband der Ortskran-
kenkassen, Bonn 1982
- Steinbach, M., 1979
Wirtschaftlichkeitsprüfung der kassenärztlichen Tätig-
keit; in: der niedergelassene Arzt, 23, S. 48-54
- Steinzeit: Mit den Datenkeulen Ärzte fangen; in: Status,
1. Mai 1984, S. 12-14
- Töns, H., 1983
Grundausbildung für den Krankenkassendienst 13. Aufl.,
St. Augustin
- Westphal, E., 1982
Arzneimittelmarkt und Verbraucherinteresse. Zur Strate-
gie des Verbraucherschutzes im Gesundheitsbereich, Köln
- Wröbel, M., 1981
Die Betriebsberatung und Beitragsprüfung der Krankenkas-
sen, 2. Aufl., St. Augustin
- Zink, C., 1982
Behandlungen mit Resochin; in: Borgers, D./W.F. Schröder,
S. 32-48
- Zipperer, M., 1978
Die Auswirkungen des KVKG auf den versicherten Personen-
kreis und das Leistungsrecht in der Gesetzlichen Kran-
kenversicherung; in: Die Ortskrankenkasse 1-2, S. 11 ff.

Band 1:

Modelle zur Organisation der kommunalen und regionalen Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland

Hrsg.: Wolf-D. Narr, Wilhelm F. Schröder

Beiträge von Ökonomen, Soziologen, Medizinern, Juristen und Regionalplanern zu den Themenbereichen: Allgemeine und regionale Planung im Gesundheitswesen; bestehende Einrichtungen und Verfahren der kommunalen und regionalen Gesundheitsplanung; neue Modelle zur Organisation der kommunalen und regionalen Gesundheitsplanung. (Autoren: Hans-H. Euler, Hans-P. Höhle, Heinz-E. Mohr, Wolfgang Mudra, Wolf-D. Narr, Meino Nielsen, Wilhelm F. Schröder, Barbara Westhoff u.a.)

145 Seiten, Berlin 1977 · ISBN: 3 7983 0603 6
vergriffen, keine Neuauflage

darin u.a.: Schröder, Wilhelm F.: Programmstruktur im Gesundheitswesen und regionale Gesundheitsplanung (S. 29-47); Altvater, Lothar: Rechtsgrundlagen regionaler Gesundheitsplanung in Niedersachsen (S. 48-83)

Band 2:

Regionale Analyse der medizinischen Versorgung

Hrsg.: Wilhelm F. Schröder, Volker Volkholz

Beiträge von Ökonomen, Soziologen, Medizinern und Regionalplanern zu den Themenbereichen: Regionale Analyse einzelner Versorgungsgebiete; Analyse einzelner Einflußgrößen der regionalen Leistungsverteilung; methodische Probleme der regionalen Analyse der Gesundheitsversorgung; Stand der regionalen Analyse bei den Institutionen. (Autoren: Rik v.d. Busche, Peter Debold, Christof Helberger, Ines Knoblich, Helge Prinz, Wilhelm F. Schröder, Wilhelm Thiele, Volker Volkholz u.a.)

307 Seiten, Berlin 1977 · ISBN: 3 7983 0604 4
vergriffen, keine Neuauflage

darin u.a.: Schröder, Wilhelm F.; Volkholz, V.: Zum Stand der regionalen Analyse der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (S. 15-25); Thiele, Wilhelm: Zur regionalen Verteilung ambulanter medizinischer Dienstleistungen in West-Berlin (S. 61-78); Hezel, Frieder; Thiele, Wilhelm: Zentralität medizinischer Dienstleistungseinrichtungen, ein Vergleich Bundesrepublik Deutschland und Schweden (S. 151-168); Schröder, Wilhelm F.: Regionale Persistenz von Einrichtungen der medizinischen Versorgung am Beispiel der ambulanten zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (S. 169-189); Debold, Peter; Mohr, Heinz-Ehlert; Schröder, Wilhelm F.: Zum Stand von Berichts- und

Rechnungswesen in den Einrichtungen der medizinischen Versorgung aus der Sicht der regionalen Planung im Gesundheitswesen (S. 190-216); Debold, Peter; Schröder, Wilhelm F.: Nachfrageorientierte Territorialindikatoren für die regionale Planung im Gesundheitswesen (S. 232-249); Bussche, Hendrik van den; Thiele, Wilhelm: Bedingungen und Möglichkeiten der Bedarfsanalyse der Kassenärztlichen Vereinigungen als Instrumente der vergleichenden regionalen Analyse der Strukturen in der ambulanten medizinischen Versorgung (S. 289-298).

Band 3:

**Die Krankheitsfrüherkennung in der ambulanten Versorgung.
Ein Vergleich des Angebots von Ärzten in städtischen und
ländlichen Gebieten**

Ines Knoblich

Es werden Ursachen für das unterschiedliche Angebotsverhalten von Kassenärzten untersucht sowie die sich daraus ergebenden regionalen Benachteiligungen. Es wird auf Möglichkeiten für Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung verwiesen, und es werden Wege für eine bessere Ausschöpfung vorhandener Ressourcen diskutiert.

(Vorwort: Walter W. Holland, London)

125 Seiten, Berlin 1977 · ISBN: 3 7983 0608 7

Band 4:

Standortwahlverhalten von Kassenärzten in einem Ballungsgebiet

Wilhelm Thiele

In der Studie wird der Versuch unternommen, das Standortwahlverhalten von Kassenärzten in einem Ballungsgebiet empirisch zu analysieren und empirische Befunde mit Hilfe von Theoremen der Betriebswirtschaftslehre, der Soziologie und der Regionalwissenschaft zu analysieren. Es werden für Arztgruppen typische Wahlverhaltensmuster gefunden, die Möglichkeiten der Beeinflussung durch die für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung Verantwortlichen.

171 Seiten, Berlin 1982 · ISBN: 3 7983 0609 5

Band 5:

Krankheit und Arbeitswelt - Möglichkeiten der Analyse mit Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung

Hrsg.: Wilhelm F. Schröder, Wilhelm Thiele

Der Band enthält 7 Beiträge zu der Frage, wie sich aus den routinemäßig anfallenden Daten der Krankenkassen Informationen über arbeitsbedingte Erkrankungen gewinnen und diese Informationen in die Arbeitsschutzpraxis umsetzen lassen. Die Beiträge verfolgen dabei verschiedene Ansätze, indem sie u.a. auf einzelne Wirtschaftszweige, Regionen, Betriebe, Berufe, Arbeitsbereiche sowie Krankheitsgruppen abstellen. (Autoren: Dagmar Bürkhard, Liselotte von Ferber, Rainer Müller, Maria Oppen, Wilhelm F. Schröder, Rolf Stuppard, Wilhelm Thiele, Volker Volkholz u.a.)

200 Seiten, Berlin 1985 · ISBN: 3 7983 0994 9

darin u.a.: Bürkardt, Dagmar; Schneider, Helmuth; Schröder, Wilhelm F.; Müller, Rainer: Versicherte mit hohem gesundheitlichem Risiko nach Betriebszugehörigkeit - Eine Studie zur Verwendung von GKV-Routinedaten für die Kooperation zwischen Krankenkasse und Betrieb.

Band 6:

Krankenhausstruktur, Stress und Verhalten gegenüber Patienten im Krankenhaus. Teil 1: Diskussion statistischer, methodologischer und wissenschaftstheoretischer Grundlagen für die inhaltliche Analyse und Instrumentenprüfung

Eike Bartholomeyczik

Im Mittelpunkt steht eine Befragung des Krankenpflegepersonals, der Ärzte und der Patienten in drei Krankenhäusern. Im 1. Teil werden die methodischen Grundlagen des Forschungsprojektes "Krankenhausstruktur, Stress und Verhalten gegenüber Patienten im Krankenhaus" entwickelt. Theoretische Grundlagen und Ergebnisse sind in Band 7 der Schriftenreihe veröffentlicht.

(Vorwort: Theo Pirker, Berlin)

135 Seiten, Berlin 1978 · ISBN: 3 7983 0626 5

Band 7:

Krankenhausstruktur, Stress und Verhalten gegenüber Patienten im Krankenhaus. Teil 2: Theoretische Grundlagen und Ergebnisse

Sabine Bartholomeyczik

169 Seiten, Berlin 1981 · ISBN: 3 7983 0645 1

Band 8:

Ökonomie und Strategien der medizinischen Versorgung

Hrsg.: Fred Eggeling

Vorgelegt werden fünf Ansätze für eine Neuorientierung der Gesundheitsökonomie und der Gesundheitsplanung. Theorie und Planung können ihren Erfordernissen nur genügen, wenn sie mehr als bisher makro- und mikroökonomische Bedingungen gesellschaftlicher Nachfrage einbeziehen. (Autoren: Ralph Brennecke, Fred Eggeling, Peter Gut, Bernd Hamacher, Hartmut Reiners)

124 Seiten, Berlin 1978 · ISBN: 3 7983 0643 5

darin u.a.: Gut, Peter: Planung und Finanzierung im bayerischen Krankenhauswesen (S. 84-112).

Band 9:

**Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich.
Bundesrepublik Deutschland, DDR, Niederlande, Schweden und
USA**

Hrsg.: Frieder Hezel, Wilhelm Thiele

Der Band enthält im 1. Teil Beiträge für einen systematischen Vergleich der Gesundheitssysteme. Hauptthese ist: Durch die zunehmende Technisierung der medizinischen Versorgung nähern sich die Gesundheitssysteme einander an. Im 2. Teil werden anhand von fünf Einzelaufsätzen spezifische Probleme der einzelnen Gesundheitssysteme diskutiert. (Autoren: Stephan Green, Frieder Hezel, Dick Moraal, Vincente Navarro, Uta Teuscher, Wilhelm Thiele).

162 Seiten, Berlin 1978 · ISBN: 3 7983 0643 5

darin u.a.: Thiele, Wilhelm: Gemeinshawestern und medizinische Versorgung in Schweden (S. 82-90); Thiele, Wilhelm: Die Entwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung in der DDR (S. 91-107).

Band 10:

Das Gesundheitswesen als Arbeitsmarkt

Jutta Albrecht-Richter, Michael Kasten

Im Mittelpunkt steht eine Analyse des Gesundheitswesens in den Stadtstaaten Berlin (West), Bremen und Hamburg. Es wird die Entwicklung der Gesundheitsdienstberufe, differenziert nach einzelnen Institutionen, in den Jahren 1970 bis 1980 untersucht. Darauf aufbauend wird eine Prognose der zu er-

wartenden Entwicklung bis 1995 durchgeführt.

190 Seiten, Berlin 1984 • ISBN: 3 7983 0995 7

Band 11:

**Altersversorgung und ambulante Psychiatrie
Bedarf, Angebot und Qualifikation in den Stadtstaaten**

Hrsg.: Hendrik van den Bussche, Michael Kasten

Am Beispiel der Stadtstaaten Berlin (West), Bremen und Hamburg werden für die defizitären Versorgungsbereiche 'Versorgung alter Menschen' und 'Versorgung psychisch Kranker' die arbeitsmarktpolitischen und bildungspolitischen Erfordernisse zur Realisierung von Versorgungsverbesserungen detailliert entwickelt. Es wird der derzeitige Versorgungsstand in den beiden Bereichen untersucht und dargelegt, wie sich der Bedarf an Leistungen bis 1995 entwickeln wird.

258 Seiten, Berlin 1984 • ISBN: 3 7983 0998 1

Band 12:

**Prävention bei Schwangeren und Säuglingen
Analysen des Zusammenhangs von Inanspruchnahme und sozialer Lage mit GKV-Daten**

Jutta Albrecht-Richter, Wilhelm Thiele

Im ersten Teil wird der aktuelle Stand der Literatur zur Inanspruchnahme des Kinderfrüherkennungsprogramms und der Schwangerenvorsorge dargestellt. Der zweite Teil enthält Ergebnisse einer längsschnittlichen Analyse der Inanspruchnahme des Kinderfrüherkennungsprogramms auf Basis von Prozeßdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Im dritten Teil wird ebenfalls mit Hilfe von Prozeßdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung die medizinische Betreuung schwangerer Frauen umschrieben. Es steht dabei die Frage im Vordergrund, inwieweit psycho-sozialer Behandlungsbedarf das Versorgungsgeschehen beeinflusst.

220 Seiten, Berlin 1984 • ISBN: 3 7983 0999 X

darin: Albrecht-Richter, Jutta; Thiele, Wilhelm: Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen am Beispiel der Schwangerenvorsorge und des Kinderfrüherkennungsprogramms - - Literaturanalyse (S. 1-77); Albrecht-Richter, Jutta; Thiele, Wilhelm; Ruhl, Ulrich: Quer- und längsschnittliche Analyse der Inanspruchnahme des Früherkennungsprogramms Kinder (S. 77-182); Tietze, Konrad W.; Thiele, Wilhelm: Schwangerschaftsvorsorge - Versorgung und Betreuungsbedarf Schwangerer - Status quo, Defizite und Möglichkeiten der Verbesserung (S. 193-220).

Band 13:

Arbeitsunfähigkeit und ärztliche Behandlung - Studien über kurze und sehr lange Perioden der Arbeitsunfähigkeit auf der Basis von GKV-Daten

Hrsg.: Wilhelm F. Schröder, Dieter Borgers

Der Band enthält zwei empirische Studien zum Kontext der medizinischen Behandlung von Arbeitsunfähigkeit. Zum einen werden Fälle von kurzer Dauer (bis 14 Tage) hinsichtlich der Krankheit, der ärztlichen Behandlung, ggf. der Einbindung in einen längeren Behandlungsverlauf und hinsichtlich ihrer epidemiologischen Häufigkeit analysiert. Die zweite Studie untersucht die Gruppe der Versicherten mit einer sehr langen Periode der Arbeitsunfähigkeit, die zudem nach 6 Wochen Krankengeld erhalten. Insbesondere die Krankheiten, die ärztliche Behandlung und der Zusammenhang mit der Frühberentung werden aufgezeigt. (Autoren: Dieter Borgers, Rüdiger Dreykluft, Bertram Häußler, Bernd Schneider, Wilhelm F. Schröder)

235 Seiten, Berlin 1985 · ISBN: 3 7983 1024 6